

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

Кафедра психиатрии и наркологии

Кризисная медико-психологическая ПОМОЩЬ

**Учебное пособие для медицинских психологов, обучающихся
по программам повышения квалификации и
профессиональной переподготовки специалистов**

Казань 2015

ББК – 56.14

УДК – 616.89 – 008.441.44:615.86(072)

Печатается по решению
Центрального координационно-методического совета
Казанского государственного медицинского университета.

Составители: Яхин К.К., Калмыков Ю.А.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой психотерапии и наркологии КГМА профессор,
д.м.н. Карпов А.М.,
доцент кафедры медицинской и общей психологии и педагогики ГОУ
ВПО КГМУ Ничипоренко Н.П.

Кризисная медико-психологическая помощь: учебное пособие
для медицинских психологов, обучающихся по программам
повышения квалификации и профессиональной переподготовки
специалистов / Яхин К.К., Калмыков Ю.А. – Казань: ИД МеДДоК,
2015.

В первой части данного учебного пособия дано описание
основных факторов суицидального риска, современных методов
профилактики суицидального поведения и кризисной психотерапии.
Материал этого раздела пособия может быть использован при
проведении образовательных программ для работающих с
населением специалистов с целью раннего выявления признаков
суицидального риска. Вторая часть пособия включает сведения об
организации медико-психологической помощи при чрезвычайных
ситуациях, психических расстройствах, связанных с тяжелым
стрессом, а также особенностях психологической помощи горюющим
в связи с тяжелой утратой. Особое внимание уделено реакции утраты
у детей и подростков.

Казанский государственный медицинский университет, 2015
ООО «Издательский дом «МеДДоК», 2015

Оглавление

Часть I. Клиническая суицидология

Введение

Глава 1. Суицидологическая терминология

Глава 2. Причины и мотивы самоубийства

Глава 3. Факторы суицидального риска

3.1. Роль психических нарушений

3.2. Депрессивные расстройства

3.2.1. Клиническая картина депрессии

3.2.2. Варианты депрессивных расстройств

3.2.3. Депрессии у соматических больных

3.2.4. Коморбидность

3.2.5. Причины и методы лечения депрессии

3.2.6. Особенности депрессивных состояний у детей и

подростков

3.3. Биполярное аффективное расстройство

3.3.1. Клинические проявления

3.3.2. Возможные причины

3.3.3. Методы лечения

3.4. Шизофрения.

3.5. Расстройства личности

3.6. Алкогольная зависимость и наркомания

3.7. Суицидальное поведение у лиц с соматическими заболеваниями

Глава 4. Оценка суицидального риска

4.1. Этапы суицидального поведения

4.2. Поведенческие, когнитивные и эмоциональные признаки

4.3. Экспериментально-психологические методики

4.4. Роль антисуицидальных факторов

Глава 5. Особенности суицидального поведения в молодом возрасте

Глава 6. Профилактика суицидального поведения

6.1. Суицидологические службы

6.2. Образовательные программы для работающих с населением специалистов

6.3. Образовательные программы для несовершеннолетних

6.4. Социальные меры

Глава 7. Кризисная психотерапия

7.1. Основные этапы и общие принципы

7.2. Задачи консультанта

7.3. Экзистенциальный подход

7.4. Когнитивный подход

7.5. Групповая кризисная терапия

7.6. Помощь при импульсивном парасуицидальном (самоповреждающем) поведении

Программированный контроль знаний

Часть II. Психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях

Введение

Глава 8. Подготовительные мероприятия

Глава 9. Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре ЧС

Глава 10. Психические расстройства, связанные с тяжелым стрессом

10.1. Острая реакция на стресс.

10.2. Факторы риска развития ПТСР

10.3. Особенности течения ПТСР у детей

10.4. Психологический дебрифинг

10.5. Психотерапия ПТСР.

Глава 11. Реакция утраты

11.1. Фазы нормальной реакции горя

11.2. Особенности психологической помощи горюющим в связи с тяжелой утратой

11.3. Патологическая реакция горя

11.4. Помощь умирающим детям

11.5. Реакция утраты у детей и подростков

Приложение. Оказание первой помощи пострадавшим
(рекомендации от МЧС России)

Программированный контроль знаний

Ответы на тестовые задания

Список литературы

Часть I. Клиническая суицидология

Введение

Самоубийства во всех обществах традиционно запрещались, так как считалось, что жизнь человека принадлежит Богу или государству. До середины XX века в некоторых европейских странах самоубийство было наказуемым, поэтому врачи редко ставили такой диагноз, скорее — смерть в результате несчастного случая. Когда этот закон отменили, официальное количество самоубийств увеличилось. В настоящее время в мире ежегодно примерно 1,5 миллиона человек кончают жизнь самоубийством. Число тех, кто совершил попытку самоубийства, составляет около 20 миллионов. Если сюда прибавить тех, кто непосредственно причастен, например родственников, - то получится около ста миллионов человек, прямо или косвенно имеющих отношение к этому трагическому событию (Хэнел Т., 2009). Тема профилактики суицидов актуальна в настоящее время для многих стран, так как имеется тенденция к росту числа самоубийств. Эти негативные тенденции связывают со следующими факторами (Карсон Р.С. с соавт., 2004):

- изменение отношения к этике самоубийства;
- психосоциальные стрессы;
- безработица;
- распад семьи;
- злоупотребление наркотиками;
- доступность методов для совершения самоубийства;
- СПИД;
- депрессии.

Наиболее важной причиной увеличения числа самоубийств в мире большинство специалистов считают быстрое распространение депрессий, часть из которых протекает в скрытой форме и не сразу распознается. Даже в развитых странах две трети тех, кому требуется лечение от депрессии, не получают его (Старшенбаум Г.В., 2005).

Одним из важных способов профилактики суицидов считается обучение медицинских специалистов различного профиля раннему выявлению у пациентов признаков суицидального риска, повышение

у них внимания и сензитивности в отношении суицидальных угроз, ознакомление с правильной тактикой ведения суицидальных пациентов.

Известно, что до 50% людей с суицидальными тенденциями консультировались у одного или нескольких врачей за 1-2 месяца до предпринятых суицидальных действий (Субрийе Ж.П., 2005). Часто суицидальные пациенты обращаются с различными соматическими жалобами к врачам, не связанным с психиатрией, и ссылаются на различные симптомы, причем отчетливых суицидальных высказываний во время визитов не наблюдается. Пациенты не связывают свои суицидальные наклонности с соматическими симптомами или считают суицидальные мысли признаком слабости и стыдятся этих мыслей. Очень смутно и неопределенно они сообщают о чувствах беспомощности и никчемности или о своих страхах. Симптомы депрессии могут маскироваться соматическими жалобами и болевыми проявлениями в сочетании с нарушениями сна, утомляемостью, раздражительностью и тревогой. Неудивительно, что контакты врачей общей практики и суицидальных пациентов часто не предотвращают самоубийства. Врачей общей практики и других специалистов следует учить тщательной оценке всех пациентов, имеющих психосоматические симптомы. Следует также обучать их приемам общения с суицидальными пациентами. Его эффективность и результативность зависит от отношения врача к самоубийству, его осведомленности о показаниях для направления пациента на консультацию к врачу-психиатру или психотерапевту.

У специалистов, оказывающих психологическую помощь, выявление у пациента суицидального риска нередко вызывает сильное волнение и чувство неуверенности в своей компетентности. Лиц с высоким риском самоубийства не случайно принято относить к категории трудных клиентов (Коттлер Дж., Браун Р., 2001). Серьезные межличностные проблемы нередко сочетаются у них с различными психическими расстройствами и плохой социальной адаптацией. Специалисты, оказывающие кризисную психологическую помощь, испытывают особый груз ответственности, расходуют значительные эмоциональные ресурсы, а в случае завершения суицида клиента могут получить серьезную психическую травму. Все выше сказанное обуславливает важность

повышения уровня компетентности практикующих психиатров и медицинских психологов в области суицидологии.

Материал, представленный в данном учебном пособии, может быть использован при проведении последипломных образовательных программ для врачей и клинических психологов.

Учебное пособие для медицинских психологов «Кризисная медико-психологическая помощь» составлено в соответствии Федеральным государственным требованиям к основной профессиональной образовательной программе послевузовского профессионального образования по специальности 030401 «Клиническая психология» (раздел «Кризисная медико-психологическая помощь»). Издание содержит новые знания (факторы суицидального риска, современные методы профилактики суицидального поведения и кризисной психотерапии, организация медико-психологической помощи при чрезвычайных ситуациях, психические расстройства, связанные с тяжелым стрессом, особенности психологической помощи горюющим в связи с тяжелой утратой) по сравнению с базовыми учебниками.

В результате освоения раздела «Кризисная медико-психологическая помощь» выпускник должен обладать следующими компетенциями:

- умением выявлять и анализировать информацию о кризисных состояниях и суицидальном поведении пациента (клиента) с помощью интервью, анамнестического метода и других клинико-психологических методов;
- владением навыками планирования психодиагностического исследования лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
- умением формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, отвечающее целям исследования лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением;

- владением необходимыми знаниями об основных направлениях психотерапии и психологического консультирования лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением;
- умением квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики и лечения лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Глава 1. Суицидологическая терминология

В современной суицидологии наиболее часто используются следующие термины.

Самоубийство (суицид), от лат. *sui caedere* — убивать себя) – это осознанное, быстрое, добровольное лишение себя жизни.

Суицидальное поведение - понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные попытки, суицидальные мысли, суицидальные высказывания.

Суицидальная попытка - попытка нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом.

Абортивная суицидальная попытка - индивид близок к тому, чтобы совершить суицид, но изменяет свои намерения непосредственно перед совершением суицидального акта.

Завершенный суицид - смерть от нанесенных самому себе повреждений.

Одним из самых распространенных *непрямых самоубийств («скрытых суицидов»)* является так называемый *«автоцид»*. В случае аварии со смертельным исходом ответить на вопрос, что обусловило в данном случае ДТП (стремление уйти из жизни, невнимание, превышение скорости и другие причины), практически не представляются возможным.

Ассистированный суицид (эвтаназия) — самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию субъектом этого намерения для привлечения внимания окружающих.

Самоповреждающее (парасуицидальное) поведение - нанесение самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения.

Истинное суицидальное поведение характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни.

Пассивные суицидальные мысли носят недифференцированный характер и не связаны с формированием суицидального плана («Иногда у меня мелькают мысли о том, что не стоит жить, но я

никогда не сделаю этого»). К данной группе также относят случаи, когда индивид фантазирует о своей смерти, но пока ещё не допускает возможность самоубийства («Хорошо бы заснуть и не проснуться»), или фантазирует относительно реакции близких людей на свою смерть ("Тогда все поймут, что несправедливо относились ко мне").

Активные суицидальные мысли связаны с активным намерением убить себя («Я покончу с собой, когда представится удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида.

Предсуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде.

Этап реализации суицидальных намерений включает планирование предстоящего суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий.

Постсуицидальный период охватывают промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки.

А.Е. Личко (1977) выделял у подростков следующие виды суицидального поведения: истинное, демонстративное и аффективное.

Целью *истинных самоубийств*, покушений и тенденций является более или менее устойчивое стремление лишиться себя жизни. Суицидальные попытки в этом случае отличаются продуманностью и определенной подготовленностью. Истинное суицидальное поведение чаще наблюдается у лиц среднего и пожилого возраста, переживающих состояние психологического кризиса или депрессивные состояния как психогенного, так и эндогенного генеза.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого намерения с различными целями. Для осуществления демонстративного суицида часто используют лекарства. Демонстративно - шантажное поведение может закончиться летально.

Аффективное суицидальное поведение характеризуется внезапным возникновением аутоагрессивных замыслов и быстрой их реализацией. При этом в качестве способа попытки самоубийства, как правило, используются средства, находящиеся "под рукой", но нередко приводящие к серьезным соматическим последствиям. Подобные суицидальные действия наблюдаются чаще у пациентов молодого возраста, больных с органическими заболеваниями ЦНС, расстройством личности, чаще эмоционально неустойчивого и истероидного круга, лицами, находящимися в алкогольном опьянении.

Ю.Р. Вагин (2001) считает необходимым введение нового максимально широкого понятия, включающего в себя как сознательную, так и бессознательную активность, направленную на сокращение и/или прекращение жизни. Такую активность он предлагает называть авитальной ("а" (лат.) - частица отрицания, "vita" (лат.) - жизнь). Под *авитальной активностью* Ю.Р.Вагин понимает биологическую, психическую и поведенческую активность, направленную на сокращение и/или прекращение собственного социального и биологического функционирования.

К проявлениям авитальной активности Ю.Р. Вагин относит следующие четыре группы феноменов.

1. *Пресуицидальная активность*

- синдром ожидания (существование "здесь и сейчас" человека не радует, он живёт надеждой на будущее);
- астенические состояния и усталость от жизни;
- нежелание жить;
- желание умереть.

2. *Суицидальная активность*

- суицидальные мысли;
- суицидальные тенденции;
- суицидальная готовность;
- суицидальные попытки;
- завершённый суицид.

3. *Парасуицидальная активность*

- аскетическая активность;
- пренебрежение здоровьем и отказ от лечения;
- психосоматические заболевания;

- хроническое самоотравление;
- рискованное поведение;
- самоповреждающее (парасуицидальное) поведение - нанесение самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения.

4. Десоциальная активность

- снижение социальной активности (уединение и уход в монастырь, обет молчания, нежелание иметь семью и детей);
- аддиктивное поведение.

По мнению Ю.Р. Вагина, феномен *псевдосуицидальной активности* - использование суицидальных моделей поведения для достижения несуйцидальных целей как активность, имитирующая суицидальную активность - авитальным по своей сути не является, поскольку направлен на улучшение биологического, психологического и социального функционирования индивида. За несчастным случаем, приведшим к смерти, может скрываться авитальная активность, но за псевдосуицидальным поведением, приведшим к смерти, может скрываться только несчастный случай.

Глава 2. Причины и мотивы самоубийства

Ответ на вопрос о *причинах* предполагает анализ условий существования суицидента: жизненной ситуации, в которой он находился, его состояния и переживания, приведших к совершению суицидального акта. Причина самоубийства почти никогда не бывает единственной, обычно они множественные и взаимосвязанные, например у одного человека могут сочетаться бедность, алкоголизм, болезнь, развод, одиночество, потеря работы.

Конкретное время совершения суицида определяется *поводом* - событием, действующим в качестве «последней капли», под влиянием которого пациент принимает решение покончить с собой. Иногда в качестве повода выступают определенные даты, например день св.Валентина, 8 марта, Новый год, день смерти близкого человека.

Ответ на вопрос о *мотивах* предполагает изучение целей, которых человек хотел достичь, когда совершал суицидальный акт.

Вагин Ю.Р. (2001) выделяет семь основных *мотивов* суицидального поведения.

1.Альтруистические мотивы отражают желание умереть, «чтобы всем было только лучше»; желание избавить окружающих от проблем, никому не мешать, не быть обузой. Альтруистическое самоубийство является самым ранним суицидальным феноменом в истории человечества. В примитивных сообществах существовали традиции самоубийства стариков в голодные годы, чтобы пищи хватило молодым и здоровым соплеменникам. Известны случаи добровольного самопожертвования во время военных действий.

Альтруистическая мотивация суицидального поведения встречается у лиц, страдающих тяжёлыми соматическими или психическими заболеваниями, особенно при невозможности самостоятельно содержать и обслуживать себя.

Важным блокирующим фактором суицидального поведения при преобладании альтруистической мотивации является осознание того чувства вины, которое будут испытывать окружающие после совершения им попытки самоубийства.

2. Аномические мотивы. Термин «аномическое самоубийство» был предложен основоположником современной суицидологии французским социологом Эмилем Дюркгеймом в конце девятнадцатого века.

Аномия - буквально означает исчезновение нормы, “бесправие”. Аномическое самоубийство возникает, если человек не может адаптироваться к социальным изменениям. Такие суициды часты во времена общественных кризисов, таких как экономическая депрессия, или, наоборот, во времена процветания, когда суициды совершают нувориши, которые не могут приспособиться к новым для них стандартам жизни.

Дюркгейм рассматривал аномическое самоубийство как результат отрыва индивидуума от той социальной группы, к которой он принадлежит. “Число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции религиозного, семейного и политического общества”.

Периоды, когда меняется состав населения и наблюдается большой приток иммигрантов, также привносит в общество состояние аномии и возрастание уровня самоубийств.

Аномические мотивы связаны с потерей смысла и интереса к жизни. Суицидент обычно выходит за рамки конкретных жизненных обстоятельств, негативно прогнозирует свое будущее, думает не только о неудаче в данной конкретной ситуации, но о своем жизненном крахе в целом. Отсюда задача консультанта убедить клиента в том, что отдельная неудача в одной из жизненных сфер не означает, что в жизни больше не будет ничего хорошего.

Лучшим способом блокады суицидального поведения при аномической мотивации является «подписание антисуицидального договора». Вагин не рекомендует убеждать суицидента в том, что впереди у него ещё много всего хорошего. Следует подчеркнуть, что он свободен в своём праве выбора между жизнью и смертью. Единственное, на чём нужно настаивать,— это на необходимости выждать какое-то время перед окончательным принятием решения. Следует подчеркнуть, что если ситуация на самом деле такова, какой она видится суициденту, и ничего не может измениться, то ничего и не изменится по прошествии определённого времени, и, если он в этом убедится, у него ещё будет возможность осуществить своё

намерение. После этого заключается устный договор, что он обязуется в течение определённого времени не предпринимать никаких попыток покончить жизнь самоубийством.

Антисуицидальный договор позволяет временно блокировать суицидальные тенденции в тех случаях, когда не срабатывают никакие другие психотерапевтические приёмы.

3. Анестетические мотивы отражают представление о том, что только смерть может избавить от страданий, невозможность больше терпеть ситуацию, невозможность найти другие пути избавиться от мучительной душевной боли.

Выявление анестетической мотивации при выраженной душевной боли требует специализированной психотерапевтической помощи, учитывая то, что душевная боль, внезапно усиливаясь, может привести к «импульсивным» быстрым суицидальным действиям. В этот момент иногда единственным способом удержать человека от самоубийства являются меры принудительного удержания.

Имеются лекарственные средства, позволяющие облегчить самую сильную душевную боль, даже в тех случаях, когда мы не можем воздействовать на её психологическую причину. Со временем боль ослабевает, восстанавливается способность критической оценки своего поведения, включаются противосуицидальные защитные механизмы, и риск суицидального поведения уменьшается.

4. Инструментальные мотивы связаны с неспособностью изменить неблагоприятную ситуацию другим образом, с желанием доказать что-то хотя бы своей смертью; иногда же это просто желание привлечь к себе внимание, *демонстративно-шантажное* поведение.

Высокого риска совершения суицида в таких случаях, как правило, нет. Суицидальное поведение остаётся на уровне мыслей, фантазий, высказываний, демонстративных попыток с использованием заведомо несмертельных способов и средств. Опасность может заключаться в том, что человек по неведению может принять или использовать более опасные для жизни способы, чем сам того желал. Существует опасность, что в случае достижения

желаемого результата, суицидент может закрепить суицидальную модель поведения и использовать её стереотипно в любых сложных жизненных ситуациях.

5. Аутопунитивные мотивы отражают желание наказать себя.

Подобные мотивы имеют в российской культуре достаточно глубокие корни, особенно в военной среде. Самоубийства во имя искупления вины встречают наибольшее понимание у окружающих.

Суицидальные мысли с мотивацией самонаказания должны настораживать в плане возможного депрессивного состояния.

Когда мотивация самонаказания сочетается с альтруистической, нарушается самый главный противосуицидальный защитный механизм — необходимость жить ради других. Данное сочетание является наиболее опасным в суицидальном плане.

6. Гетеропунитивная мотивация связана с желанием отомстить кому-то, наказать, пробудить у окружающих муки совести.

Модель поведения очень древняя. У китайцев многие столетия существовала традиция в случаях получения незаслуженной обиды вешаться перед домом или прямо на воротах дома обидчика. Таким образом осуществлялась собственная реабилитация и одновременно месть причинившему обиду, так как последний после такого случая всегда подвергался социальному осуждению.

Подобный мотив характерен для подростков. Популярный фильм о подростковых проблемах назывался «В моей смерти прошу винить Клару К.».

Суицидальные фантазии с мотивацией «наказать другого» встречаются у детей, которые представляют, как будут мучиться родители, учителя, близкие, которые их чем-то обидели.

У подростков суицидальные мысли данного типа могут переходить границы фантазирования и реализовываться в поведении, чаще всего с элементами демонстративности и, следовательно, в сочетании с инструментальной мотивацией.

7. Поствитальная мотивация отражает надежду на что-то лучшее после смерти, желание умереть «здесь», чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни, желание уйти «туда», к

кому-то очень важному в жизни подростка и любимому, мысль о смерти как о пути к новой жизни.

Подобные традиции были широко распространены в древнем мире, особенно на Востоке. В Индии в случае смерти брамина его жена (иногда и слуги) по традиции совершали самоубийство на костре, чтобы вместе с ним войти в царство мертвых и обрести там вечное блаженство. Многие первые христиане, буквально восприняв учение апостолов, принялись поодиночке и группами кончать жизнь самоубийством, чтобы скорее предстать перед Всевышним и оказаться в царстве «вечной красоты и блаженства».

Если буквально воспринимать слова Екклезиаста «...и возненавидел я жизнь, ибо всё суета и томление духа», проникнуться пессимизмом книги Иова «человек рождается на страдания» и при этом верить, что на том свете человека ожидает райское блаженство, то до самоубийства недалеко.

Теоретикам христианства чтобы предотвратить массовые самоубийства христиан пришлось провозгласить самоубийство грехом, так как при этом нарушается заповедь Господня «не убий». Как только самоубийцам был обещан вместо сладостных куш рая жаркий и зловонный ад, самоубийства резко пошли на убыль.

Представления о загробной жизни оказывают большое влияние на суицидальный риск. Надёжный фактор профилактики суицидального поведения — наличие стойких религиозных убеждений христианской или исламской направленности.

«Подпортил» в этом плане ситуацию Моуди со своей книгой «Жизнь после смерти». В этой книге автор собрал свидетельства лиц, перенесших опыт клинической смерти. Выжившие в один голос якобы утверждали, что сразу после смерти их душа как бы отделялась от тела, проходила боль, наступало спокойствие, они попадали в длинный туннель, в конце которого был виден яркий свет, их окружали внимательные, заботливые существа, встречали умершие родственники — и только заботами неугомонных реаниматологов они без особого удовольствия возвращались назад. Авторитетные специалисты-реаниматологи не подтверждают подлинность наблюдений Моуди. Подобные мифы широко распространены в нашем обществе, они опасны в плане облегчения перехода суицидальных мыслей в суицидальные действия. Сам Моуди,

понимая, какой эффект может оказать его книга, писал, что опыт внетелесного существования у самоубийц, возвращённых к жизни, носит мрачный, безрадостный и иногда даже «ужасный» характер.

Глава 3. Факторы суицидального риска

Выделяют биологические, психолого-психиатрические и социально-средовые факторы суицидального риска (Зотов М.В., 2006).

Биологические	Психолого-психиатрические	Социально-средовые
1. Наличие суицидов среди биологических родственников 2. Аномалии серотонинергической системы мозга	1. Наличие психического заболевания (депрессия, шизофрения, алкогольная зависимость, расстройства личности). 2. Индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению. 3. Суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом	1. Стрессовые события (смерть близкого человека, физическое или сексуальное насилие и др.). 2. Определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянного места работы и др.). 3. Доступность средств суицида

3.1. Роль психических нарушений

По данным Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок (1994) почти 95% лиц, совершивших суицидальные попытки, страдали психическими и поведенческими расстройствами. Депрессивные расстройства составили 80% от этой цифры, шизофрения — 10%, деменция или делирий — 5%. По данным отечественных авторов, среди суицидентов выявлено только 25% душевно больных, а 75% составили лица с пограничными психическими расстройствами и психически здоровые.

По психическому состоянию суицидентов можно разделить на три категории: больные психозами, больные пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые. Аина

Григорьевна Амбрумова приводит такое количественное соотношение 1,5:5:1. При хронических психических заболеваниях преобладают суициды, а в группе больных с пограничными нервно-психическими расстройствами - суицидальные попытки.

1% пациентов психиатрического стационара совершает самоубийство в отделении, в пробном отпуске или вскоре после выписки. Это высокий показатель, но он не так высок, если учесть, что суицидальный риск имеется у 40% стационарных больных.

Суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психо-неврологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц.

По другим данным, до совершения суицидальной попытки на учете в ПНД состоит не более 23-28% суицидентов.

Примерно две трети больных различными психическими расстройствами совершают попытки в непсихотическом состоянии по вполне реальным мотивам, лишь треть выдвигает патологические мотивировки.

Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям выявляется у трети суицидентов. Среди родственников первой степени родства преобладали алкоголизм и психопатии. Суицидальные действия отмечены в 3,3% случаев в восходящем поколении.

Согласно исследованиям Всесоюзного суицидологического центра (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980), две трети всех суицидентов составляют больные с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые лица с ситуационными реакциями. При этом доля последних равна 13–14%. Среди лиц с пограничными расстройствами наиболее высокий суицидальный риск представляют психопатические личности (около 25%), второе место занимает алкоголизм (19%), третье — реактивные состояния практически здоровых лиц (13,5%). Данные об удельном весе психопатий в структуре самоубийств колеблются в очень широком диапазоне (от 20 до 60% у различных авторов).

Среди лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, лишь у 5% не наблюдается личностных расстройств.

В исследованиях, проведенных в Великобритании (Barraclough В. Et., 1974), было обнаружено, что на 100 изученных историй болезни в 93 случаях суициденты были признаны психически больными. Сходные данные о корреляции психических расстройств с суицидальными тенденциями (94% совпадений) были получены и в результате проведенного в США исследования 134 самоубийств.

В хорошо известном «Оксфордском руководстве по психиатрии» отмечается, что наиболее важной причиной суицида являются психические расстройства. Этот вывод аргументируется рядом исследований, в которых были опрошены родственники и друзья покончивших с собой людей и собран подробный анализ. Полученные данные свидетельствовали о том, что примерно девять из десяти самоубийц на момент совершения акта суицида страдали в той или иной форме психическими расстройствами, среди которых чаще всего встречаются депрессивное расстройство и алкоголизм (последний диагноз присутствует, по крайней мере, в 15–25% случаев завершеного суицида). Риск самоубийства возрастает также при хроническом неврозе, а при эпилепсии он в четыре раза выше, чем в общей популяции.

Среди психических заболеваний рассмотрим подробнее влияние на суицидальное поведение шизофрении, депрессии, биполярного аффективного расстройства, расстройств личности и алкогольной зависимости.

3.2. Депрессивные расстройства

Основными эмоциями при расстройствах настроения являются депрессия и мания.

Депрессия — подавленное состояние с тоской, упадком сил, низкой самооценкой, чувством вины, при котором жизнь кажется мрачной, а ее трудности — непреодолимыми.

Мания — состояние эйфории, повышенной активности, преувеличения своих возможностей.

Большинство людей с расстройством настроения страдают только от депрессии (Д.), у них не бывает маниакальных состояний, и когда Д. проходит, к ним возвращается нормальное или почти нормальное настроение. У других людей отмечаются периоды мании,

чередующиеся с периодами Д., — синдром, называемый биполярным аффективным расстройством.

У всех нас время от времени бывает угнетенное состояние. Нормальную переменную настроения нельзя путать с клиническим синдромом. Клиническая Д. связана с тяжелым и продолжительным (не менее 2 недель) состоянием, которое мешает выполнять простейшие житейские обязанности.

Д. в тот или иной период жизни могут болеть 23% женщин и 11% мужчин.

В системе первичной медицинской помощи 6—10% больных страдают текущей большой депрессией. Данные цифры указывают на то, что большая депрессия встречается в практике первичной медицинской помощи столь же часто, как инфекции верхних дыхательных путей и гипертензия.

Между тем в поликлиниках Д. диагностируется не более чем у 5% всех обращающихся туда депрессивных больных. Поэтому так важно повысить уровень знаний о депрессии врачей общего профиля.

Частота депрессий возрастает с тяжестью соматического заболевания, так что среди госпитализированных пациентов отмечаются более высокие цифры депрессии (20—33%), чем среди пациентов клиник первичной медицинской помощи (5—20%).

Начиная с 1915 года опасность подвергнуться тяжелой Д. постоянно возрастала. Причем средний возраст людей, в котором они впервые сталкиваются с депрессией и который в настоящий момент составляет 27 лет, понижается с каждым следующим поколением (Weissman et al., 1992, 1991).

Некоторые исследователи полагают, что в каждом последующем поколении происходит накопление генетического материала, связанного с болезненными проявлениями (в частности, биполярным расстройством), отсюда и раннее возникновение симптоматики. Вместе с тем существуют и другие возможные объяснения причин «омоложения» расстройства настроения:

- улучшение диагностики расстройств настроения у детей;

- «активизация» биполярного расстройства за счет употребления стимуляторов или лекарственных средств антидепрессивного действия;

- рост напряженности в семейной жизни — частота разводов растет, семьи стали подвижными, поддержка со стороны расширенной семьи встречается реже, чем в предшествующих поколениях;

- загрязнение окружающей среды в большей степени влияет на развивающийся детский мозг.

3.2.1. Клиническая картина депрессии

Приступ Д. называют депрессивным эпизодом. Различают основные и дополнительные симптомы депрессивного эпизода.

К *основным* относятся:

- 1) снижение настроения в течение двух и более недель;
- 2) утрата интересов и способности получать удовольствие (ангедония) (hedone-наслаждение);
- 3) снижение психической и физической активности или повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы Д. включают:

- 1) снижение способности к концентрации внимания, рассеянность;
- 2) снижение самооценки и уверенности в себе;
- 3) идеи вины и самоуничужения;
- 4) мрачное видение будущего;
- 5) суицидальные мысли и действия;
- 6) нарушения сна;
- 7) снижение аппетита (или булимия), потеря веса.

В зависимости *от количества* симптомов и их *тяжести* депрессивные эпизоды делятся на легкие, средние и тяжелые.

Для диагноза "депрессивного эпизода *легкой степени*" достаточно констатировать наличие какого-нибудь одного из основных симптомов депрессии и одного-двух из дополнительных. При этом ни один симптом не достигает значительной тяжести.

Наличие двух из основных симптомов Д. в сочетании с любыми двумя-тремя дополнительными говорит о *средней степени* Д.

Обнаружение всех основных симптомов Д. и любых трех-четырех дополнительных говорит о *тяжелой депрессии*, требующей *госпитализации* в психиатрический стационар.

К соматическим проявлениям депрессии относят:

- утомляемость,
- ажитацию (фр. agitation - возбуждение),
- анорексию или гиперфагию с утратой вкуса пищи,
- бессонницу или сонливость,
- аменорею,
- отсутствие либидо.

Без лечения приступ Д. может длиться от полугода до 2 лет, тогда как большинство пролеченных приступов длится около 3 месяцев. Через 4-6 месяцев примерно у 50-85% пациентов отмечался второй депрессивный эпизод.

Примерно половина всех больных Д. выздоравливает полностью, однако в 1/3 случаев болезнь приобретает хроническое течение с выраженной симптоматикой и инвалидизацией. Около 10% пациентов, страдающих аффективным расстройством, в конечном счете налагают на себя руки.

Если депрессивные эпизоды повторяются с интервалом в несколько месяцев, по меньшей мере, дважды, то диагностируют рекуррентное (повторное) депрессивное расстройство. Факторы риска рецидива включают неполную ремиссию, семейный анамнез в отношении рекуррентных аффективных расстройств.

С возрастом учащаются и удлиняются депрессивные эпизоды, в инволюции преобладают затяжные тревожно-ипохондрические и тревожно-ажитированные депрессии («инволюционная меланхолия» старых авторов) с резистентностью к терапии и неполным выходом из болезненного состояния. Уменьшение в этом возрасте антисуицидальных факторов повышает риск самоубийства.

Вероятность рекуррентности повышается с числом предшествующих эпизодов. И наоборот, можно предположить, что вероятность рекуррентности снижается прямо пропорционально сроку, в течение которого у индивида отсутствует симптоматика.

У тех, кто страдает рекуррентной Д., болезнь протекает тяжелее не только с точки зрения количества и частоты симптомов, но и

суицидных попыток. Рекуррентное депрессивное расстройство является наиболее тяжелым из всех подтипов депрессивных расстройств.

3.2.2. Варианты депрессивных расстройств

Депрессия меланхолического типа. Это наименование применяется в тех случаях, когда пациент страдает хотя бы тремя нарушениями из следующих:

- 1) раннее утреннее пробуждение;
- 2) депрессия сильнее выражена в утренние часы;
- 3) отчетливые психомоторная заторможенность или возбуждение;
- 4) значительное снижение аппетита и веса;
- 5) неадекватное или чрезмерное чувство вины и
- 6) депрессивное настроение, качественно отличное от печали, испытываемой в силу утраты или при немеланхолической депрессии.

Данный подтип Д. больше, чем ее другие формы, связан с генетической отягощенностью. Пациенты с этим подтипом Д. могут лучше поддаваться электросудорожной терапии или лечению ТЦА, чем терапии СИОЗС. На терапию антидепрессантами часто первыми отвечают симптомы анергии, бессонницы и анорексии с суточным ухудшением по утрам, после чего уменьшаются когнитивные и аффективные симптомы.

Атипичная депрессия. В противоположность меланхолии, при данном подтипе отмечаются переедание, увеличение веса и чрезмерная реактивность настроения. Больные атипичной депрессией или биполярным расстройством обычно страдают гиперсомнией, но их сон не приносит отдыха.

Это состояние зачастую лучше отвечает на терапию ингибиторами МАО, чем на применение ТЦА.

Послеродовая депрессия. Обычно женщины полагают, что рождение ребенка будет для них счастливым событием. Однако послеродовая меланхолия настолько широко распространена — ее испытывают до 80% женщин, — что многие исследователи считают ее нормальным явлением. Когда женщины, только что ставшие

матерями пытаются приспособиться к новой жизненной ситуации, связанной с нарушенным сном, дополнительным стрессом и эмоциональным истощением, у них могут отмечаться приступы плача, усталость, тревога, бессонница и тоскливое настроение. Обычно эти симптомы исчезают в течение десяти дней.

Симптомы *клинической послеродовой Д.* развиваются примерно у 10—20% женщин в течение 6 мес. после рождения ребенка. Предшествующий эпизод депрессии или биполярного расстройства может служить основанием для назначения превентивной терапии при последующих родах.

Многие клиницисты полагают, что послеродовую Д. вызывают гормональные изменения, сопровождающие рождение ребенка. В то же время в данном расстройстве могут играть важную роль психологические факторы. Рождение младенца связано с серьезными изменениями в жизни. Женщина, как правило, сталкивается с переменами в своих повседневных обязанностях, и ее ждут дальнейшие перемены, если она решает прервать свою профессиональную карьеру хотя бы на время. Возрастают финансовые трудности, а продолжительность сна и отдыха обычно снижается. Это накопление стрессовых факторов может повысить вероятность Д.. Особая опасность грозит матерям, чьи младенцы болеют или отличаются капризным характером.

Многие женщины, которым могло бы помочь лечение, не обращаются к врачу, поскольку стыдятся своей печали в период, который, как считается, должен приносить одну радость. Стрессовыми и травматическими могут быть даже позитивные события, если они связаны с серьезными изменениями в жизни человека.

Сезонное аффективное расстройство (САР) чаще наблюдаются у женщин, часто с депрессией или гипоманией, связанной с биполярным аффективным расстройством. Характерная картина включает депрессию, начинающуюся осенью и кончающуюся весной, которая сменяется выздоровлением, гипоманией или манией весной или летом.

Специфичны нарушения сна, которые проявляются повышенной сонливостью, увеличенной продолжительностью сна, прерывистым

сном. Несмотря на то, что они спят дольше обычного, сон не приносит чувства отдыха и больные просыпаются усталыми, разбитыми.

У женщин с САР один из типичных его признаков — синдром предменструального напряжения, при котором за 1-2 недели до начала менструации у пациентки появляется целый комплекс соматических и психических нарушений: тянущие и распирающие боли внизу живота, в пояснице и в грудных железах, набухание грудных желез, повышенная склонность к отекам, слезливость, агрессивность, раздражительность, печаль, обидчивость.

Типичный портрет больной с САР выглядит следующим образом: Д., удлинение продолжительности сна с отсутствием чувства удовлетворенности сном, синдром предменструального напряжения, булимия, нарастание массы тела.

Дистимия — это хроническая депрессия, от легкой до умеренной степени, которая характеризуется подавленным настроением большую часть дня на протяжении более половины всех дней на последние два года.

Дистимия отличается от рекуррентного депрессивного расстройства не качественной структурой, а недостаточной тяжестью и стойкостью симптоматики.

Главный отличительный признак дистимии — это хроническое её течение (не менее двух лет, у детей — не менее 1 года), отсутствие социальной дезадаптации.

Дистимия может начинаться практически в любом возрасте. Средняя продолжительность дистимии — 5 лет.

В течение жизни ею заболевает около 5% мужчин и 8% женщин.

Дистимия встречается чаще, чем депрессивный эпизод.

Нередко отмечается употребление психоактивных веществ и алкоголя, что может приводить к развитию наркомании и алкоголизма.

Двойной депрессией страдают люди, которые пребывают в состоянии хронической умеренной депрессии и чьи проблемы время от времени усугубляются, являя собой «большие» депрессивные симптомы. Из тяжелого депрессивного эпизода выходят почти все лица с двойной депрессией (по крайней мере, на какое-то время),

меньше половины из них с тем же успехом справляются и от дистимического расстройства.

Раньше дистимия обозначалась как невротическая Д. (другие распространенные названия: реактивная, не эндогенная или экзогенная Д.). Психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно значимые, неразрешимые и в значительной мере обусловлены преморбидными особенностями личности больных. Пониженное настроение больные обычно связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием.

Дистимия может быть первичным расстройством, но зачастую она является вторичной по отношению к хроническим соматическим состояниям (например, хроническая боль, рак) или психическим болезням (рекуррентная депрессия, шизофрения). Характерны жалобы на астенические проявления — постоянное чувство усталости, вялость. Часто отмечаются головные боли, расстройства пищеварения, запоры, головокружение.

Нередки длительные болевые ощущения, на протяжении месяцев и лет меняющие свою локализацию.

На *хронической боли* следует остановиться особо. Хронической болью принято считать ту боль, которая длится не менее 3–6 месяцев и уже не имеет морфологического субстрата. Это боль, которая часто беспокоит больного, по крайней мере, не менее 15 дней в месяц. Боль чаще всего монотонная, тупая, ноющая, сдавливающая, нередко с неприятным сенестопатическим оттенком. Хронические болевые синдромы сочетаются с Д. в половине случаев.

Во-первых, длительно существующая боль, причиняя страдания больному, часто приводит к развитию вторичного по отношению к боли депрессивного состояния.

Во-вторых, первичная Д. может способствовать формированию психалгий или хронического болевого синдрома. Родственность хронической боли и Д. объясняется общими звеньями патогенеза. И при хронической боли, и при депрессии основное патогенетическое значение имеет недостаточность серотонинергических систем мозга.

Хронический болевой синдром может иметь различную локализацию — в сердце, животе, голове, шее, спине, во всем теле. При активном опросе пациента выясняется, что локализация болей шире, чем первоначальные жалобы.

Нередко у больных формируется особое «болевое поведение», при котором они щадят больную часть тела: избегают физических нагрузок, осторожно двигают головой, едят особую пищу, строго соблюдают режим дня, постоянно растирают болевую точку, кутаются в чрезмерно теплую одежду и т.д.

Наибольшие трудности вызывают у врачей больные с дистимией, у которых формируются *депрессивно-ипохондрические* или *сенестопатические синдромы*. Этим больным можно отнести к категории пациентов с «толстым досье», постоянно посещающих врачей общей практики. Они, как правило, многословны, противоречивы, их жалобы касаются многочисленных аномальных ощущений — жжение, онемения, озноба, покалывания, мурашек, шевеления и т.д. Они постоянно прислушиваются к любым ощущениям, анализируют их, боятся, что у них пропустят соматическое заболевание, делают повторные анализы, настраивают на частых повторных осмотрах, обследованиях и консультациях, меняют врачей.

Дистимия трудно поддается фармакотерапии, зато она чувствительна к психотерапии, особенно к когнитивной терапии.

Больные дистимией редко попадают к психиатру и гораздо чаще наблюдаются врачами общей практики и психологами.

3.2.3. Депрессии у соматических больных

Депрессия значительно увеличивает смертность вследствие суицидов, несчастных случаев и ухудшения течения соматического заболевания. Депрессивные расстройства осложняют течение соматического заболевания посредством ряда возможных механизмов:

- усиление (преувеличение) боли,
- нарушение строгого соблюдения рекомендаций,
- снижение социальной поддержки
- дисрегуляция гуморальной и иммунной систем.

При нелеченной Д. отмечается резкий рост смертей среди пациентов, страдающих инфарктом миокарда.

Больные редко жалуются терапевту на сниженный фон настроения, утрату интересов и чувства удовольствия. Эти

депрессивные жалобы, как правило, скрыты за соматическими жалобами.

Заставить врача подумать о возможной Д. должны следующие проявления:

- многочисленность, изменчивость соматических жалоб;
- несоответствие жалоб, которые предъявляет больной, объективным данным;
- ранние утренние пробуждения на 2–3 часа раньше обычного;
- снижение аппетита, резкое уменьшение количества принимаемой пищи и связанное с этим значительное и быстрое снижение массы тела за последние месяцы. Расстройства аппетита и веса весьма variabelны. Может наблюдаться не только типичное для депрессий снижение аппетита и снижение веса, но и противоположные состояния — повышение аппетита с повышением массы тела. Повышенное потребление пищи может остаться единственной функцией организма, которая ещё может приносить удовольствие и остается гипертрофированной на фоне резкой редукции других побуждений и влечений;
- суточное распределение проявлений болезни с пиком плохого самочувствия в утренние часы и некоторое его улучшение к вечеру;
- чувство выраженной усталости, которое не следует за какой-либо деятельностью, а предшествует умственной или физической нагрузке, то есть возникает независимо от неё.

Особое внимание надо обращать на внешний вид пациента. Больной с Д. одевается без особой тщательности, чаще небрежно, выбирает серые и темные тона одежды, женщины не следят за прической и не используют макияж. Походка больного вялая, осанка сутулая, голова опущена, все его жесты несколько замедленны и лишены выразительности. Мимика бедная, речь монотонная. Голос тихий. Взгляд чаще всего не направлен на врача, тусклый и безразличный или, напротив, несчастный, страдальческий.

Очень важен расспрос близких пациенту людей, которые ежедневно наблюдают его в быту. Окружающие, как правило, сообщают, что внешний вид, повседневные привычки и интересы

больного изменились. Он меньше улыбается, постоянно угнетен, замкнут, забросил любимые занятия, более холоден с близкими.

Больные часто относятся к Д. не как к болезни, а как к чему-то несерьезному, не стоящему внимания или постыдному. Такие больные не понимают, что Д. — это не каприз или неумение держать себя в руках, а распространенное заболевание, которое порождает их плохое самочувствие, имеет нейрохимическую основу и может быть излечено.

В то же время диагноз Д. при соматическом заболевании не следует ставить лишь на основании наличия таких симптомов, как усталость, бессонница и анорексия. Необходимо искать также когнитивные и аффективные критерии Д., такие как плохая концентрация, чувство безнадежности и никчемности, сниженное настроение и ангедония.

Хотя интервью дает клиницисту возможность установить раппорт и навести справки о каждом симптоме, опросники нередко предоставляют дополнительную информацию. Так, например, опросник депрессии А. Бека (2003) содержит 21 вопрос; пациенты обычно находят его понятным и заполняют за 5 мин. Подсчет баллов и интерпретация просты, обеспечивая инструмент для скрининга и контроля прогресса терапии.

Обнаружение у пациента депрессивных расстройств и особенно суицидальных проявлений налагает на врача-непсихиатра значительную ответственность и заставляет его искать консультации психиатра (психотерапевта). Однако больной может категорически воспротивиться контактам с психиатром. Поэтому врачу-непсихиатру нужно быть готовым к оказанию пациенту помощи в ограниченном объеме, к оценке степени суицидального риска и при высоком суицидальном риске принять необходимые меры, например, предупредить близких пациента, рекомендовать госпитализацию.

3.2.4. Коморбидность

У 62% больных Д. отмечаются тревожные расстройства, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрессивные симптомы. Тревожные расстройства чаще к Д. приводят, чем наоборот.

В настоящее время господствующий теоретический подход к осмыслению взаимного пересечения депрессивных и тревожных симптомов состоит в признании того, что в большинстве методик, призванных измерять оба пакета симптомов, выделяется параметр негативного аффекта, имеющий отношение к настроению и личности и включающий в себя такие аффективные состояния, как дистресс, гнев, страх, вина и беспокойство.

Ни депрессивных, ни тревожных индивидов нельзя различить на основании их выраженного негативного аффекта. Однако исследования продемонстрировали также, что тревогу и Д. можно различить на основе другого параметра настроения и личности, известного как позитивный аффект, который включает в себя такие аффективные состояния, как возбуждение, удовлетворение, интерес и чувство гордости.

Депрессивные люди, как правило, отличаются низким уровнем позитивного аффекта, а тревожные индивиды - нет. Это означает, что признаки утомляемости со снижением энергии и энтузиазма, характерные для слабого позитивного аффекта, наблюдаются только у депрессивных индивидов.

Кроме того, некоторые тревожные (особенно панические пациенты), но не депрессивные люди отличаются повышением еще одного параметра, известного как тревожное гипервозбуждение, к симптомам которого относятся сердцебиение, дрожь, головокружение и одышка.

Эта тройственная модель тревоги и Д. объясняет, таким образом, какие черты для них общие (высокий негативный аффект), а какие - различные (низкий позитивный аффект при Д. и тревожное гипервозбуждение при панике).

Бек и Кларк (1994) представили данные, согласно которым Д. и тревогу в известной мере можно разграничить и на основе когний. Например, когнии, связанные с утратой, неудачей и безнадежностью, чаще встречаются при тяжелой Д. и дистимии, чем при паническом расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве (хотя при всех этих расстройствах они усилены).

При возникновении Д. любой этиологии, любой степени выраженности, более половины больных начинают прибегать или к

массовой эпизодической *алкоголизации*, или систематически алкоголизируются малыми дозами, используя алкоголь в качестве "антидепрессанта". Такое сочетание алкоголизации и Д. не только создает риск развития зависимости, но и значительно видоизменяет течение и клинику ранее развившейся Д. Систематическая алкоголизация приводит к появлению ряда вегетативных симптомов, тревожности, утяжелению депрессивной симптоматики, ее пролонгации, увеличивает риск суицидальных действий.

Депрессия и насилие в браке. От одной трети до половины случаев дистресса в браке отмечены наличием в супружеской паре как минимум одного члена с клинической Д. (Готлиб и Хэммен, 1992). Данные свидетельствуют, что как дистресс в браке может привести к Д., так и Д. способна привести к дистрессу.

Депрессия и суицид. Факторами, повышающими риск суицида у больных Д., является тяжесть и продолжительность фазы, наличие в ее структуре тревоги и, особенно, деперсонализации, длительная бессонница, одиночество или отчужденность в семье, утрата работы и изменение жизненного уклада, попытка самоубийства в прошлом или суициды у родственников.

Нередко при анализе Д. и тех или иных суицидальных феноменов можно с уверенностью говорить о практическом отсутствии реальной психотравмирующей ситуации. Суть в том, что ситуация вначале создается в воображении суицидента и только в соответствии с особенностями его личности и психопатологическими расстройствами предстает как тупиковая, выход из которой, по мнению больного, возможен только через самоубийство. Приходится только удивляться, насколько ничтожным может быть тот или иной «факт», обстоятельство, которое обусловили принятие решения о самоубийстве.

К сожалению, хотя незадолго до совершения самоубийства 60% людей обращаются за помощью, антидепрессанты назначаются лишь в 15% случаев, причем у половины из этих пациентов отмечается их плохая переносимость, в результате чего лечение прекращается за 2–3 недели до суицида. Другим больным часто прописывают недостаточные дозы лекарств.

Согласно исследования, проведенным в Швеции и Финляндии, только 3–6% больных, покончивших с собой, получили адекватные

дозы антидепрессантов. Кроме того, суицидентам очень редко оказывалась доступной психотерапия.

3.2.5. Причины и методы лечения депрессии

На возникновение и течение депрессивных расстройств могут влиять как психологические, так и биологические факторы. Стрессовые события предшествуют и другим психическим расстройствам, но лица с Д. сообщают о большем числе подобных событий. Около 66-90% эпизодов Д. развиваются после тяжелых жизненных событий, происшедших за полгода или менее до этого эпизода. Большинство из этих событий в той или иной степени связаны с утратой. В то же время наличие у одного из родителей расстройства настроения повышает риск подобного расстройства у детей до 27%. Риск возрастает до 74%, если расстройство настроения имеется у обоих родителей. При наличии расстройств настроения в головном мозге содержится недостаточное или избыточное количество определенных химических веществ (нейромедиаторов). Медиаторы — это содержащиеся в головном мозге химические вещества, которые передают сигналы от одной нервной клетки к другой. Пониженная активность двух медиаторов, норадреналина и серотонина, тесно связана с Д.

Биологические методы лечения. В большинстве случаев биологическое лечение Д. означает применение антидепрессантов, для тех, кому не помогают другие методы лечения — в редких случаях применяется электрошоковая терапия.

Лекарственные средства не излечивают расстройств настроения, они могут:

- прекратить или ослабить выраженность текущей симптоматики;

- предотвратить или уменьшить страдания от будущих эпизодов.

Антидепрессанты помогают 60-65% пациентов.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) хотя и являются препаратами первого поколения, но до сих пор не потеряли своей актуальности. Основные представители: амитриптилин, мелипрамин, анафранил. ТЦА воздействуют как на тоску, так и на тревогу. Терапевтический эффект начинает проявляться в течение 1 -3 недель.

ТЦА обладают холинолитической активностью. Их многочисленные выраженные побочные действия: ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, снижение интеллектуально-мнестических функций, нарушение четкости зрения, диплопия, сухость во рту, запоры, паралич подвздошной кишки, задержка мочеиспускания, излишний седативный эффект, сонливость, увеличение веса, усиление аппетита. К побочным действиям относят и снижение сексуальных возможностей у мужчин, которые проявляются снижением полового влечения, ослаблением эрекции, задержкой эякуляции и аноргазмией.

Тетрациклические антидепрессанты (лудиомил, леривон) относятся к препаратам второго поколения. Лудиомил хорошо зарекомендовал себя в геронтологической практике.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) сложнее передозировать, чем трициклические антидепрессанты. Они удобны для назначения (1 раз в день независимо от приема пищи). Побочных эффектов у СИОЗС мало, встречаются они редко (головокружение, тошнота, слабость, потливость, боль в животе, понос, возбуждение и нервозность) и проходят в течение первых двух недель терапии. Возможные серьезные побочные действия СИОЗС включают в себя провокацию мании, судороги или суицидальное поведение. Существенно, что эти средства не взаимодействуют с алкоголем. Оправданную популярность приобрел пролонгированный препарат флуоксетин. Завоевывает популярность и другой пролонгированный препарат группы СИОЗС — циталопрам. От остальных препаратов этой группы его отличает минимальное количество побочных эффектов. В терапевтических стационарах при лечении больных Д. с сопутствующей соматической патологией, особенно пожилого возраста, следует отдавать предпочтение препаратам группы СИОЗС, которые легче переносятся, нетоксичны, не нарушают внимание, память и мыслительные процессы.

Основной представитель антидепрессантов новой генерации, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) — милнаципран или иксел. Обладает мягким активирующим эффектом, не имеет седативного действия. Отличается быстротой наступления терапевтического эффекта (на 3–

10 день), широко и успешно используется при лечении больных депрессией с соматической отягощенностью.

Тиапептин (коаксил), препарат с недостаточно известным механизмом действия, хорошо зарекомендовал себя в лечении тревожно-депрессивных состояний. Существенно, что препарат мягко действует, легко переносится, дает слабые и кратковременные побочные эффекты. Один из немногих антидепрессантов, который не оказывает неблагоприятного эффекта на сексуальные возможности мужчин.

В зависимости от преобладания седативного или активизирующего эффекта антидепрессанты можно разделить на три группы.

1. К антидепрессантам с выраженным седативным эффектом относятся: амитриптилин, доксепин, миансерин, флувоксамин. Обладающий успокаивающим действием ремерон (миртазапин) показан детям, страдающим бессонницей.
2. Основными представителями антидепрессантов сбалансированного действия, без выраженных седативных и стимуляционных эффектов являются: пиразидол, коаксил, золофт, паксил, анафранил.
3. Антидепрессанты с выраженным стимулирующим эффектом: мелипрамин, аурорикс, флуоксетин.

Противотревожный эффект антидепрессантов тоже различен, он максимально выражен у кломипрамина, флувоксамина, амитриптилина, леривона и, напротив, в меньшей степени свойствен аурориксу и мелипрамину.

Обязателен учет побочных действий препарата, о которых следует заранее предупредить пациентов. При необходимости на первое время назначаются ограничительные мероприятия: запрет на вождение автомобиля, прием алкоголя и других лекарственных средств без ведома врача. При постепенном повышении дозы появления побочных эффектов можно либо избежать, либо значительно их уменьшить. Дозу пролонгированных препаратов титровать не надо. Если в первые две недели возникает тревога или нарушение сна, их можно купировать дополнительным назначением

транквилизаторов и/или снотворных средств. Через 2–3 недели корректоры можно безбоязненно отменить.

Для избежания грозных осложнений врачу — непсихиатру никогда не следует сочетать антидепрессанты между собой, а также с другими серотонинмиметическими средствами: фенфлюраминами, солями лития.

Предотвратить симптомы отмены можно, если доза препарата снижается медленно. Дозу препаратов непролонгированного ряда рекомендуется снижать в течение 1–2 месяцев. Для антидепрессантов группы СИОЗС пролонгированного действия симптомы отмены не характерны.

Синдром отмены чаще всего проявляется общим соматическим дистрессом — дискомфортом, тошнотой, рвотой, анорексией, головной болью, тревогой, парестезией, головокружением. Симптомы отмены развиваются через 1–5 дней после прекращения не менее чем двухмесячного приема препарата, редуцируются — через 4–25 дней. При появлении синдрома отмены надо временно вновь повысить дозу препарата и в последующем ещё медленнее её снижать.

Не следует бояться зависимости — от антидепрессантов зависимости не бывает.

К сожалению, эффект от приема антидепрессантов обычно развивается как минимум через несколько недель. Кроме того, прекращение приема препарата после исчезновения симптомов может привести к рецидиву. В типичных случаях естественное течение депрессивного эпизода, оставленного без лечения, растягивается на шесть—девять месяцев. Следовательно, если депрессивные больные получают лекарство три-четыре месяца и прекращают его прием из-за улучшения самочувствия, то у них чаще всего развивается рецидив. Поскольку депрессия может проявляться как рекуррентное расстройство, постольку существуют и растущие тенденции долго держать пациентов на препарате во избежание рекуррентных эпизодов. Например, Франк и коллеги (1990) давали больным умеренные дозы имипрамина в течение трех лет и нашли, что рекуррентные эпизоды возникли лишь у 20%, по сравнению с теми 90%, что получали плацебо на протяжении того же периода. Таким образом, при правильном назначении антидепрессанты часто

оказываются эффективными как в отношении лечения, так и в плане профилактики развития у больных рекуррентных эпизодов.

Ряд фитосредств (в частности, овсюг, мелисса лимонная, женьшень, буковица, базилик, родиола розовая) считаются полезными при депрессии. Однако экспериментально удалось подтвердить только действие зверобоя.

Зверобой — это дикорастущее травянистое растение, которое в течение 2,5 тысячи лет используется в народной медицине. Он натурален, дешев. Его можно купить без рецепта. Наилучшая концентрация этого вещества достигнута в препарате «Негрустин» (производство немецкой фирмы). В одной таблетке негрустина сосредоточено такое же количество искомого гиперицина, как в шести-восьми кружках крепко заваренного зверобоя. «Негрустин» помогает не только при Д., но также снижает тревогу, улучшает работу вегетативной нервной системы, эффективно справляется с синдромом хронической усталости и улучшает сон. Он позволяет женщинам снизить тяжесть ПМС и климактерических расстройств. Доказана эффективность и безопасность зверобоя у детей 6–16 лет. К вероятным побочным эффектам зверобоя относятся расстройство желудка, сухость во рту, утомляемость, головокружение, сыпь и зуд. Не вызывает сонливости и привыкания (единственное — не загорайте во время лечения этим препаратом, дабы избежать кожных реакций). Следует помнить, что концентрация активных веществ в фитосредствах может быть разной не только у разных производителей, но и в разных упаковках. В связи с этим правильную дозировку фитопрепаратов подобрать довольно трудно.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является эффективным и быстродействующим, хотя и спорным методом лечения Д. При ЭСТ к голове больного прикладывают два электрода. Затем в течение половины секунды или менее через головной мозг больного пропускают электрический ток. Электрический ток вызывает судороги, которые длятся от 25 секунд до нескольких минут. Люди, подвергшиеся ЭСТ, как правило, испытывают трудности с припоминанием того, что происходило непосредственно перед этими воздействиями и после них. В большинстве случаев их память восстанавливается через несколько месяцев. Однако у некоторых

больных отмечаются более глубокие провалы памяти, и эта форма амнезии может стать хронической.

У 60-70% больных, к которым применялась ЭСТ, происходит улучшение состояния. Основным показанием для ЭСТ является лечение тяжелой депрессии, особенно сопровождающейся бредом, и депрессии, резистентной к терапии антидепрессантами. Этот метод также используется у пожилых людей, у которых выражены побочные эффекты антидепрессантов. Хотя ЭСТ эффективна и ее методика прогрессирует, начиная с 1950-х годов ее использование в целом уменьшается. Одна из причин этого снижения популярности — потери памяти, вызываемые ЭСТ. Другая причина — появление эффективных лекарств-антидепрессантов. В целом ЭСТ является достаточно безопасной процедурой. Осложнения и смертность после нее существенно не превышают таковые при общем наркозе: смертность составляет приблизительно 1 на 10 000 больных.

Психологическая помощь. Психотерапия может применяться изолированно при легких депрессивных эпизодах или в сочетании с антидепрессантами при депрессивных эпизодах средней тяжести, при рекуррентных депрессиях, при дистимиях.

От психотерапевта требуется знать о депрессии как можно больше, а также уметь проводить психологическое просвещение. Пациенты часто не представляют себе в полной мере, что такое депрессивная симптоматика, считая «депрессией» один-два симптома. Многие пациенты считают плохую память и невозможность сосредоточиться проявлениями «утраты рассудка» или сумасшествия, а вовсе не характерной чертой депрессии. Они часто с облегчением узнают, что эти функции со временем восстанавливаются, когда отступит депрессия.

Пациенты часто стыдятся того, что страдают депрессией; они считают ее скорее проявлением моральной слабости или поражением, нежели заболеванием. Аналогия с другим заболеванием поможет пациенту признать серьезность своего состояния. Вряд ли кто-то стал бы участвовать в марафонском забеге со сломанной ногой, поэтому не следует ожидать от себя полноценного функционирования на фоне тяжелого депрессивного состояния.

Психотерапевту также необходимо сохранять оптимизм; его поведение служит пациенту примером для подражания, позволяя поддерживать уверенность в благоприятном исходе вмешательства.

К Д. наиболее часто прилагаются следующие психологические модели: психодинамическая, поведенческая и когнитивная. Самый давний из этих подходов — психодинамический, но исследования не дают надежных подтверждений объяснениям и методам лечения Д., которые он предлагает. Поведенческие методы лечения эффективны главным образом в случаях легкой Д. Когнитивные же теории и методы лечения Д. находят множество подтверждений в исследованиях и получили широкое признание среди клиницистов.

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы жизнь их пациентов с Д. вновь наполнилась приятными событиями и видами деятельности и помогают им усовершенствовать свои социальные навыки. Сначала терапевт определяет виды деятельности, которые доставляют пациенту радость, например, походы по магазинам или занятие фотографией, и побуждает человека составить недельный график таких действий. Исследования показывают, что если жизнь человека обогащается позитивными видами деятельности, это может действительно способствовать улучшению настроения.

Наиболее влиятельные когнитивные методы психотерапии Д. предложены М. Селигманом и А. Беком.

М. Селигман предположил, что людям присущ относительно неизменный стиль атрибуции и те из них, кому свойствен пессимистический стиль, рискуют впасть в Д. при столкновении с неконтролируемыми негативными событиями. Это означает, что пессимистический стиль атрибуции представляет собой уязвимость, или диатез, в отношении развития Д.

Когда люди считают, что события находятся вне их контроля, они задают себе вопрос, почему это происходит. Если они приписывают это отсутствие контроля какой-то внутренней причине, которая носит одновременно и глобальный и устойчивый характер («Я ни на что не гожусь и таким останусь навсегда»), то легко могут посчитать себе неспособными предотвратить будущие негативные события и впасть в Д.. Если же они делают атрибуции иного рода, тогда эта реакция маловероятна.

Исследования подтверждают связь между стилями атрибуции и Д.. Некоторые теоретики внесли в модель беспомощности еще ряд поправок. Они предполагают, что атрибуции, скорее всего, вызывают Д. только в том случае, когда они в дальнейшем порождают у людей чувство безнадежности (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Данные говорят о том, что пессимистический стиль атрибуции, по-видимому, отстывает, когда индивид выздоравливает от Д. В этой связи возникает вопрос, не является ли он в большей степени эффектом Д., чем фактором уязвимости.

А. Бек, также как и М. Селигман, полагает, что основой Д. является негативное мышление. Однако Бек акцентирует внимание на неадекватных когнициях, составляющих так называемую когнитивную депрессивную триаду — ошибки в восприятии ситуации, себя и будущего. Депрессивные пациенты считают себя нежеланными, никчемными и некомпетентными. Будущее видится им безрадостным. Согласно А. Беку, депрессивные люди, кроме того, допускают ошибки в своем мышлении. Одна из распространенных логических ошибок состоит в том, что они делают произвольные выводы — негативные заключения, имеющие под собой мало оснований. Депрессивные люди часто преуменьшают значимость позитивного опыта или преувеличивают значимость негативных событий.

Исследования свидетельствуют о том, что негативное мышление действительно связано с Д., но они неспособны продемонстрировать, что подобные модели мышления являются причиной и ключевым элементом Д. Не исключено, что основополагающая проблема с настроением вызывает трудности в мыслительной сфере, которые затем еще больше расстраивают настроение, поведение и физиологию.

Метод лечения Д., разработанный А. Беком, включает в себя четыре фазы (Бек А. с соавт., 2003):

Фаза 1. Повышение активности и настроения. Используя поведенческие приемы, терапевты сначала побуждают пациентов проявлять больше активности. В ходе каждого сеанса пациенты посвящают определенное время составлению подробного почасового графика своих действий на предстоящей неделе. По мере того, как от недели к неделе они будут проявлять все больше активности,

улучшится и их настроение. Оговариваются такие простые виды деятельности, как просмотр телепередач и звонки друзьям.

Фаза 2. Устранение автоматических мыслей. Как только люди становятся более активными и чувствуют, что их Д. начинает проходить, когнитивные терапевты помогают им справиться с их негативными автоматическими мыслями. Пациентов учат распознавать и регистрировать негативные автоматические мысли, когда те появляются. Затем терапевт и пациент оценивают реалии, стоящие за этими мыслями, и часто приходят к выводу, что последние безосновательны.

Фаза 3. Идентификация негативного мышления и его абсолютизации. По мере того как люди начинают видеть изъяны в своих автоматических мыслях, когнитивный терапевт показывает им, каким образом процессы нелогичного мышления способствуют этим мыслям. Терапевты также дают пациентам возможность увидеть, что почти все их интерпретации событий отличаются выраженной негативной субъективной оценкой, и помогают им изменить эту манеру интерпретации.

Фаза 4. Изменение первичных установок. Терапевты помогают людям изменить неадекватные установки, которые и лежат в основе их Д. В качестве составной части этого процесса терапевты часто побуждают пациентов сопоставить свои установки с реальностью.

При работе с непсихотической депрессией А. Бек выделяет базовые терапевтические мишени:

- астения (необходимо поощрение к действию);
- самокритичность («Допустим, я совершу такие же ошибки, станете ли вы меня за это презирать?»);
- отсутствие удовлетворенности и удовольствия (в дневнике события дня оцениваются знаками «+» и «-»);
- отчаяние и суицид (пациенту показывают неубедительность его представления о ситуации, как безвыходной).

А. Бек описывает две наиболее эффективные техники, разработанные им для повышения настроения депрессивных больных:

1. Техника учета проявлений активности. Пациент записывает все свои повседневные дела и в конце дня просматривает список.

2. Терапия мастерства и удовольствия. В конце дня пациент просматривает список совершенных дел и за каждое дело ставит балл от 0 до 10, соответствующий степени достижения и удовольствия.

Применение указанных техник восстанавливает у больного пробелы в восприятии своего поведения, обнаруживает негативные иррациональные установки типа: у меня ничего не получится, меня ничто не радует и т. п.

В одной группе исследований были получены следующие средние показатели терапевтических изменений, касающихся уровня Д. у амбулаторных пациентов непосредственно после вмешательства: 66% для прошедших только когнитивную психотерапию, 63% для получавших только ТЦА и 72% для пациентов с комбинированным подходом (Williams, 1997).

Как минимум у 50% лиц, переживших один депрессивный эпизод, в течение ближайших 10 лет разовьется второй эпизод. Те же, кто пережил два эпизода, с вероятностью 90% переживут и третий. Другие исследователи пришли к выводу, что у 85% пациентов с униполярной Д. рано или поздно возникнут рецидивы. Как видно из этих данных, в процессе вмешательства необходимо уделять внимание профилактике рецидивов. Пациенты, прошедшие когнитивную психотерапию, одну или в сочетании с фармакотерапией, гораздо меньше склонны к появлению рецидивов по сравнению с теми, кто получал только фармакотерапию.

3.2.6. Особенности депрессивных состояний у детей и подростков

В настоящее время несовершеннолетние переживают депрессивные эпизоды чаще, чем прежде, и начало заболевания приходится на более юный возраст.

Примерно 2% детей и подростков до 17 лет испытывают выраженные расстройства настроения, среди подростков старше 10 лет эта доля равна 7%.

Возникновение депрессивных расстройств учащается с возрастом, со значительным скачком в период полового созревания.

Когда депрессивные расстройства возникают в дошкольном и младшем школьном возрасте, они часто связаны с семейной неразберихой, крайне жестоким обращением или заброшенностью.

Высокая распространенность Д. была отмечена среди несовершеннолетних, входящих в особые популяции:

- дети с расстройствами научения (учащиеся коррекционных классов);

- дети, страдающие различными соматическими заболеваниями.

В возрасте до 11 лет мальчики и девочки одинаково часто испытывают Д., но к 18 годам девушек, страдающих Д., становится в два раза больше, чем юношей.

Даже в развитых странах менее половины детей с Д. получают какую-то медицинскую помощь даже при наличии суицидных мыслей и еще меньше проходят амбулаторный курс лечения (Лагерхейм Б., 2004). Бывает, что подростки обращаются за помощью сами, но маленькие дети полностью зависят от внимательного отношения взрослых к их самочувствию. Родители не всегда обращаются к специалистам даже после попытки ребенка совершить самоубийство.

У детей непросто разглядеть состояние Д., они плачут тайком. Когда их подавленность становится заметной для всех, речь зачастую уже идет о серьезной депрессии. Такие расстройства у детей, как страхи и беспокойство, часто являются предвестниками депрессивного состояния. Внешне, казалось бы, счастливый и благополучный ребенок может быть поглощен постоянными мыслями о смерти и даже самоубийстве. Серьезные несчастные случаи с детьми могут быть выражением скрытой Д., вызваны нежеланием жить.

Д. у детей имеет выраженную тенденцию актуализировать собственную депрессию взрослых. Это может привести к тому, что они, чрезмерно идентифицируя себя с ребенком, сами впадают в депрессию.

Средняя продолжительность эпизода депрессивного расстройства составляет от 7 до 9 месяцев. В течение 6 месяцев от начала эпизода ремиссия наступила у 40% детей. В течение 1 года 80% детей больше не переживали депрессивных эпизодов.

Естественное течение дистимического расстройства является более затяжным, со средней продолжительностью эпизода, равной 3 годам.

За 3-летний период 54% от выборки депрессивных несовершеннолетних пережили новое депрессивное расстройство, а за 5 лет – 72%.

Предиктором продолжительности эпизода является его тяжесть; более тяжелые эпизоды отличаются более затяжным течением.

С более затяжным течением связана семейная дисфункция.

Симптомы Д. меняются с возрастом. У детей до полового созревания чаще встречаются физические проблемы и боль разлуки, в то время как у подростков — чувство безысходности, проблемы со сном, мысли о самоубийстве и даже попытки его совершить (Лагерхейм Б., 2004).

Младенческая депрессия. Уже с шести месяцев ребенок начинает различать находящегося рядом с ним «прилагаемого партнера» как объект, и с этого возраста уже может переживать тоску и боль разлуки. Spitz в 1940-е годы ввел термин «анаклитическая депрессия» для обозначения реакции младенца на разлуку с матерью. Он обнаружил, что дети в этом возрасте, попадая в больницу или детский дом и теряя в результате контакт с матерью, становились крикливыми, а потом отказывались от контактов с окружением, теряли вес, плохо спали и болели. Это состояние прекращалось, если появлялась мама или удавалось найти ей замену.

У очень маленького ребенка при постановке диагноза сложно дифференцировать младенческую Д., аутистические нарушения контакта и умственную отсталость.

Депрессия у маленьких детей. Когда ребенок начинает осознавать себя личностью, самоуважение развивается у него прежде всего как переживание радости от функционирования, удачи в реализации его стремлений и подтверждение положительной оценки его поступков со стороны родителей. Отрицательные же переживания способствуют ощущению ущерба, недостатка любви с последующей опасностью развития депрессии, инертности или

гиперактивности. Обычно в этом возрасте ребенок усваивает простые образцы плохого и хорошего и испытывает радость от того, что ведет себя правильно, стыдится, если у него это не получается. С этого возраста депрессивные переживания часто дополняются чувством стыда и занижением своих достижений. Это особенно опасно для ребенка, если родители относятся к нему с иронией и его критикуют чаще других детей.

Возраст 5-6 лет. В этом возрасте ребенок уже пытается отождествлять себя с важными для него личностями из своего окружения, начинает понимать, мальчик он или девочка, похож или не похож на своих родителей, сравнивать свою роль в семье с ролями сестер и братьев. С этого возраста депрессия одного из родителей, его низкая самооценка или критика, получаемая от другого родителя, могут отразиться на представлении ребенка о самом себе путем отождествления себя с одним из родителей, как правило, того же пола. В таких случаях важно не критиковать родителей, а укрепить их чувство самоуважения.

Школьный возраст. Ребенок в состоянии Д. играет чаще всего один. Проводят больше времени дома, у себя в комнате. Дети и подростки, склонные к депрессии, более чувствительны к стрессу и имеют более негативный взгляд на себя самих и свою внешность.

В латентном возрасте (8—10 лет) у ребенка укрепляется чувство самоуважения, т. к. он больше знает и может больше сделать что-то сам. Но тот, кто отличается от других, кто часто терпит неудачи, может впасть в Д. Если такому ребенку будет оказана нужная поддержка, это приведет к преодолению им своих чувств. Но при неблагоприятных обстоятельствах, например издевках одноклассников, которые часто начинаются именно в этом возрасте, еще более усилится ранимость, чувство беспомощности и незначительности.

Четверо из пяти детей с физическим недостатком проявляют в латентном возрасте симптомы депрессивного кризиса. Д. переходит в самопоглощающую подавленность, часто с психосоматическими симптомами, при которых ребенок избегает ситуаций, где он рискует

оказаться изгоем, незначительным или отличающимся от других человеком.

Дети с нарушением в виде дефицита внимания и моторного контроля подвержены значительно большему риску депрессии в латентном возрасте, чем их сверстники. Эти дети часто подавлены «внутри», но выражают это внешне — асоциальным поведением.

Причиной внезапного чувства незащищенности и Д. может стать потеря представления о родителях и других взрослых как о людях, способных справиться с чем угодно, защитить и обеспечить безопасность. Если родители и другие важные для ребенка взрослые обладают способностью выслушать его с уважением, понять и поддержать, ребенок может получить удобную модель проговаривания своих чувств, переживаний, перерабатывания горя и разочарования. Если его окружение лишено такой способности, то ребенок может скрывать свои чувства, что способствует развитию Д.

Особенности Д. у подростков: жалобы на повышенную сонливость, временную бессонницу и булимию, плохое физическое самочувствие (например, боли в желудке или головная боль).

Подростковую Д. от взрослой отличает также раздражительность (в отличие от подавленного настроения у взрослых).

Вместо того чтобы сказать: «Знаешь, мама, у меня депрессия», они заявляют: «Я ненавижу школу!» или «Мне скучно!». Начинаются проблемы с учебой, утрачивается интерес к прежним занятиям и друзьям.

Бытует миф о том, что все подростки капризны и своенравны, а значит, не стоит обращать внимание на их выходки. Естественно, в процессе формирования личности у всех подростков бывают перепады настроения, однако в норме эти проявления менее выражены и продолжительны по сравнению с клинически значимой Д. Для подростков типична смена интересов: они часто отказываются от прежних занятий в пользу новых увлечений. Полный отказ от всех или большинства занятий, отсутствие интереса ко всему подросткам не свойственны.

Подростки совершают больше суицидальных попыток в Д., чем взрослые.

Развод и преобразования в семье могут означать как более спокойные отношения, так и усложняющие обстоятельства для ребенка. Обнаружилось, что сохранение контакта с отцом в случае развода родителей может быть эффективной защитой от депрессии в подростковом возрасте. Оказалось также, что девочкам труднее принять отчима и приемных сестер и братьев. В этой ситуации фактором защиты могут стать бабушки и дедушки (Лагерхейм Б., 2004).

Д. может быть вызвана хронической стрессовой ситуацией. Например, есть дети, которые не справляются с темпом и требованиями школы. Насмешки и издевательства или молчаливое холодное отношение товарищей также являются обычной хронической стрессовой ситуацией для детей, которые немного отличаются от других. Сознание, что он исключен из круга друзей и что ему хуже других все удается, усугубляет Д.

Факторы защиты. Нужно учитывать не только факторы риска Д., но и факторы защиты. Такими факторами считаются высокая самооценка, хорошие способности и успеваемость в школе, хорошие отношения с родителями, другими взрослыми за пределами семьи и товарищами, а также возможность заниматься различными видами деятельности в свободное время. Имеет значение и то, что физические и психические потребности ребенка замечаются и удовлетворяются. Фактором защиты является также покладистый характер ребенка.

Коморбидность. Беспокойство и страх, психосоматические симптомы, гиперактивность, негативизм, агрессивное и асоциальное поведение могут быть симптомами депрессии у детей и подростков, но могут быть и коморбидными расстройствами.

При нарушениях спектра аутизма базовое нарушение основано на неспособности мозга принять и запомнить опыт, необходимый для толкования новых ситуаций. Такой недостаток влияет на все развитие ребенка, и не позволяет ему обычным образом принимать и ассимилировать любовь и заботу, которые он получает от своего попечителя. Самооценка его также формируется неадекватно. Многие старшие подростки и взрослые с синдромом Аспергера или

выраженным аутизмом могут испытывать ощущение полной пустоты и одиночества, что может выглядеть как глубочайшая депрессия и даже привести к попытке самоубийства. В редких случаях стереотип поведения самоубийцы может стать навязчивой идеей.

Синдром гиперактивности и дефицита внимания может привести к тому, что обычная школьная ситуация будет предъявлять слишком высокие требования к ребенку. Д., вызванная сильным длительным стрессом, может, в свою очередь, усугубить неусидчивость и невнимательность.

Профилактика. Риск возникновения ранимости у ребенка и, следовательно, риск Д. можно уменьшить, если в семье, детском саду, школе и обществе все делается с уважением к каждому ребенку, с учетом уровня его развития, возможностей, трудностей и чувств. Ребенок должен расти среди близких родственников, которые его понимают и принимают таким, какой он есть (т.е. предъявляют умеренные требования).

Важно также создать действенную систему помощи семье, в которой родительские функции случайно или долгое время выполняются неадекватно.

Индивидуальная терапия. Может применяться игровая терапия, психодрама, когнитивная поведенческая терапия, кризисная терапия и в редких случаях — детский психоанализ.

При индивидуальной терапии работают над укреплением самооценки ребенка и, следовательно, над развитием его способности выражать свои чувства, рассказывать о них, представлять травмирующие его переживания или справляться с проблемами и конструктивно воздействовать самому на сложившуюся ситуацию.

3.3. Биполярное аффективное расстройство

3.3.1. Клинические проявления

У людей с биполярным аффективным расстройством (БАР) отмечаются как заметные ухудшения настроения (депрессия), так и его резкие подъемы (мания).

От БАР страдают 1-1,5% всех взрослых людей. Расстройства обычно начинаются в возрасте от 15 до 44 лет, однако в 15% случаев – начинаются до 10 лет (Комер Р., 2002).

Даже если у пациента наблюдаются только маниакальные симптомы, считается, что он страдает БАР и что депрессивный эпизод в конце концов наступит. Поэтому не существует официально признанных «униполярных» маниакальных или гипоманиакальных аналогов дистимии и тяжелой Д. У таких пациентов обычно есть родственники, страдающие БАР, и у них самих вполне могли иметь место слабые депрессивные состояния, оставшиеся незамеченными (Карсон Р. С соавт., 2004).

БАР даже в большей степени, чем тяжелая Д., является типичным рекуррентным расстройством; единичные эпизоды крайне редки. Как и при униполярной тяжелой Д., рекуррентные эпизоды могут носить сезонный характер, и в этом случае ставится диагноз БАР с сезонным паттерном.

Несмотря на то, что у большинства пациентов с БАР бывают периоды ремиссии, когда они относительно свободны от симптоматики, у 20-30% таких людей сохраняются значительные нарушения (в профессиональной и/или межличностной сфере) и лабильность настроения.

Смешанный эпизод характеризуется симптомами как маниакального, так и тяжелого депрессивного эпизодов, когда симптомы либо перетасованы, либо резко сменяют друг друга через каждые несколько дней. 40% и более пациентов с БАР переживают смешанные эпизоды, в которых критерии для большого депрессивного эпизода и маниакального эпизода удовлетворяются практически каждый день на протяжении не менее одной недели. Симптомы обоих полюсов расстройства переживаются одновременно. Границы между «чистой» и смешанной манией нечеткие, потому что Д. часто скрывается за маниакальным фасадом и легко провоцируется ситуационными факторами (Young & Narrow, 1994).

Примерно в 2/3 случаев маниакальные эпизоды либо непосредственно предшествуют, либо следуют за депрессивным эпизодом; в 1/3 случаев маниакальные и депрессивные эпизоды

разделены интервалами относительно нормального функционирования.

До разработки современных методов лечения нередко бывало, что с возрастом периоды расстройства постепенно удлинялись, и человек всегда или почти всегда пребывал в той или иной фазе заболевания.

Клиническая картина мании. Человек, переживающий маниакальный эпизод, пребывает в приподнятом, эйфоричном и общительном настроении, прерываемом вспышками раздражительности или даже насилия, особенно когда другие не соглашаются с его неадекватными идеями.

Пациенты в маниакальном состоянии отличаются также усиленной поведенческой активностью, направленной на достижение цели, чрезмерной вовлеченностью в рискованные виды деятельности, сниженной потребностью во сне, повышенной разговорчивостью; когнитивными изменениями (мания величия или завышенная самооценка, полет идей, скачки мыслей, отвлекаемость).

Люди с манией испытывают невероятный прилив энергии. Как правило, они помалу спят, но чувствуют себя бодрыми. Продолжается маниакальный эпизод как правило, больше одной недели. Для его диагностики должны быть признаки того, что психосоциальное функционирование человека (супружеское, профессиональное или социальное) нарушено; что требуется госпитализация; или имеются психотические проявления (например, мания величия).

Пациенты в гипоманиакальном эпизоде проявляют многие из вышеперечисленных симптомов, однако продолжительность их обычно короче (например, четыре дня и более). Гипоманиакальные симптомы не влекут за собой выраженного нарушения социального или профессионального функционирования, не связаны с необходимостью госпитализации или психозом. Однако эти симптомы должны отражать реальное изменение обычного поведения, заметное окружающим.

У 10-13% людей с первичным большим депрессивным эпизодом впоследствии разовьется эпизод маниакальный или гипоманиакальный, после чего им будет поставлен диагноз БАР. Некоторые антидепрессанты, используемые при лечении того, что

было определено как униполярная депрессия, могут ускорять развитие маниакальных эпизодов у пациентов, страдающих пока еще нераспознанным БАР, тем самым, ухудшая течение заболевания (Карсон Р. С соавт., 2004).

Люди с БАР в некоторых отношениях представляются еще более несчастными, чем те, кто страдает от рекуррентной тяжелой депрессии. За свою жизнь они переносят в среднем больше эпизодов, чем лица с униполярным расстройством (хотя эти эпизоды обычно бывают немного короче).

Более чем у 90% из тех, кто претерпевает один маниакальный эпизод, в дальнейшем разовьются и другие эпизоды. От 5 до 10% лиц с БАР ежегодно переживают как минимум четыре или больше эпизодов (либо маниакальных, либо депрессивных) — паттерн, известный как быстрая цикличность. Это сложный для диагностики вариант течения, который часто путают со смешанными эпизодами. Быстрая цикличность чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин, и иногда провоцируется приемом антидепрессантов. К счастью для многих, она представляет собой временное явление и постепенно редуцируется. Быстрая цикличность представляет собой преходящую фазу расстройства (Карсон Р. С соавт., 2004).

В целом вероятность «полного выздоровления» от БАР (то есть отсутствия симптомов на протяжении периода от 4 до 7 лет) невелика. В одном перспективном исследовании с привлечением свыше 200 пациентов было обнаружено, что у 24% рецидив возник в пределах 6 месяцев после выздоровления; у 77% был как минимум один новый эпизод в пределах 4 лет после выздоровления, а в пределах 7 лет — у 82% (Coryell et.al., 1995).

Когда у человека отмечаются многочисленные периоды проявления гипоманиакальных и легких депрессивных симптомов, ставят диагноз циклотимия. Смягченные симптомы этой формы БАР имеют место на протяжении двух лет или более, прерываясь время от времени периодами нормального настроения, которые длятся всего лишь несколько дней или недель. Циклотимией страдает по меньшей мере 0,4% всего населения.

3.3.2. Возможные причины

Нейротрансммиттеры. В ходе одного исследования действительно выяснилось, что уровень норэпинефрина у пациентов с манией выше, чем у депрессивных людей или испытуемых из контрольной группы.

Поскольку при Д. активность серотонина часто коррелирует с активностью норэпинефрина, некоторые теоретики предположили, что мания также связана с высокой активностью серотонина, но подобной связи обнаружить не удалось. Наоборот, исследования показывают, что мания, как и Д., может быть связана с низкой активностью серотонина. Возможно, что низкая активность серотонина создает предпосылки для расстройства настроения и позволяет активности норэпинефрина в головном мозге определять конкретную форму расстройства. Низкая активность серотонина, сопровождаемая низкой активностью норэпинефрина, может способствовать Д. Низкая активность серотонина, сопровождаемая высокой активностью норэпинефрина, может способствовать мании.

Генетические факторы. Люди наследуют предрасположенность к биологическим аномалиям, которые лежат в основе БАР. Генетическая составляющая в БАР выражена гораздо сильнее, чем при униполярном расстройстве. Примерно у 9% ближайших родственников лица, страдающего БАР, можно ожидать развития того же состояния (вероятность, которая в 9 раз превышает таковую для популяции в целом) (Katz & McGuffin, 1993; Plomin et al., 1997). Кроме того, для таких родственников существует повышенный риск развития униполярной тяжелой Д., хотя обратное неверно.

Стрессовые жизненные события. Обнаружена выраженная связь между возникновением сильного стресса и переживанием маниакальных, гипоманиакальных и депрессивных эпизодов. Было обнаружено, что пациенты, переживавшие тяжелые негативные события, оправлялись от эпизода в среднем в 3 раза дольше, чем лица, не сталкивавшиеся с таким событием (395 дней против 112) (Johnson & Miller, 1997). Время, необходимое для выздоровления, увеличивалось, как выяснилось, даже под действием незначительных стрессовых событий.

Социокультурные факторы. Люди, страдающие БАР, обычно более образованны и происходят в основном из семей, обладающих

достаточно высоким социально-экономическим уровнем, чем лица с униполярной депрессий.

В одной из работ было обнаружено, что родственники больных с биполярными нарушениями (по сравнению с родственниками больных с униполярными расстройствами) больше преуспевают в профессиональном и образовательном отношении, причем отличия особенно выражены у лиц, которые сами страдают БАР (Coryell et al., 1989). Существует предположение, что связь БАР с более высоким социально-экономическим статусом может объясняться определенными личностными и поведенческими коррелятами БАР, по крайней мере, в гипоманиакальных фазах (такими, как общительность, прилив энергии, повышенная производительность), которые могут вести к большим успехам и достижениям. Это совпадает со многими данными о том, что БАР с тревожной частотой возникают у поэтов, писателей, композиторов и художников.

У одиноких и разведенных людей униполярная Д. встречается чаще, чем у состоящих в браке. То же самое относится к БАР, которое немного чаще наблюдается у одиноких и разведенных людей.

Индукторы мании. Стероидные препараты (при необходимости их назначения для лечения бронхиальной астмы обязательно позаботьтесь о том, чтобы оба лечащих врача знали, какие препараты принимает ваш ребенок).

Псевдоэфедрин (содержится в судафедде и некоторых других средствах от кашля/простуды, отпускаемых без рецепта).

Кофеин (в частности, нарушения сна могут спровоцировать манию).

Наркотики (например, кокаин, экстази).

3.3.3. Методы лечения

До последнего времени люди с БАР были обречены проводить свою жизнь на «эмоциональных качелях». От психотерапевтов не поступало практически никаких сообщений об успехах, а терапевты-биологи установили, что антидепрессанты помогают в данном случае лишь в очень ограниченной степени. Более того, иногда антидепрессанты могут иногда ускорить развитие маниакального эпизода или БАР в его быстрой циклической форме.

Стандартная фармакотерапия. В отличие от Д., БАР лучше всего объясняют и лечат с помощью биологических факторов. БАР бывает вызвано наследуемыми биологическими аномалиями, начинающими оказывать свое негативное воздействие под влиянием какого-то жизненного стресса.

Выделяют три этапа лекарственной терапии:

- острый этап, задача которого — устранить наиболее тяжелые симптомы маниакального, смешанного или депрессивного расстройства;

- этап стабилизации, задача которого — помочь пациенту полностью оправиться после острого этапа, что часто связано с лечением остаточной симптоматики (например, легкой депрессии) или социально-профессиональной дезадаптацией;

- поддерживающий этап, на котором решается задача профилактики рецидивов и лечения остаточной симптоматики.

На остром этапе и этапе стабилизации стабилизатор настроения может назначаться вместе с антипсихотическим препаратом. Антидепрессант рекомендуется после стабилизации маниакального эпизода, если у пациента имеются остаточные симптомы депрессии.

Большинство маниакальных и депрессивных больных, официально не получающих лечения, меньше чем за год выздоравливает (хотя бы временно). Однако с учетом широкого разнообразия доступных на сегодняшний день лечебных методик, а также по причине выраженного субъективного страдания и утраты продуктивности, которым подвергаются депрессивные и маниакальные индивиды, за лечением обращается все больше и больше людей, имеющих эти расстройства. Осведомленность населения о наличии эффективных методов лечения значительно повысилась, расстройства настроения уже налагают позорного клейма на больных.

Литий эффективен при лечении маниакальных эпизодов. Он помогает более чем 60% пациентов с манией. Вдобавок, пока пациенты принимают литий, у них бывает меньше новых эпизодов. Вероятность рецидивов болезни возрастает в 28 раз, если пациенты прекращают принимать литий. Поэтому сегодня клиницисты обычно рекомендуют людям продолжать лечение литием даже после того, как их маниакальные эпизоды удастся снять. Литий помогает людям

с БАР справиться также и с их депрессивными эпизодами, хотя в меньшей степени, чем с маниакальными. Длительный прием лития снижает вероятность будущих депрессивных эпизодов, подобно тому как он предотвращает повтор маниакальных эпизодов.

Терапия литием обладает некоторыми неприятными побочными эффектами, к которым относится сонливость, нарушение координации движений и желудочно-кишечные расстройства. Кроме того, длительный прием лития может привести к нарушению функции почек, а иногда — их стойкому поражению. К распространенным побочным действиям относятся также судороги, утомляемость, небольшая слабость или головокружение; жажда, усиленное мочеиспускание, ночное недержание мочи, дрожание конечностей, прибавка веса, угревая сыпь. Серьезные побочные эффекты вследствие токсичности лития включают в себя невнятную речь, потерю ориентации, шаткую походку, рвоту, понос, сильную дрожь в конечностях, подергивание мышц, нечеткое зрение, неритмичный пульс.

Некоторые пациенты с БАР лучше реагируют на другие препараты другого ряда, известные как антиконвульсанты, например, на карбамазепин (финлепсин) или вальпроат натрия (депакин). Эти препараты часто помогают пациентам, которые не поддаются терапии литием или испытывают неприемлемые побочные эффекты при его приеме. Механизм их действия заключается в снижении патологической активности в тех частях головного мозга, которые контролируют эмоции, что делает эти препараты прекрасными стабилизаторами настроения. Они применяются при БАР для устранения мании и ослабления перепадов настроения.

У 40% людей с тем или иным расстройством настроения, несмотря на лечение, состояние не улучшается и им приходится страдать от мании или Д.

3.4. Шизофрения.

Суицид является главной причиной смерти больных шизофренией всех возрастов. 25-50% бол-х совершают попытки. 6-7 % больных шизофренией кончают с собой. Период госпитализации и отрезок времени после выписки из больницы являются наиболее способствующими суицидальным действиям.

По усредненным данным различных исследований, один из десяти больных шизофренией погибает в результате самоубийства. Суицидальный риск у этих больных в 32 раза выше, чем в общей популяции населения. По данным американского руководства по психиатрии Г.И.Каплана и Б.Дж.Сэдока (1994), приблизительно 50% больных шизофренией за 20-летний период времени совершили суицидальные попытки, из которых 10% оказались завершенными (по данным других исследователей этой проблемы, последняя цифра увеличивается до 13%). Таким образом, смерть вследствие суицида у больных шизофренией становится сопоставимой с аналогичным показателем пациентов с депрессивными расстройствами (15%).

Суицидальные феномены гораздо чаще встречаются на начальных этапах шизофрении и других расстройствах шизофренического спектра. Наиболее суицидоопасными являются первые 3 года с момента начала болезни. Среди амбулаторного контингента больных шизофренией суицидальный риск в 3,5 раза выше среди поставленных на учет в текущем году, нежели ранее состоящих на учете (Амбрумова А.Г., 1980). По данным американских исследователей, у больных шизофренией суицидальный риск выражен в наибольшей степени на протяжении года после первой госпитализации. Анализ 700 случаев суицидальных попыток у больных шизофренией показал, что их максимум у женщин приходится на 3–4-й и 7–8-й годы от начала заболевания, у мужчин — через год. 4 и 9 лет, после этого частота суицидальных попыток уменьшается (Бачериков Н.Е., Згонников П.Т., 1989).

В состоянии психоза больные под влиянием галлюцинаций или бредовых идей совершают псевдосуициды, являющиеся по существу несчастными случаями (больному кажется, что он умеет летать, или, что он находится не на последнем этаже многоэтажного дома, а на веранде в саду и т.п.).

Аффективные расстройства напрямую коррелируют с частотой суицидов у больных шизофренией. Депрессивные расстройства появляются у 25% больных на фоне снижения интенсивности продуктивных симптомов, 60% больных страдают от эпизодов большой депрессии в определенный момент своего заболевания.

Однако больные шизофренией могут совершать самоубийство или покушение на него и в период ремиссии под влиянием тех же самых причин, что и здоровые.

Слова «шизофренический суицид» вызывают в воображении психотическую личность, которая пытается убить себя под влиянием императивных галлюцинаций импульсивно или в связи с расстройствами мышления. Однако данные проведенного исследования показали, что так называемые «шизофренические суициды» в абсолютном большинстве случаев формировались как попытка освобождения от нетерпимой жизненной ситуации, из которой больные не видели другого выхода.

В инициальном периоде шизофрении суицидальный риск особенно велик и суицид нередко является манифестом процесса, первым проявлением душевного заболевания.

Наиболее распространенной причиной самоубийства у душевно больных является осознание серьезности своего заболевания, опасение деградации личности. Среди взрослых пациентов, проходящих курс лечения у психиатра, чувство безнадежности является даже большим фактором риска суицида, чем глубокая депрессия. Ожидание будущего социального падения, чувство беспомощности перед хроническим, прогрессирующим заболеванием, разрушающим всю их хорошо налаженную жизнь, приводят к мысли о том, что суицид - лучший выход из создавшейся ситуации. Безнадежность может быть особенно важным показателем для назначения активного антидепрессивного лечения. Drake и коллеги подчеркивают большое значение эмпатии для снижения суицидального риска. Они призывают к тому, чтобы врач чувствовал отчаяние пациента, вызванное потерями последнего, помогал пациенту выработать новые, соответствующие реальности цели и задачи.

Достаточно часто предъявляемые больными мотивы (не причины!) связывают суицидальные тенденции с неблагоприятным воздействием среды.

Одним из аспектов проблемы взаимоотношений суицидального поведения и шизофрении является роль совершенного пациентом суицида как фактора выявления протекающего ранее скрытого заболевания. Развитие болезни «за занавесом» отмечается не только в

продроме заболевания, на этапе астеноневрозоподобных и психопатоподобных проявлений. Термин «за занавесом» используется для оценки периода болезни, не сопровождающегося выраженной социальной дезадаптацией, когда окружающие (включая близких родственников или контактирующих с пациентом врачей) даже выявляющиеся особенности поведения и переживаний заболевшего не расценивают как проявления психического расстройства. И только совершенная пациентом попытка самоубийства достаточно часто переводит понимание и объяснение окружающими наблюдающихся у пациента явлений в плоскость клинических оценок.

По аналогии с так называемым «первичным деликтом» больных здесь можно говорить о выявлении начинающихся психических расстройств шизофренического спектра «первичным суицидом». При этом как сам факт совершения суицида, так и его характер, включая такую составляющую суицидального поведения, как его мотивировка и объяснение случившегося в дальнейшем (принципиально они не могут совпадать), могут быть не просто фактором, выявляющим наличие болезни вообще, а существенным элементом его диагностической оценки.

На протяжении нескольких месяцев болезнь, по существу, проявляется только в сфере субъективных переживаний на фоне относительно упорядоченного поведения. Практически это означает, что реальное обнаружение болезни окружающими и тем более его адекватная диагностика врачами невозможны (даже при обращении больной).

Суицид, совершаемый в так называемой турбулентной фазе заболевания, хотя и отнесен нами в соответствии с общепринятым делением суицидального поведения в разряд психотических, слишком отличается от самоубийств, совершаемых вследствие того, что «замучили голоса» или как «единственный» способ избавления от «преследования». Суицидальное поведение, «логически» вытекающее из характера галлюцинаторно-бредовых переживаний — это тоже ситуационный тупик, хотя сама по себе ситуация здесь создается самим больным.

Иное дело — отсутствие «выхода» у человека, неспособного контролировать собственные психические акты («сходящего с ума»,

по выражению больных). Здесь на стадии становления психопатологического феномена «тупик» носит истинный характер, что связано с переживанием невозможности контроля над ранее подвластными психическими актами. Именно это обстоятельство делает период становления, формирования психопатологии наиболее суицидогенным.

В значительной степени внешне безмотивный характер суицида возникает вследствие того, что здесь покушение на самоубийство не может быть четко отнесено к одному из выделяемых вариантов суицидального поведения у больных шизофренией (психогенному, аутистически-мировоззренческому, бредовому). При этом «бредовый вариант» является у многих исследователей практически синонимом слова «психический». Однако и в рамках этого варианта суицидального поведения чаще всего можно проследить внутреннюю «логику» суицида: угроза жизни, несправедливое отношение, преследование, крайне неприятное содержание «голосов» и другие проявления болезни, заставляющие больных прибегать к столь радикальному способу избавления от них.

Несколько иначе выглядит суицид на стадии формирования психопатологической симптоматики. Переживание собственной измененности, ожидание чего-то неопределенного, периодическое непонимание окружающего, «мерцающий» характер бредовых переживаний (вносящих пусть на короткое время, но «ясность» в происходящее вокруг) не позволяют больной (да и анализирующему этот суицид врачу) остановиться на каких-то определенных переживаниях, приводящих к «логическому» следствию — суициду.

В этом суициде не столь важно суицидогенное значение отдельных психопатологических феноменов. На первый план выступают трудности перехода на уровень патологической адаптации, возникающей при сформировавшейся структуре психического расстройства.

В отличие от суицидов, совершаемых больными шизофренией и в инициальной стадии заболевания, но при наличии достаточно структурированной психопатологии, подобные суициды могут быть определены как первичные, или манифестные.

Выделение этого подтипа, варианта (название здесь несущественно) — не просто аналогия с так называемым первичным

деликтом больных шизофренией, выявляющим начинающуюся болезнь, но и попытка привлечь внимание к возможному клинко-диагностическому значению суицидального поведения в инициальном периоде заболевания. Это значение определяется тем обстоятельством, что внутренняя картина суицида, его мотивационная составляющая, может быть своеобразным показателем наличия и степени сформированности психопатологических феноменов. В подобных случаях на первый план выступает решающее социальное значение суицида: выявление болезни и определение опасности больного для самого себя, что диктует необходимость обязательной госпитализации в психиатрическую больницу.

Суициды в инициальном периоде болезни — не столько следствие психотических переживаний, сколько отражение трудностей перехода на патологический уровень адаптации, связанный с психофизиологическим функционированием мозга, протекавшим при наличии болезненного процесса.

Наиболее отчетливо расстройства мышления и эмоционально-волевой сферы выступают в случаях так называемого аутистически-рационалистического (мировоззренческого варианта суицидального поведения, более характерного для вялотекущих форм. Связанные с нарушениями мышления аутистические построения, «объясняющие» суицид «пессимистическое мировоззрение» чаще встречаются в рамках простой шизофрении, психопатоподобных, псевдоневрологических и других пограничных форм, объединяемых в настоящее время в рубрику «шизофреническое расстройство».

Здесь «инакомыслие» (понимаемое исключительно в узкоклиническом смысле), различного рода резонерские и аутистические построения могут обусловить формирование своеобразной «утраты смысла жизни». А переход от чисто мысленных конструкций к совершению конкретных действий по самоуничтожению облегчается сопутствующими нарушениями эмоционально-волевой сферы. Подобная утрата «смысла жизни» носит первичный характер и ни в коей мере не является следствием измененного настроения и связанного с ним мироощущения, что характерно для депрессивных расстройств. Подобные суициды встречаются редко и имеют высокую вероятность летального исхода.

Однако и в рамках так называемых классических форм шизофрении суицид, совершаемый больными с четко представленными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, может также отражать и несомненные нарушения мышления. Этим объясняется встречающееся на более поздних этапах шизофрении отсутствие «логики» в суицидальном поведении. Подобные суициды не имеют четко прослеживаемой связи с психотическими переживаниями, что определяет их специфическую «окраску».

Достаточно часто больные шизофренией совершают суициды, не отличающиеся по своим характеристикам от самоубийств, совершаемых другими группами суицидентов, в том числе психически здоровыми и лицами с пограничными формами психической патологии. Естественно, в первую очередь подобные покушения на самоубийства встречаются у больных шизофренией, находящихся в ремиссии или в продроме заболевания, и при вялотекущих формах расстройств шизофренического круга. Здесь речь идет о так называемых психогенных или ситуационных суицидах, которые по основным своим характеристикам не имеют какой-либо связи с психопатологической симптоматикой.

С точки зрения суицидологической превенции (как одно из мероприятий профилактики суицидов, подобных описанному выше) введение в последней Международной классификации (МКБ–10) временных параметров и обязательности наличия определенной психопатологической симптоматики для диагностики шизофрении имеет несомненное положительное значение. Такое же значение имеет и введение рубрики «острые и транзиторные психические расстройства».

Изучения показывают, что больные шизофренией, совершившие суицид, как правило, имеют более длительный срок заболевания, которое протекает с частыми обострениями. Особо следует подчеркнуть, что пациенты, совершившие суицид, имели значительно менее выраженные негативные симптомы, чем пациенты, не делающие попыток суицида, кроме того, в группе суицидентов был выше уровень продуктивных симптомов (галлюцинаций, бредовых идей). Авторы делают вывод, что негативные проявления болезни, такие как эмоциональная тупость, отсутствие побуждений и

жизненных устремлений свидетельствуют о низком риске суицида, в то время как актуальные бредовые идеи отношения при невыраженных негативных симптомах говорят в пользу высокого риска суицида. Cheng и коллеги обнаружили, что у больных шизофренией, совершивших суицид, незадолго до этого акта отмечались различные агрессивные поступки, проявления которых больные не могли сдержать. Распространенность алкоголизма среди пациентов с шизофренией выше, чем в общей популяции, и, в одних работах, фактором, способствующим суициду, считается алкогольная зависимость, а в других – собственно шизофрения. Сходная ситуация возникает и при оценке суицида больных шизофренией с другими видами зависимостей. В связи с тем, что среди пациентов с шизофренией определяется большой процент носителей соматической патологии, хотелось бы знать – воздействует ли этот фактор на число суицидов при шизофрении?

В противоположность психически здоровым, рейтинг суицида среди больных шизофренией уменьшается с возрастом. Следовательно, точкой приложения значительных усилий по предотвращению суицида среди больных шизофренией должны являться люди молодого возраста.

Жестокие, надежные методы. Снижение инстинкта самосохранения.

Наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно–параноидный, аффективно–бредовый, галлюцинаторно–параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации.

Установлено, что сама по себе терапия антипсихотиками, показанная большинству больных шизофренией на протяжении всей жизни, таит в себе опасность совершения самоубийства по причине тягостных, трудно корригируемых побочных эффектов, в том числе и депрессии.

3.5. Расстройства личности.

Результаты исследований показали, что «расстройство личности» в качестве основного диагноза устанавливалось примерно у 9% людей, покончивших с собой, и почти у 30% выявлялась

«акцентуация личностных черт». Однако имеются указания и на более высокие показатели: соответственно 34 и 70%.

В отношении диагноза, свидетельствующего о пограничном расстройстве личности, рекомендуется особенно строгий подход, в частности, если речь идет о подростках. Любой его признак может возникнуть в связи с пубертатным кризисом. Отчетливые признаки пограничных расстройств могут возникать у беременных женщин и лиц, переживающих кризисные ситуации, однако в этих случаях они позднее исчезают. Согласно некоторым исследованиям, от своей руки погибает до 9% пациентов с диагнозом «пограничная личность». Пограничная личность характеризуется существенным нарушением эго-идентичности, сопровождающимся постоянным субъективным чувством опустошенности и трудностями достижения стабильных отношений близости с другими людьми. Её самовосприятие наполнено противоречиями, которые отражаются на облике человека, его сексуальной ориентации, долговременных целях, выборе друзей и рода деятельности. Суицид у них часто возникает в состоянии ярости, смешанной с отчаянием, вследствие разрыва отношений с партнером.

Специфическими чертами антисоциального расстройства личности являются дефекты в развитии моральных и этических ценностей с недостатком эмпатии, эгоцентрическая сосредоточенность на своей карте мира и презрение к другим. Люди с антисоциальным расстройством личности без каких-либо задержек реализуют свои явления, проявляют агрессивные импульсы и фантазии. Для них неудовлетворенность гораздо чаще превращается не в сигнал тревоги, нормативно играющий тормозящую роль, а в агрессивные действия, направленные на других или на себя. Суицид может случиться в состоянии ярости, которую эти люди испытывают, если, например, подвергаются аресту.

Термин «нарциссизм» происходит от греческого мифа о Нарциссе, который был не в состоянии оторваться от своего отражения в водах ручья. Он настолько влюбился в него, что в конце концов, зачах и умер. Для этого типа личности характерно парадоксальное расщепление между двумя абсолютно противоположными образами самовосприятия: один из них — грандиозный, превращающий жизнь в постоянный поиск подтверждения своего величия с последовательными усилиями

доказать его; другой — полярный предыдущему — наполненный стыдом, ненавистью и страхом перед отвержением. Она обладает чертами сходства с пограничной и антисоциальной личностью. Главное отличие состоит в том, что обусловленные провокацией вспышки гнева или агрессивного поведения у нарциссической личности возникают только если позволяет социальная ситуация. Суицид может быть реакцией на утрату нарциссической личности образа своей грандиозности (например, если возраст или болезнь разрушают очарование молодости или привлекательность), снижение социального статуса и финансовые трудности, утрату хорошо оплачиваемой работы или партнера, создавших реальность или иллюзию величия.

У истерических личностей недостаточная способность определять намерения и потребности других людей приводит к постоянным разочарованиям, которые переживаются очень остро и не опираются на реальные факты. Неудача может легко поколебать устойчивость, приспособляемость и удовлетворенность. Усилия, связанные с напряжением, и разочарование ввергают ее в состояние в депрессии, безнадежности и беспомощности. Истерические личности совершают самоубийство в результате глубочайшего разочарования, если переживают собственную ненужность (например, в случае смерти любимого человека, перемен на работе).

Люди с ананкастическим типом личности являются очень организованными, совестливыми, ответственными, но, к сожалению, в силу замкнутости и стремления к отгороженности от сверстников они весьма подвержены фрустрации, депрессии, ранимы и одиноки. Многие ананкасты чувствуют неудовлетворенность своей жизнью и им свойственна тенденция к непродуктивному поведению, например, уходу от других из страха быть брошенными. Опережающее отвержение становится основополагающим принципом их жизни. Они ничего не позволяют себе, демонстрируя неприхотливость. Несмотря на одиночество, они тоскуют по близким отношениям или принадлежности к группе. Суицидальные действия возникают в кризисных ситуациях, когда эти люди переживают крах, и перспективы восстановления прежнего благополучия кажутся им призрачными.

В детстве многие суициденты с описанными выше типами личности часто испытывали недостаток родительской заботы, воспитывались в атмосфере негативных эмоций и пренебрежения к их глубинным потребностям в близости, контакте, тепле и понимании. Результатом недостатка заботы становятся серьезные искажения мужской или женской идентичности, низкая самооценка и слабое супер-эго с элементами сильной враждебности к образу Я.

Малые дозы антипсихотических препаратов вызывают улучшение при широком спектре различных симптомов в случаях тяжелого пограничного и шизотипического расстройств личности. Агрессивное поведение хорошо купируется литием. Пациентам с пограничным и истерическим расстройствами личности, имеющим суицидальные наклонности, помогают поддерживающие дозы антипсихотических препаратов.

Карбамазепин является эффективным в преодолении состояний, связанных с нарушением контроля за поведением у пациентов с расстройствами поведения и пограничным расстройством личности. Некоторые препараты (например, альпразолам) могут вызывать утрату контроля и усиливать суицидальность лиц с пограничной структурой личности.

С помощью различных когнитивно-бихевиоральных и психодинамических терапевтических методов можно устранить стойкое, периодически возникающее чувство незащищенности и неудовлетворенности эмоциональных потребностей, которое неоднократно выходит на первый план в новых стрессовых и травматических ситуациях, позднее случающихся в жизни.

3.6. Алкогольная зависимость и наркомания

Интересные данные были получены во время антиалкогольной компании в нашей стране. Уже в 1965–1984 гг. корреляция самоубийств мужчин и женщин с оценкой потребления алкоголя в России (Trembl V., 1997) позволила предположить наличие связи уровня самоубийств с уровнем потребления алкоголя. Эта связь выступила как более очевидное явление с началом антиалкогольной компании, когда произошло резкое снижение количества самоубийств: с 37,9 в 1984 году до 23,2 в 1986 году на 100 000 населения. При этом самоубийства “обгоняли” снижение

потребления алкоголя: за 1,5 года, с 1984 по 1986 год, они снизились на 39,1%, когда как потребление — на 26,1%. Поскольку перед кампанией происходил рост уровня самоубийств, который, скорее всего, продолжался бы дальше, то оценка их снижения будет ещё больше (58,3%).

После 1986–1987 гг. начался медленный рост уровня самоубийств по отношению к росту потребления алкоголя. Максимум потребления алкоголя и самоубийств был достигнут 1994 году (14,6 литров на человека в год и 41,8 на 100 000 населения). В этом году по уровню самоубийств Россия вышла на второе место в Европе после Литвы. С 1995 года началось снижение уровня самоубийств, которое продолжалось до 1998 года.

Важно отметить, что уровень самоубийств трезвых во время антиалкогольной кампании практически не изменился. Это ещё раз свидетельствует, что уменьшение смертности (в частности самоубийств) во время перестройки нельзя объяснить “новым социальным и политическим климатом” или “социальным оптимизмом”.

25-30 % самоубийств так или иначе связаны с алкоголизмом, среди молодых — до 50%. Проявление аутоагрессивного стиля жизни, само злоупотребление негативно влияет на всю жизнь, способствует усилению депрессии и чувства вины. Это является поводом для нового приема алкоголя. Таким образом, возникает порочный круг. В результате распадается семья, теряются друзья и работа.

У многих пьяниц, ставящих крест на своей жизни, отмечается потеря тесных взаимоотношений с окружением. Во время межличностных конфликтов больной алкоголизмом отличается особенно высоким суицидальным риском.

Суицидоопасными формами алкогольного опьянения являются ажитированно–депрессивный, дисфорический и эксплозивный варианты простого алкогольного опьянения.

При алкогольных психозах суицидальные действия обусловлены собственно психотическим состоянием пациента и коррелируют с характером императивных слуховых галлюцинаций, зрительными обманами восприятия, фабулой бредовых переживаний и степенью аффективной насыщенности патологических переживаний.

Среди алкоголиков, прошедших курс психиатрического лечения в стационаре, частота самоубийств в течение последующих пяти лет оказалась почти в 80 раз выше, чем среди населения в целом. Суицидные попытки у больных алкоголизмом наблюдаются в 40–60% случаев, т.е. в среднем у каждого второго пациента. Процент больных алкоголизмом среди суицидентов, по данным различных авторов, достигает 65%, а алкоголизм как причина самоубийств занимает третье место в перечне болезней, которыми страдали люди, добровольно лишившие себя жизни. Понятно, что роль алкоголя (как наиболее часто употребляемого ПАВ) в суицидальном поведении вовсе не ограничивается формами клинически очерченной психической патологии. Существенное значение имеет и так называемая «катализирующая роль» простого алкогольного опьянения в возникновении и реализации намерений у суицидентов самых различных диагностических групп. В среднем более половины самоубийств и суицидальных попыток совершается в состоянии алкогольного опьянения.

Наркомания и суициды также тесно связаны между собой. Смертность больных наркоманией очень высока и в 40% случаев летальный исход обусловлен самоубийством. 25% морфинистов и 42% барбитуроманов кончают жизнь самоубийством.

Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, так же как и общий стиль жизни наркоманов направлены на саморазрушение, независимо от сознания ими этих намерений. Многие наркоманы чувствуют себя нелюбимыми окружением и сами не любят никого.

Суицидальное поведение наркоманов определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов: 1. Особенностью наркотической психопатизации личности. 2. Выраженностью патологического влечения к наркотику. 3. Личностной значимостью микросоциального конфликта.

У лиц, находящихся на стадии эпизодического употребления опиатов и в I стадии заболевания, аутоагрессивные проявления встречаются крайне редко и, как правило, причинно не связаны с употреблением наркотического вещества. Значительно чаще в этот период имеют место случайные передозировки.

Во второй стадии заболевания практически у всех больных опиоидной наркоманией выражена вторичная наркотическая психопатизация личности, с бесконтрольностью влечений, эмоционально–волевыми расстройствами и выраженными тенденциями к девиантным и деликвентным формам поведения.

У лиц с психопатическими изменениями характера, как правило, наступает декомпенсация имеющегося типа психопатии. Сочетание всех вышеперечисленных особенностей второй стадии заболевания создает предпосылки для высокого суицидального риска у данной категории больных.

В состоянии интоксикации опиоманы чувствуют прилив энергии, однако прежней остроты ощущений уже не испытывают. В этом состоянии у многих из них возникает желание "видеть кровь", что дает им новый эмоциональный импульс. С этой целью совершаются самопорезы. Вид крови, головокружение, теплые ванны, которые нередко принимаются в это время, способствуют усилению наркотического опьянения. Данный вид аутоагрессивных проявлений относится к несуйцидальным формам аутоагрессий и имеет тенденцию к повторениям.

Самым суйцидоопасным является период абстинентного синдрома, особенно к концу вторых суток отнятия наркотика и субъективно выражается самым тяжелым симптомом — мышечными болями "тянущего, выкручивающего" характера в области поясницы, икроножных мышц, мышцах спины. Больные напряжены, озлоблены, влечение к наркотику становится неуправляемым. С исчезновением явлений абстиненции редуцируется и суйцидальный потенциал больного.

Чаще всего для реализации истинного суйцидального поведения больные опиоманией используют следующие способы: внутривенное введение заведомо смертельной дозы потребляемого больным препарата; сочетанное введение этого препарата с барбитуратами или транквилизаторами.

Для больных с выраженным истероидным радикалом в структуре вторичной наркотической психопатизации в стадии абстиненции характерно демонстративно–шантажное поведение, направленное на получение препарата. Способом реализации чаще всего являются самопорезы. У больных с преимущественно

дисфорическим типом психопатизации, у которых ярко выражено компульсивное влечение, суицидальные попытки протекают по типу импульсивных. Причем, разрешающим фактором может быть незначительный микросоциальный конфликт. Этот тип суицидального поведения характеризуется истинностью намерений, летальность при нём высока.

В III стадии заболевания суицидогенность этих больных не столь велика.

3.7. Суицидальное поведение у лиц с соматическими заболеваниями

Эпидемиологические исследования выявили, что ряд соматических заболеваний связан с повышенным риском суицида. Чаще всего к ним относят:

- онкологические заболевания;
- ВИЧ-инфекцию и СПИД;
- инсульт;
- юношеский диабет;
- делирий;
- эпилепсию;
- болезнь Паркинсона;
- травматическое повреждение мозга;
- травму спинного мозга;
- рассеянный склероз;
- хорею Гентингтона.

Соматическое заболевание может быть долговременным фактором риска или внезапной причиной, ускоряющей самоубийство.

Например, вероятность суицида является повышенной в течение первых пяти лет онкологического заболевания. Риск самоубийства наиболее высок в первые месяцы после установления диагноза, когда продолжается кризис адаптации. Большинство людей находят в себе силы жить и работать даже в самые угрожающие стадии заболевания при доступности поддержки близких и помощи системы здравоохранения.

У соматического пациента очень часто отмечаются сопутствующие заболевания и проблемы психического здоровья — как правило, тревожные расстройства, депрессия или их сочетание.

Все клиницисты должны быть знакомы с группами высокого риска в своей специальности и ситуациями риска, обусловленными специфическими соматическими заболеваниями. Например, невропатолог, который лечит пациентов с рассеянным склерозом, должен знать, что они подвержены суицидальному риску вдвое выше среднего.

Около 1/3 взрослых, совершивших суицид, страдали от соматических болезней.

Писатель Эрнест Хемингуэй, всю жизнь отличавшийся крепким здоровьем, был очень озабочен своим ухудшающимся физическим состоянием, и именно это, по мнению многих исследователей, определило его решение покончить с собой.

Самоубийства, причинами которых являются тяжелые и неизлечимые болезни, становятся в последнее время более частым явлением. Этому способствует прогресс медицины. Хотя врачи могут продлевать жизнь тяжело больных людей, они часто не в состоянии вернуть своим пациентам прежнее качество жизни и избавить их от физических страданий (Werth, 1995).

Существует четкая зависимость между состоянием физического здоровья и суицидальным поведением. Примерно треть лиц, совершивших суицид, лечились в течение 6 месяцев перед смертью, 70% из них во время самоубийства страдали острыми или хроническими заболеваниями. Среди исследованных суицидентов во время суицидальной попытки треть имела обострение соматического заболевания, а более 90% суицидов были спровоцированы болезнью (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). По данным А.Г.Амбрумовой, С.В.Бородина, А.С.Михлина (1980), 28% лиц, совершивших покушение на самоубийство, имели во время суицида листы нетрудоспособности, а 45% в течение двух недель до этого обращались к врачам-интернистам. Среди умерших от самоубийства рак был диагностирован в 14,4% случаев, туберкулез — 7,4%, сердечно-сосудистые заболевания — у 54% самоубийцы. Среди покушавшихся на самоубийство рак диагностирован у 5%, туберкулез — у 7,5%, венерические заболевания — у 2,5%, другие тяжелые соматические заболевания (включая сердечно-сосудистые) — у 55% суицидентов. В то же время было отмечено, что 12%

умерших от самоубийства и 22,5% покушавшихся серьезными соматическими заболеваниями не страдали.

Почти половина лиц пожилого и старческого возраста, совершивших суицид, имели инвалидность по соматическому заболеванию.

Основной контингент: онкологические больные (50% - суицидальная готовность, а 10–15% из них совершают суицид), больные туберкулезом (так же часто, как и душевно больные), тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, травмы, повлекшие за собой инвалидизацию, нефрологические заболевания (особенно у пациентов с искусственной почкой), СПИД. В 10% случаев представления о серьезности заболевания явно преувеличиваются.

Наиболее часто покушения на самоубийство при диагностике неизлечимого заболевания происходят в так называемой «фазе бунта» (Гнездилов А.В., 1995). Это первая стадия адаптации к заболеванию, связанная с активным неприятием диагноза. И хотя диагностика того или иного онкологического заболевания далеко не всегда в действительности является «приговором», реально существующие у большинства людей представления об обязательном неблагоприятном исходе любого «рака» не позволяют адекватно воспринимать даже «деонтологически выдержанные» сообщения врачей.

По литературным данным, у большинства соматических больных, совершивших самоубийство, в картине болезни присутствовали депрессивные расстройства различной степени выраженности (в том числе и у больных, находящихся в терминальной стадии неизлечимого заболевания). Однако, по нашему мнению, говорить об обязательном наличии во всех случаях клинически очерченного депрессивного синдрома вряд ли правомерно. Вполне понятное и адекватное ситуации снижение настроения вряд ли правомерно отождествлять с депрессией как достаточно очерченным психическим расстройством.

Нередко в подобных случаях абсолютно неверно говорить о нарушениях адаптации вообще, а тем более — связанных с наличием психического расстройства. Подобные ситуации, по-видимому, можно расценивать как адекватный выбор человека, находящегося в

экстремальной ситуации, предполагающей только один исход. К счастью, среди всех лиц, совершивших суицидальную попытку, эти суициденты составляют ничтожно малый процент. Но это их сознательный выбор и своеобразная форма адаптации к сложившимся обстоятельствам. Эти так называемые «холодные» самоубийства, как правило, заканчиваются летальным исходом, поэтому подобные суициденты исключительно редко попадают в поле зрения врачей после совершения неудавшейся (по тем или иным причинам) суицидальной попытки.

Упомянутые выше «холодные» суициды совершают не только неизлечимо больные люди, но и гериатрические пациенты, а также люди, находящиеся в особых (как правило, экстремальных) ситуациях, исключающих возможность продолжения жизни для них (приговор суда, реальная угроза мучительной смерти и проч.). В соответствии с существующими клинико-диагностическими критериями поведение этих лиц не может быть отнесено к какой-либо рубрике психических и поведенческих расстройств. Наличие стрессовой ситуации здесь вовсе не приводит к появлению клинически значимых признаков болезни (психического расстройства, по современной терминологии). Число этих суицидентов относительно невелико.

По материалам хосписной службы, у лиц, находящихся в последней стадии заведомо некурабельной болезни, суициды — относительно редкое явление (по крайней мере, по сравнению с частотой самоубийств в процессе постановки и уточнения диагноза и соответствующей неопределенности прогноза во многих случаях онкологического заболевания).

Риск суицида высок у людей с недавно выявленной хронической прогрессирующей болезнью, например, рассеянным склерозом или СПИДом. Фактор прогрессирования заболевания является более значимым для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособности. Испытывающие боль пациенты часто адаптируются к своему состоянию, если оно является стабильным. Однако болезнь, вынуждающая человека постоянно приспосабливаться к новым неблагоприятным переменам, приводит к гораздо большему стрессу; в этих условиях ряд больных решают

скорее совершить самоубийство, чем разрешить болезни самой поставить точку.

Считается, что наличие СПИДа в 7 - 36 раз повышает риск самоубийства. Данные популяционные исследования не показали значимого увеличения риска смерти в результате самоубийства для ВИЧ-инфицированных в первые месяцы после скрининга на ВИЧ. Однако риск существенно возрастает после появления клинических симптомов заболевания, поэтому клиницисты должны принимать во внимание факторы риска самоубийства как во время первых консультаций, так и во время последующего медицинского наблюдения. И наконец, результаты данного исследования позволяют развеять опасения относительно того, что использование патентованных домашних тест-систем для выявления ВИЧ-инфекции, одобренных недавно Администрацией по пищевым продуктам и лекарствам, может привести к повышению риска самоубийств.

Для оценки суицидального поведения необходимо учитывать как относительно устойчивые предрасположенности суицидальные факторы (типа личностных характеристик), так и преходящие кратковременные сдвиги в психофизиологическом функционировании, обусловленные соматическими (острыми или рецидивирующими хроническими) заболеваниями. При наличии личностных особенностей различной степени выраженности роль соматической болезни как пускового фактора существенно возрастает.

Наряду с «физиогенным» влиянием острой соматической болезни, в суицидологическом анализе существенное значение имеет и учет тяжелых (часто хронических) заболеваний самого широкого спектра. Здесь речь идет и о неизлечимых болезнях (типа онкологических), и об инвалидизирующих заболеваниях, и о самых различных соматических расстройствах, которые, в соответствии с «призмой индивидуального видения» суицидента, оказывают на него выраженное психотравмирующее воздействие, т.е. обнаруживают своё нозогенное влияние.

Глава 4. Оценка суицидального риска

Суицидальный риск оценивается по следующим критериям:

- глубина депрессии и апатии;
- общая стабильность жизни (наличие семьи, работы);
- личностные характеристики;
- наличие и продуманность суицидального плана.

Продуманность суицидального плана зависит от этапа суицидального поведения.

4.1. Этапы суицидального поведения

А. Этап суицидальных тенденций.

1. Общие антивитальные переживания.

Снижение субъективной ценности жизни: "не живешь, а существуешь", "жизнь бессмысленна" и т.д. Здесь нет представлений о собственной смерти, а имеется только отрицание ценности жизни.

2. Пассивные суицидальные мысли.

Рассуждения и фантазии на тему собственной смерти, но не на тему лишения себя жизни. Еще нет конкретных аспектов их реализации. Абстрактная, обобщенная стилистика изложения: "Вот если бы я умер, то тогда...", "хорошо бы заснуть и не проснуться", "Если бы я сейчас умер, мои родители пожалели бы, что относились ко мне так плохо", "Лучше умереть, чем так дальше жить", "Я устал от жизни".

3. Суицидальный замысел.

Рассуждения о конкретных формах самоубийства. Но нет еще подготовительных действий. Субъект, даже не принявший еще суицидального решения, у которого только формируются неосознанные им на вербальном уровне суицидальные тенденции, часто совершенно теряет ощущение опасности. Ослабляются защитные механизмы его психики, он перестает избегать угрожаемых для жизни ситуаций, проявляет неуместное и необычное для него бесстрашие (например, при переходе улицы не обращает внимания на мчащиеся на него автомобили).

4. Суицидальное намерение. К замыслам присоединяется волевой компонент.

4.1. Существует детальный план совершения самоубийства: как, где и в какое время.

4.2. Имеется все необходимое для его реализации.

4.3. Выбранный способ самоубийства обладает высокой степенью летальности и легко доступен: падение с высоты, бросок под поезд или автомобиль, использование огнестрельного оружия и т.д.

От правильной оценки риска реализации суицида может зависеть жизнь человека. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности: проинформировать близких пациента и обсудить с ним вопрос о госпитализации, хотя заранее можно сказать, что в подавляющем большинстве случаев реакция будет негативной. Пациент будет отрицать свои намерения и утверждать, что нет причин для помещения его в кризисный стационар.

Если на вопрос, как он представляет своё ближайшее будущее, начинается перечисление того, что нужно сделать (отдать долги, купить что-то, разобраться с чем-то и т.п.) — до самоубийства ещё далеко. Если же следует ответ, что он не видит завтрашнего дня, всё в тумане или во мраке — дело плохо.

Распространенное мнение о том, что те, кто говорит о самоубийстве, никогда не совершит его, является ошибочным. Многие самоубийцы говорят о своих намерениях в надежде на помощь и защиту. Некоторые суициденты прямо говорят о своих намерениях: «Я не могу этого выдержать. Я не хочу больше жить. Я хочу покончить с собой». Высказывания могут быть завуалированными: «Я не хочу создавать для вас проблемы», «Вам без меня будет лучше», «Вам не придется слишком долго меня терпеть», «Они пожалеют, когда я уйду», многозначительное прощание с другими людьми. В таких случаях лучше уточнить сразу – «Вы имеете в виду самоубийство?». Исследования показали, что у 90% суицидентов были те или иные предвестники самоубийства, оставшиеся 10% - это люди, скрывающие свои переживания от посторонних глаз, интроверты, шизоиды.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным или пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид).

Выделяют два типа пресуицида:

аффективно-редуцированный тип при эмоциональной холодности, низкой интенсивности эмоций, пассивном поведении, длительном характере; интенсивность психологического кризиса нарастает постепенно, с повышением конфликтного напряжения и возможным прорывом в суицидальное поведение по механизму «последней капли». Труднее поддается терапии;

аффективно-напряженный при высокой интенсивности эмоциональных переживаний, внутреннего напряжения, остром характере; кризисное состояние вызывается внезапным, неожиданным психотравмирующим событием. Терапевтическое вмешательство довольно быстро может улучшить состояние.

Б. Этап суицидальных действий.

1. Подготовка к суициду. Часто состоит в том, что обычно называется «приведением своих дел в порядок» (оформление завещание, покупка места на кладбище, раздаривание ценных личных вещей - подростки, подготовка похоронных принадлежностей, написание предсмертной записки).

2. Суицидальные попытки.

На выбор способа покушения на самоубийство оказывают влияние, с одной стороны, имеющаяся личная информация о различных видах суицидальных действий, представления об их летальности; с другой стороны, морально-этические и эстетические критерии.

Наиболее частые способы попыток: самоотравление, колото-резаные ранения, самоповешение.

Свидетельства серьезности попытки:

малая вероятность прихода кого-либо (около 90% всех попыток происходят при свидетелях);

отсутствие алкогольного опьянения;

длительность пресуицида более суток;

сожаления, что остался жив;

необходимость реанимационных мероприятий;
наличие предсмертных записок (только один из 6 самоубийц, (44% из них адресованы всем – 20%, близким – 12%, начальникам – 8%).

В. Этап постсуицидального кризиса (от момента совершения суицидальной попытки до исчезновения суицидальных тенденций).

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных компонента:

1. Актуальность конфликта.
2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.
3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этапе постсуицида необходима помощь в преодолении психологического кризиса и предупреждение повторных суицидальных попыток.

4.2. Поведенческие, когнитивные и эмоциональные признаки

Поведенческие индикаторы суицидального риска:

Важны перемены в поведении, в первую очередь самоизоляция, резкое снижение активности, прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях. В типичных случаях молодой человек становится подавленным и отрешенным, заметно теряет уважение к себе и не соблюдает правил личной гигиены. Эти признаки сопровождаются выраженной потерей интереса к учебе (Карсон Р.С. с соавт., 2004).

Когнитивные индикаторы суицидального риска

Вопросы:

- Может ли ситуация измениться к лучшему?
- Что могло бы изменить его намерения?

Эмоциональные индикаторы суицидального риска.

Следует определиться со степенью депрессии.

Вопросы:

- Какое у него теперь настроение?

- Как часто его охватывает отчаяние (и другие сильные негативные чувства: острое чувство вины, отвращения к себе, беспомощности, безнадежности)? Сколько времени это продолжается?

4.3. Экспериментально-психологические методики

Наряду с обнаружением депрессии и установлением ее глубины в процессе беседы с пациентом для уточнения уровня суицидального риска, а также для скрининг-обследования с целью выявления групп риска могут быть полезны клинические опросники.

Для этой цели хорошо подходят опросник А.Бека (21 вопрос) и опросник «Индекс благополучия ВОЗ» (Вассерман Д., 2005).

Индекс благополучия ВОЗ

	На протяжении последних двух недель	Всё время	Большую часть времени	Более половины времени	Меньше половины времени	Некоторое время	Никогда
1	Я испытывал радость и хорошее настроение	5	4	3	2	1	0
2	Я чувствовал себя спокойным и расслабленным	5	4	3	2	1	0
3	Я чувствовал себя активным и энергичным	5	4	3	2	1	0
4	Я просыпался свежим и отдохнувшим	5	4	3	2	1	0

5	Моя повседневная жизнь была заполнена тем, что для меня интересно	5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Баллы пяти ответов суммируются. Предварительный подсчет может колебаться от 0 до 25, где 0 представляет наихудшее возможное, а 25 наилучшее возможное качество жизни

Психометрические возможности индекса благополучия ВОЗ оказались вполне приемлемыми в отношении валидности. Индекс благополучия ВОЗ был признан лучшим в качестве инструмента скрининга депрессии. Самым важным оказалось, что этот опросник не оказывал никакого негативного влияния на испытуемых и не вызывал отрицательных реакций. В соответствии с рекомендациями стандартные значения шкалы, свидетельствующие о низком благополучии людей, составляют сумму, равную 50 % или ниже.

Удобен для применения также набор из 10 незаконченных предложений, предложенный В.П. Костюкевичем (2001):

Продолжите предложения. Долго не задумывайтесь, записывайте первую, пришедшую в голову мысль.

1. Мысль, которая меня постоянно преследует, касается

2. Я для себя решил окончательно, что

3. Вокруг меня

4. В этой жизни

5. Жизнь – это

6. Я обязательно

7. Через некоторое время

8. Жизнь после смерти – это

9. Впереди меня ждет

10. Жаль только что

Содержание окончаний предложений может быть оптимистичным, нейтральным или нести негативистские установки. Прогноз оценивается как оптимистичный, если в окончаниях предложений четко просматриваются планы на будущее, уверенность в себе, видна жизненная перспектива и готовность к активной деятельности по достижению поставленных целей. А некоторые трудности если и встречаются, то расцениваются обследуемым как временные и преодолимые.

Прогноз оценивается как нейтральный, если в окончаниях предложений просматривается отсутствие интереса обследуемого к избранному виду деятельности. Как правило, такие ответы очень коротки и абстрактны. Информативность их низкая.

Негативистские установки обследуемого проявляются в его излишнем пессимизме, в отрицательном отношении к себе или окружающим, в крахе или отсутствии перспективных жизненных планов, потере веры в себя и свои силы. В большинстве случаев обследуемые в завуалированной форме сообщают о своем «жизненном тупике», а иногда встречаются и открытые суицидальные намерения, как выход из сложившейся ситуации. Это говорит о том, что обследуемый находится в острой кризисной ситуации и нуждается в немедленной психологической помощи квалифицированного специалиста.

4.4. Роль антисуицидальных факторов

Определение степени реального суицидального риска, по мнению А.Г.Амбрумовой (1994), всегда должно проводиться на основании двух рядов факторов: не только на основании *суицидальных мотивов*, но и на основании *противосуицидальных*.

Вагин Ю.Р. (2001) выделяет 9 основных противосуицидальных защитных мотивационных комплексов:

- *витальную мотивацию;*
- *религиозную мотивацию;*
- *этические мотивы;*
- *моральные мотивы;*
- *эстетические мотивы;*
- *нарциссическую мотивацию;*
- *когнитивную надежду;*
- *временную инфляцию;*
- *финальную неопределенность.*

Витальные мотивы отражают естественный для человека страх перед смертью, тесно связанный с инстинктом самосохранения.

Религиозные мотивы отражают сформированные представления о самоубийстве как о грехе, страх погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения.

С точки зрения верующего человека, жизнь даётся Богом, и только Он может распоряжаться судьбой человека. Человек не в праве сам определять свой последний час. Чем более мужественно человек справляется с трудностями, выпавшими ему на жизненном пути, тем больше ему воздастся после смерти. Самоубийцы же, которые «презирают» заповеди Божьи, будут справедливо наказаны после смерти.

Самоубийство как грех воспринимают даже те люди, которые формально отрицают у себя какие-либо религиозные убеждения.

Этические мотивы отражают внутреннюю психологическую неприемлемость самоубийства из-за нежелания делать больно родным и близким людям, причинять страдания окружающим, этический императив жить ради тех, кто рядом, невозможность умереть из-за зависящих от него людей (например, детей).

Моральные мотивы отражают представления о самоубийстве как о слабости и трусости, «позорном бегстве», представления о том, что только безвольный человек может покончить с собой, страх

осуждения со стороны окружающих, нежелание оставить после себя «плохую память».

В отношении самоубийства вопрос никогда не стоял в жёсткой плоскости его полного одобрения или запрещения. Оценка каждого случая во все времена определялась мерой, соразмерностью и гармоничностью самоубийства со всей остальной жизнью человека, с вызвавшими его обстоятельствами, с традициями, принятыми в данном обществе. В тех случаях, когда самоубийство представлялось соразмерным тяжести и непреодолимости внешних обстоятельств, оно допускалось и одобрялось. В тех случаях, когда эта мера нарушалась, самоубийство осуждалось и преследовалось.

Моральные факторы являются реальной, сдерживающей суицидальную активность силой — и на них можно опираться.

Эстетические мотивы отражают восприятие самоубийства как некрасивого поступка, способность человека представить своё тело после самоубийства, невозможность воспользоваться тем или иным способом по чисто эстетическим соображениям.

Эстетический фактор не следует недооценивать. Ничто не оказывает столь явного и действенного влияния на человека, склонного к самоубийству, как воздействие на его эстетические чувства. Никакие логические, философские, моральные, нравственные и религиозные доводы не оказывают столь потрясающе действенного эффекта на потенциальных самоубийц.

Любой взрослый человек, имеющий жизненный опыт, может без особого труда «просветить» подростка с суицидальными тенденциями по поводу тех эстетических компонентов, которые связаны с тем или иным способом самоубийства, например с использованием огнестрельного оружия, движущегося транспорта, самоповешения, утопления и т.п.

Не случайно большинство потенциальных самоубийц при наличии свободного выбора останавливаются на самоотравлении как наиболее эстетичном, с их точки зрения, способе.

«Эстетический идеал» красивой и быстрой смерти, связанный с самоотравлением, создан большей частью не суровой жизненной реальностью, а поэтическим вымыслом, тем как это описывается в художественных произведениях. Только на сцене и в кино это

происходит быстро и красиво. В жизни всё намного прозаичнее. Принятие токсических веществ в больших количествах в подавляющем большинстве случаев приводит к непровольной рвоте даже в бессознательном состоянии. Человек остаётся жив, но сохранность его психики после выраженной интоксикации, естественно, никто уже гарантировать не может.

Нарциссические мотивы отражают, исходя из определения, любовь и жалость к себе (в хорошем смысле этих слов); нежелание умирать, не окончив все дела; представления о том, что ещё многое можно в жизни сделать и пережить.

Нужно помнить, что в момент мощной психотравмы происходит значительное сужение сознания человека, исчезает перспектива, происходит негативная «перекраска» как прошлого, так и будущего. Боль сегодняшняя проецируется на всё прошлое («ничего хорошего не было») и на будущее («ничего хорошего не будет»).

Мотивы когнитивной надежды отражают уверенность суицидента в том, что что-то можно сделать, поиск другого выхода, надежду найти другое решение проблемы, убеждённость, что выход всё-таки есть и, если он сам не видит его,— это не значит, что выход не знает кто-то другой.

В таких случаях нужно приводить как можно больше примеров различных сложных жизненных ситуаций, в которые попадали те или иные люди, и рассказывать, как они справились с этими ситуациями.

Мотивы временной инфляции отражают надежду, что время — самое лучшее лекарство от всех проблем; желание выждать хотя бы какое-то время перед тем, как решиться на такой шаг; убеждение, что на смену чёрной полосе всегда приходит белая; и если проблему нельзя решить — её можно просто пережить. Пословица «Утро вечера мудренее» также хорошо отражает этот защитный механизм. Если мы не можем справиться с какой-либо проблемой сейчас — это не означает, что мы не сможем справиться с ней завтра.

Мотивы финальной неопределённости отражают неуверенность в возможности до конца убить себя, незнание надежных способов

самоубийства, опасения, что может получиться так, что вместо того, чтобы умереть — на всю жизнь останешься инвалидом.

Глава 5. Особенности суицидального поведения в молодом возрасте

Из анонимного опроса шведских подростков известно, что 3-6% из них когда-либо предпринимали попытку самоубийства. Мало кто из них обратился за помощью к врачу, большинство лишь рассказали об этом своим ровесникам (Хултен А., Отто У., 2004).

К основным причинам суицидального поведения несовершеннолетних относят:

1) конфликты с родителями, внутрисемейные конфликты, обусловленные неблагополучием в семье в связи с пьянством родителей, разводом последних т.д., жестокое отношение к ребенку, психологическое и физическое насилие;

2) неразрешимые проблемы любовного содержания, отсутствие взаимопонимания или ответного чувства со стороны представителей другого пола;

3) ситуации, вызывающие чувство стыда (например, когда подростка ловят на воровстве, исключают из школы или привлекают к суду);

4) проблемы взаимоотношений с друзьями;

3) употребление алкоголя или наркотиков;

5) трудности, связанные со школой, администрацией учебного заведения, страхи перед экзаменом;

б) низкая самооценка, трудности самоопределения, прессинг успеха.

Искренне желающие ребенку добра близкие родственники и учителя постоянно настраивают его на обязательный успех: поступление в вуз, получение престижной профессии. В такой ситуации подросток просто вынужден тянуться за хорошими отметками, доказывать, что он лучше, умнее, успешней других своих сверстников. Причем это насильственное рвение часто поддерживается буквально жертвенным поведением родителей, готовых для оплаты репетиторов потратить последние деньги;

7) моделирование, имитационное поведение. Бывает, что несовершеннолетние борются с серьезными трудностями и самоубийство другого человека подсказывает им решение своих проблем. Самоубийства знаменитостей, самоубийства, получившие

известность, самоубийства коллег по работе и товарищей по учебе особенно часто провоцируют новые акты суицида. Хрестоматийный пример: в 1774 году появился роман Гете «Страдания юного Вертера», в котором описана смерть юноши от несчастной любви. Молодые люди, оказавшиеся в ситуации Вертера, стрелялись прямо с томиком любимого произведения книгой в руках, а в букинистических магазинах того времени за огромные деньги продавались экземпляры романа, облитые кровью самоубийц. В некоторых странах этот роман был запрещен. Стремительный рост количества групповых суицидов был связан с трагической смертью Мэрилин Монро (в течение недели после самоубийства Мэрилин Монро в 1963 году уровень самоубийств по всей стране вырос на 12 %), самоубийством Игоря Сорина из группы «Иванушки Интернешнл», и т.д. Общее число самоубийств в течение месяца после гибели Виктора Цоя выросло на тридцать процентов, в основном это были подростки. Более ответственно подаваемая информация может снизить влияние на шумевших самоубийств.

Таблица. Причины оконченных суицидов, совершенных несовершеннолетними в России в 2009-2010 г.г. (по данным ГНЦССП имени В.П.Сербского)

	Количество случаев	
	2009 год	2010 год
Семейные конфликты	294	242
Романтические отношения	223	202
Наличие личностных проблем, замкнутости, психического заболевания	144	91
Конфликты со сверстниками и друзьями	70	39
Аддиктивное поведение – наркотики, алкоголь	43	47
Неуспехи в учебе, низкий уровень школьной адаптации	31	27
Жестокое обращение и насилие в семье	25	23

Безразличие окружающих, черствость	20	14
Демонстративное суицидальное поведение, повлекшее за собой смерть	19	14
Боязнь ЕГЭ и низкий уровень сдачи ЕГЭ	5	8
Бестактное поведение отдельных педагогов (психологическое насилие), конфликты с учителями	7	5
Религиозные мотивы	1	1

Число лиц, привлеченных к ответственности за доведение несовершеннолетнего до самоубийства в 2009 году составляло в России 305 человек, в 2010 году - 302 человека.

Все более существенную роль в этиологии суицидального поведения несовершеннолетних играет безнаказанное размещение в информационно-телекоммуникационных сетях общего пользования информации, популяризирующей самоубийства, провоцирующей ребенка или подростка на лишение себя жизни. В интернете имеется значительное число сайтов, где культивируется тема смерти, своим опытом делятся те, кто уже пытался покончить жизнь самоубийством.

Действующее законодательство допускает беспрепятственный просмотр несовершеннолетними пользователями сети Интернет роликов, посвященных суицидам, и «обучающим» видеороликам с инструкциями по уходу из жизни. Легкость и доступность поиска информации о видах и способах совершения суицидов в поисковых системах yandex, rambler, mail способны спровоцировать подростка на акт суицида. Видеоролики, содержащие презентацию изощренных способов самоубийства, демонстрирующие реальные самоубийства и мультфильмы, пропагандирующие легкость, доступность и многообразие способов ухода из жизни, в свободном доступе можно найти на сервисах, предоставляющих услуги хостинга

видеоматериалов, а также в популярных социальных сетях, таких как odnoklassniki.ru и vkontakte.ru.

Психолог Елена Вроно, исследовавшая десятилетний опыт работы московского детско-подросткового суицидологического кабинета, отмечает: «70% наших пациентов в качестве повода, толкнувшего их на попытку суицида, называли разного рода школьные конфликты. Но когда разбираешься в существе дела, то, как правило, обнаруживаешь неблагополучие в семье, где в первую очередь нарушены родительско-детские отношения».

При изучении семей суицидентов в 95% случаев обнаружился отягощенный семейный анамнез: хронический алкоголизм, которым страдали один или оба родителя; тяжелые характеропатии и личностные акцентуации родителей, создающие в семье обстановку напряжения; патология, наблюдающаяся у родственников и родителей, клинически очерченные депрессии и другие психозы, случаи самоубийства в семьях суицидентов. Такие виды деформации воспитания, как гиперопека, авторитарность или жестокость родителей порождают у детей неприспособленность к житейским трудностям или оппозиционные установки — черты, определяющие развитие суицидальности.

Существует разница между восприятием смерти девочками и мальчиками. Мальчики смерть воспринимают по-научному, как конец жизни, в то время как треть девочек верит в повторное рождение после смерти или в какую-нибудь другую форму мистицизма, связанного со смертью.

По данным D.S. Lipschitz et al., 34% молодых пациентов, совершивших суицидальную попытку, подвергались физическому, а 44% - сексуальному насилию. Подростки, перенесшие сексуальное насилие, почти вдвое чаще совершают аутоагрессивные действия. 70% тинейджеров, пытавшихся покончить с собой, в той или иной степени злоупотребляли наркотиками или алкоголем.

Основной причиной суицидальных действий подростков в 25% случаев являются психические расстройства, в 18% - сложная романтическая ситуация, в 15% - нездоровые отношения со сверстниками, особенно в неформальных группах, в 12% - трудная

семейная ситуация, в 8% - нездоровые отношения со взрослыми, в том числе с учителями, в 7% - боязнь ответственности и стыд за совершенное правонарушение, в 5% - пьянство и употребление наркотиков.

В последние десять лет шведские, финские и американские ученые изучали самоубийства среди молодежи с применением метода психологической аутопсии (интервью с родственниками погибших) (Хултен А., Отто У., 2004). Психиатрические диагнозы в этом исследовании (91—98%) имела, прежде всего, среда более старших подростков. В норвежском исследовании этот показатель несколько ниже — 74 процента.

У более младших подростков, которые совершили импульсивные самоубийства из-за кризиса или стресса, диагностировалась в основном какая-нибудь форма депрессии или ставился диагноз «нарушение адаптации». В последнем случае самоубийство становилось чем-то особенно неожиданным для окружения, так как считалось, что эти подростки (чаще мальчики) неплохо адаптированы к жизни.

В большом американском исследовании (Shaffer et al, 1996) молодых людей, которые погибли в результате самоубийства до двадцати лет, депрессия и нарушение поведения были обычными диагнозами для возрастной группы до семнадцати лет. Причиной самоубийства среди молодежи были некоторые психические нарушения, такие, как шизофрения, депрессивное состояние.

Во всех исследованиях случаев самоубийств среди молодежи различные виды депрессии были обычным диагнозом и часто сочетались со злоупотреблением алкоголем и нарушением поведения (например, антисоциальное или пограничное личностное нарушение) (Brent et al., 1994; Beantrais, 2000). У четверти финских подростков, главным образом мальчиков, которые совершили самоубийство в возрасте 13—19 лет, были проблемы с алкоголем (Marttunen et al, 1992).

Нужно помнить, что различные нарушения, которые сами по себе не имеют значения для развития процесса самоубийства, «работая» вместе, усиливают друг друга. И тогда, например, у подавленного мальчика с внешним поведением, злоупотребляющего алкоголем, будет большой риск совершения самоубийства.

К особенностям подросткового суицида относят:

- кратковременные конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, группе)
- конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий
- суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение и т.п.
- суицидное поведение демонстративно, в нем есть признаки "игры на публику"
- суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета
- средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2-3 этажа, малотоксичные вещества, тонкая веревка и т.п.).

Лечение. Если ребенок высказывает какие-нибудь мысли о самоубийстве или ведет себя странно, надо тщательно исследовать ситуацию вокруг него. Корни проблем находятся чаще всего в семье. Подростки выражают свои мысли о смерти вслух или с помощью дневников, которые они начинают писать, когда у них возникают кризис или проблемы в отношениях. Такие мысли не должны постоянно повторяться, если развитие подростка идет нормально.

Участие родителей в процессе лечения — еще один камень преткновения. Им нужна информация, касающаяся риска самоубийства и психических симптомов у ребенка, они должны понять, что могут сделать, чтобы улучшить взаимоотношения в семье. Часто им и самим нужна помощь, потому что они находятся в подавленном состоянии в связи со случившимся.

Детское отделение психиатрической больницы должно быть готово оказать неотложную помощь в кризисных ситуациях. Если в семье стресс, безысходность и агрессивность являются частым явлением, то нужна госпитализация ребенка в закрытое отделение. При большом риске самоубийства существует потребность в наблюдении. Оно может варьировать от простого присмотра (весь персонал следит за тем, чтобы пациент один не выходил из отделения) до неотступного наблюдения (пациента вообще нельзя

оставлять одного, даже если он идет в туалет). Ответственность за такое наблюдение могут взять на себя родители.

Проблемой терапии подростков-суицидентов являются трудности в осуществлении и полноценном завершении лечения. Некоторые клиницисты пытаются решить эту проблему посредством направления всех подростков-суицидентов в больницу общего профиля для краткой терапии и оценки состояния. Эта тактика широко используется в Израиле и недавно закреплена законом.

Так как молодые люди часто повторяют попытку самоубийства, то за ними надо постоянно наблюдать, предлагать помощь и лечение, по крайней мере, в течение года, с тем, чтобы предупредить повторную попытку. Недавние исследования, проведенные среди 15—19-летних, показали, что 15 процентов суицидально настроенных молодых людей повторяют попытку самоубийства в течение года (Хултен А., Отто У., 2004).

Считается, что подросток, совершивший самоубийство, «вдохновляет» других людей, которые находятся в трудном положении, к таким же действиям. Увеличение случаев самоубийств может наблюдаться в школьной среде или других группах, где подростки хорошо знают друг друга. Те, кто был ближе всего к умершему, переживают очень сильный шок. У них развивается депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство.

Всего лишь 30—40% подростков, погибших в результате самоубийства, когда-либо контактировали с психиатром или наблюдались в клинике, хотя у них имелись психические нарушения или психологические проблемы. Поэтому знание факторов риска, сигналов риска самоубийств, способов выхода из кризисов, умение решать конфликты должны больше распространяться в обществе, в подростковой среде, среди родителей и других взрослых.

Глава 6. Профилактика суицидального поведения

Принято различать первичную и вторичную профилактику суицидального поведения. Первичная профилактика включает мероприятия (социально-экономические, медицинские, психологические, педагогические и проч.), направленные на предотвращение возникновения самоубийств. Вторичная профилактика включает мероприятия, направленные на снижение суицидальных тенденций и предупреждение повторного суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства (Зотов М.В., 2006).

Важными направлениями профилактики самоубийств в России и в других странах являются (Вассерман Д., Нарбони В., 2005; Старшенбаум Г.В., 2005):

- 1) организация специализированных суицидологических служб;
- 2) проведение образовательных программ для несовершеннолетних по формированию жизненных навыков, включающих стратегии преодоления стресса и разрешения конфликтов;
- 3) обучение работающих с населением специалистов различного профиля распознаванию депрессивных расстройств и суицидальных тенденций;
- 4) информирование населения о существующей системе медико-психологической помощи.

6.1. Суицидологические службы

Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров, что требует организации специальной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Низкий уровень самоубийств за рубежом во многом является заслугой кризисных служб — во Франции они действуют в 150 городах, в Великобритании — в 300, в США — в 600, а после теракта 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке и Вашингтоне эта служба была значительно расширена. Для сравнения, в России в настоящее время работает не более 20 психотерапевтических центров, в которых в том числе осуществляется прием и кризисных пациентов (Старшенбаум Г. В., 2005).

Для преодоления проблем суицидального поведения Европейская сеть исследования и превенции самоубийств ВОЗ внедрила в большинстве стран-членов региона:

- постоянную оценку суицидальной ситуации в Европе;
- создание и ускорение планирования национальных программ превенции самоубийств с интеграцией их в национальные планы развития психического здоровья;
- развитие специфических стратегий превенции самоубийств;
- мониторинг и постоянную оценку их реализации.

Большинство зарубежных телефонных служб работает с кризисными клиентами, обеспечивая раннюю профилактику суицидального поведения. В то же время имеются службы, созданные специально для работы с суицидентами. Некоторые службы видят свою задачу в недопущении самоубийства, выявляют местонахождение абонента и передают сведения в медицинские или полицейские структуры или посылают своего сотрудника к потенциальному самоубийце. Другие, напротив, признают право клиента избрать смерть.

Одной из целей кризисной терапии является стремление избежать госпитализации, которая усложняет задачу адаптации пациента к его жизненному окружению. Компромиссным вариантом является лечение в условиях дневного или ночного (для работающих пациентов) стационара.

Высокий суицидальный риск в сочетании с конфликтной ситуацией многими авторами расценивается как показание для кратковременного стационарного лечения. Однако проведение кризисного вмешательства в психиатрической больнице затруднено и малоэффективно. Более оптимальный вариант - создание специализированных кризисных стационаров. Располагаются подобные стационары обычно в многопрофильной больнице. Ежедневно проводится интенсивная индивидуальная, семейная и групповая кризисная терапия. Характерен свободный режим передвижения, акцент на социальной помощи, полустационарный режим, клубные формы работы. Важное значение для эффективности кризисного стационара имеет благотворное воздействие терапевтической среды.

Суицидологические центры за рубежом, как правило, работают с привлечением обученных непрофессионалов.

В нашей стране служба предупреждения самоубийств была создана в конце 70-х годов вначале в Москве, а затем и в некоторых других городах. Помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением оказывается согласно приказу МЗ РФ от 6.05.1998 г. № 148. В приказе содержатся методические рекомендации по организации региональной кризисной службы. Одним из главных принципов деятельности службы является анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получат огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта.

По мнению Г.В. Старшенбаума (2005), современная суицидологическая служба должна состоять из четырех подразделений:

1. Расположенный отдельно от психиатрической службы Телефон Доверия.

2. Кабинет социально-психологической помощи в поликлинике (КСПП). Является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для выявления и амбулаторного обслуживания лиц с кризисными и суицидоопасными состояниями среди контингентов населения, не нуждающихся в диспансерном наблюдении. КСПП должны располагаться в территориальных поликлиниках, медсанчастях крупных промышленных предприятий и вузов. В КСПП может анонимно обратиться любое лицо.

3. Кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД). Предназначен для обслуживания суицидентов и больных с суицидоопасными состояниями, находящимися под наблюдением диспансерного отделения. Контингент больных, подлежащих наблюдению в суицидологическом кабинете, представлен двумя группами: 1) больные, совершившие попытку самоубийства и 2) больные с суицидальными тенденциями.

4. Кризисный стационар в больнице общего профиля. Кризисный стационар является структурным подразделением больницы Скорой помощи либо выделенной для стационарной

суицидологической помощи иной соматической больницы и предназначен для изоляции от психотравмирующей ситуации, краткосрочной (2-4 недели) интенсивной терапии и реабилитации лиц, находящихся в состоянии суицидоопасного психологического кризиса. Необходимость организации Кризисного стационара вне структуры психиатрического учреждения обусловлена тем, что среди суицидоопасных контингентов населения значительный удельный вес составляют лица практически здоровые или с пограничными нервно-психическими расстройствами, оказание помощи которым в психиатрических больницах представляется неадекватным и имеет известные отрицательные последствия.

Экстренная психологическая помощь по Телефону доверия. Многие лица с кризисными состояниями и высоким риском самоубийства активно ищут помощи и добровольно обращаются за нею. Важным, и зачастую первым звеном кризисной поддержки является Телефон доверия (ТД). К преимуществам телефонной помощи относят (Карвасарский Б.Д., 2000):

- доступность в любое время суток;
- неявность психотерапевтического характера помощи, что повышает чувство безопасности и самооценку обратившегося;
- максимальная анонимность и защищенность клиента;
- эффект ограниченной (акустической) коммуникации, что ведет к вербализации переживания, идеализации психотерапевта, эффекту доверительности.

К неудобства помощи по ТД можно отнести:

- возможные помехи и шум;
- отсутствие невербальной информации о пациенте;
- многие люди просто не пользуются этой службой. Например, молодые женщины звонят гораздо чаще, чем мужчины, а ведь именно последние имеют больший риск суицида.

Обычно на ТД работают специалисты-психиатры, психотерапевты, психологи. В некоторых центрах к такой работе привлекаются добровольцы-непрофессионалы (волонтеры). Хотя целесообразность использования непрофессионалов первоначально вызывала сомнения, опыт показал, что существенная забота и

отношения на равных, обеспеченные волонтерами, могут быть высоко эффективными и помогают пережить кризис.

Кризисные звонки с суицидальными мыслями наиболее часто встречаются в возрастном промежутке от 25 до 34 лет и составляют 8,5% от общего числа телефонных коммуникаций.

Эмоциональное напряжение у консультанта Телефона доверия увеличивается за счет:

- необходимости быть в состоянии постоянной готовности – позвонить могут в любой момент с любой проблемой (нет возможности выбора клиента как в очном консультировании);

- незащищенности консультанта Телефона доверия от оскорблений, розыгрышей, сексуальных манипуляций, угроз.

Однако есть в этой работе и преимущества, вознаграждения – это возможность прийти на помощь к другому человеку, работа подталкивает к философским рассуждениям о жизни и смерти, способствует личностному росту.

За рубежом Телефоны доверия являются в основном волонтерскими организациями. Консультанты не имеют профессионального образования, не выполняют профессиональных задач, и гордятся этим. Потому что звонящие имеют возможность получить платную квалифицированную психологическую помощь, но выбирают дружескую помощь по телефону.

Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи РАТЭПП является ассоциированным членом Международной федерации служб неотложной телефонной помощи IFOTES.

В Италии был получен очень обнадеживающий результат интервенции с помощью специальной телефонной службы для пожилых людей. Систематические звонки от персонала, который дважды в неделю проверяет физическое и психическое состояние человека и оказывает ему эмоциональную поддержку. Результаты, относящиеся к более чем 20 000 человек в возрасте от 65 и старше, обладавших доступом к этой службе в течение 24 часов в сутки, показали, что эта система действий обеспечивает хорошую социальную, медицинскую и психологическую поддержку. У пожилых заметно упала смертность, повысилось психическое здоровье и значительно снизилось число госпитализаций и

медицинских консультаций. Хорошие результаты были получены в США после создания круглосуточных линий помощи пожилым людям. В дополнение к обеспечению ослабленных, одиноких и не покидающих дома стариков психологической поддержкой телефонных служб, они могут рассчитывать и на очные визиты для ослабления их изоляции и своевременного распознавания сигналов о помощи. Вероятно, для пожилых, особенно одиноких и страдающих инвалидизирующей патологией, наиболее полезными являются очные встречи на дому или в учреждениях (Вассерман Д., 2005).

6.2. Образовательные программы для работающих с населением специалистов

К эффективным мерам профилактики суицидов относится специальная подготовка медицинских работников, представителей духовенства, педагогов и других профессионалов, которые контактируют со многими людьми. Важным аспектом такой подготовки является повышение у них внимания и сензитивности в отношении суицидальных угроз. Часто поведение людей, окружающих суицидента, является решающим фактором, определяющим будет ли он жить.

Известно, что до 50% людей с суицидальными тенденциями консультировались у одного или нескольких врачей за 1-2 месяца до суицидальной попытки или самоубийства (Субрийе Ж.П., 2005). В качестве пациентов они обычно обращаются к врачам общей практики или специалистам в различных областях медицины. Основные специальности врачей, как правило, представлены терапевтами и более узкими специалистами - кардиологами, гастроэнтерологами, эндокринологами, ортопедами, неврологами, гинекологами, оториноларингологами и урологами. В суицидальной превенции прецедуриальная фаза считается очень важной, поэтому медицинский персонал, сталкивающийся с этими пациентами, несет немалое бремя ответственности.

Часто суицидальные пациенты обращаются с различными соматическими жалобами к врачам, не связанным с психиатрией, и ссылаются на различные симптомы, причем отчетливых суицидальных высказываний во время визитов не наблюдается. Пациенты не связывают свои суицидальные наклонности с

соматическими симптомами или считают суицидальные мысли признаком слабости и стыдятся этих мыслей или планов покончить с собой. Очень смутно и неопределенно они сообщают о чувствах беспомощности и никчемности или о своих страхах. Симптомы депрессии могут маскироваться соматическими жалобами и болевыми проявлениями в сочетании с нарушениями сна, утомляемостью, раздражительностью и тревогой.

В силу приведенных причин неудивительно, что первичный и последующие контакты врачей общей практики и суицидальных пациентов часто не предотвращают самоубийства. Врачей общей практики и других специалистов следует учить тщательной оценке всех пациентов, имеющих психосоматические симптомы. Следует также обучать их приемам общения с суицидальными пациентами. Его эффективность и результативность зависит от отношения врача к самоубийству, его коммуникативных навыков и психологической готовности к встрече с аутодеструктивным поведением. Для улучшения помощи суицидальным пациентам врачам общей практики необходимо регулярно повышать свой уровень знаний и навыков в области суицидальной превенции (участием в тренинговых программах).

Проблемы оценки суицидального риска у лиц в психотическом состоянии и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами решаются проще. Если врачи сразу направляют их к специалистам, которые лучше разбираются в методах их лечения, то самоубийство можно предотвратить.

Направление к психиатру/психотерапевту. Если существует малейшее подозрение на наличие суицидального риска, пациента следует направить к психиатру/психотерапевту или медицинскому психологу. Кроме того, направление к психиатру или психологу необходимо при выявлении психических расстройств, если предшествующее лечение (антидепрессантами или иными препаратами) оказалось неэффективным, и если пациент изъявляет желание получить психологическую помощь. Профессионалов следует привлекать к лечению и в случае наличия у пациента личной или семейной истории суицидальных попыток или отсутствия у него социальной поддержки.

Однако многие суицидальные пациенты боятся обращения к психиатру. В связи с этим обязательным является письменное направление и активное неотложное наблюдение. Простое предложение о встрече с психиатром может оказать на человека прямо противоположный эффект. Перед направлением к психиатру пациенту (и по возможности его родственникам) следует ясно сообщить причины необходимости помощи специалиста. Это направление не должно восприниматься пациентом как отказ врача общей практики заниматься его проблемами. Помогает разъяснение полезных эффектов различных форм психотерапии и лекарственных препаратов.

Врач, оказывающий первую помощь, или врач общей практики должен убедиться, что встреча пациента с психиатром состоялась. Условием эффективности психиатрической помощи является наличие у лечащего врача налаженных связей с психиатром. Это обстоятельство особенно важно, если пациент находится в изоляции и испытывает недостаток социальной поддержки.

В некоторых случаях возникает необходимость неотложной госпитализации. Они касаются пациентов со стойкими суицидальными мыслями, серьезным намерением покончить с собой, глубокой депрессией, сопровождающейся тревогой, беспокойством, а также лиц в состоянии психоза. Госпитализация также применима к пациентам с пограничным расстройством личности при травматических жизненных ситуациях. Она является желательной и в случаях плохой материальной обеспеченности суицидального пациента и отсутствии у него социальной поддержки. Однако оценка необходимости госпитализации при отсутствии очевидных признаков серьезного психического расстройства остается непростой задачей.

Примером эффективности суицидальной превенции с помощью обучения специалистов является Готландское исследование, которое проводилось с начала 1980-х годов до 1998 года (Рутц В., 2005). Его целью являлось улучшение диагностики и лечения депрессии как основного фактора риска суицидов.

Несмотря на высокий уровень жизни и прекрасную природу, уровень самоубийств на шведском острове Готланд (население - 60 тысяч человек) был одним из самых высоких в Швеции. Одна из особенностей состояла в большом числе суицидов с применением

жестоких и агрессивных методов. Назначение антидепрессантов на острове Готланд было самым низким в Швеции, что компенсировалось чрезмерным прописыванием седативных, анксиолитических и снотворных препаратов.

В этой тревожной ситуации стала осуществляться инициатива по внедрению образовательной программы (тренингов) для врачей общей практики. Для помощи им в решении проблемы депрессии и самоубийства среди населения острова местный психиатрический департамент и Шведский комитет по профилактике и лечению депрессий совместно организовали образовательную программу борьбы с депрессией на уровне первичной медицинской помощи. Эта программа, включавшая два учебных курса по два дня каждый, осуществлялась в течение двух лет для всех врачей общего профиля на острове. Она охватывала большинство аспектов диагностики и лечения депрессивных расстройств, в ней приняли участие все врачи. Тренинги проводились в комфортабельной гостинице, что должно было способствовать обучению. В течение двух дней выделялось время для общения, дискуссий и обмена клиническим опытом, а также лекций, видеопрезентации и обсуждения конкретных медицинских случаев. По истечении первого года участники могли повлиять на содержание тренингов, указывая, чего им не хватало, кроме того, все обеспечивались письменными учебными материалами для использования при обучении коллективов их медицинских учреждений.

Проблема депрессии, ее выявления и лечения представлялась в интегрированном и конспективном виде. Процесс развития депрессии и суицидальности описывался как многофакторное явление. Отмечалась необходимость междисциплинарного подхода, разносторонних вмешательств и помощи. В ходе тренингов разъяснялась важность психотерапевтической поддержки, а также, особенно в тяжелых случаях, необходимость фармакологического лечения. Психотерапия и фармакотерапия представлялись в качестве взаимодополняющих подходов, а не альтернативных стратегий.

Тренинги, проходившие в форме структурированных презентаций, были высоко оценены участниками и привели к существенному улучшению навыков диагностики и лечения депрессии у врачей общей практики. В течение трех лет после реализации

программы на острове Готланд наблюдался ряд позитивных результатов. Обращения по поводу депрессии в местные психиатрические учреждения, а также длительность пребывания на больничном в связи с депрессией, снизились более чем на 50%. Количество койко-дней по поводу депрессии в местных психиатрических клиниках уменьшилось на 70%, а число самоубийств снизилось приблизительно на две трети. Назначение антидепрессантов возросло - если ранее оно составляло менее чем 50% от среднего уровня по стране, то после проведения учебной программы оно возросло до 80%. Напротив, на 30% снизилось назначение седативных, анксиолитических и снотворных препаратов. В течение трех лет после обучения благодаря улучшению диагностики рецидивов депрессии назначение лития возросло на 30%.

Сезонность самоубийств, особенно отчетливо проявлявшаяся в Готланде в 1980-х годах, существенно ослабла в течение 1990-х годов. Этот факт подтверждает, что основными проблемами на острове до начала обучения были недостаточная диагностика и лечение сезонной депрессии и как следствие высокое число связанных с ней самоубийств. Эта ситуация была улучшена с помощью обучения.

Однако наблюдавшиеся позитивные перемены оказались временными. К концу 80-х годов число самоубийств вернулось к исходному уровню и даже слегка превысило его, поэтому стала очевидной необходимость систематического образования. В начале 1990-х годов начались новые учебные занятия; повторные курсы проводились с интервалом около двух лет до 1998 года.

Оценка соотношения затрат и социально-экономических последствий показала, что программа тренингов, которая стоила порядка 400 000 шведских крон, в течение трех лет привела к значительной экономии благодаря снижению заболеваемости, суицидальной смертности, длительности стационарного лечения и расходов на лекарственные препараты.

Изучение эффекта этой программы в отношении суицидальной превенции показало, что снижение суицидальности касалось, в основном, женщин, без существенного влияния на самоубийства у мужчин. В отличие от относительно небольшого числа женщин, покончивших с собой на Готланде в 1990-х годах и, в основном, известных медицинским службам, преобладающее большинство

мужчин, совершивших суицид, были известны только полиции, налоговым властям или социальным службам, занимавшимся больными алкоголизмом.

Тренинги, направленные на повышение качества диагностики и лечения депрессии врачами общей практики, не оказали позитивного влияния на самоубийства мужчин на острове, поскольку последние редко обращались в медицинские службы. В случаях обращения у них диагностировали расстройства личности, отмечали антисоциальное поведение или наркоманию, вследствие чего часто считали их неизлечимыми из-за нежелания сотрудничать с медицинскими службами. У депрессивных и суицидальных мужчин обычно отмечались атипичные симптомы депрессии. И даже если они обращались за помощью, депрессия часто оставалась нераспознанной, в связи с чем они не получали адекватного лечения

Из-за стойкого повышения уровня мужских самоубийств в последующих программах тренингов сделали акцент на симптомах депрессии и суицидальном поведении у мужчин. Была разработана шкала основных «атипичных» симптомов депрессии у мужчин, отражавшая ее специфические проявления: сниженную толерантность к стрессу, внешнее выражение подсознательных психических процессов, агрессивность, сниженный контроль над импульсами, раздражительность, склонность к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами, периодическое «антисоциальное» поведение, наследование склонности к самоубийству и агрессии. С тех пор, как «Готландскую шкалу депрессии у мужчин» рекомендовали местному персоналу первичного звена системы здравоохранения как инструмент скрининга и обнародовали в средствах массовой информации, на Готланде наблюдается снижение и мужских самоубийств.

Поскольку большинство мужчин с депрессией, совершающие самоубийство, не обращаются за медицинской помощью, необходимо разработать подходы для их вовлечения в лечебный процесс с участием других членов общества - по месту работы, через систему социального обеспечения, семью и друзей, а также через средства массовой информации.

В Германии также была осуществлена программа, направленная на предупреждение возникновения депрессии. Была поставлена

задача улучшения медицинского обслуживания людей, страдающих депрессией. «Нюрнбергский союз против депрессий» начал действовать в 2001 году. Была поставлена цель лучше реализовать возможности лечения благодаря интенсивному привлечению внимания общественности к теме депрессии, а также путем сотрудничества с домашними врачами и другими профессиональными группами – такими, как, например, священники и учителя. В результате проекта через 2 года в Нюрнберге число самоубийств и попыток самоубийств снизилось на 25%. Этот успех позволил расширить проект, возникло более 35 местных центров борьбы против депрессии (Хэнел Т., 2009).

Выяснилось, что тренинги с целью улучшения диагностики и лечения депрессии и связанных с ней состояний в системе первичной медицинской помощи являются эффективным средством суицидальной превенции. Полученные данные показали роль врачей общей практики как первого звена в диагностике и лечении депрессии. Опыт образовательных программ в Швейцарии, Великобритании, Ирландии, Венгрии, странах Балтии, США, Канаде и других государствах подтвердил, что в результате обучения врачей повышается качество лечения депрессии с помощью антидепрессантов, чаще назначается литий, и реже – неспецифические седативные, снотворные и анксиолитические препараты.

6.3. Образовательные программы для несовершеннолетних

Система образования является подходящей средой для внедрения программ, нацеленных на сохранение психического здоровья и предотвращение суицидов. Участие в подобных программах было бы полезно не только учащимся, но и персоналу школ и родителям. Необходимы целенаправленные усилия для освоения детьми и подростками навыков успешного преодоления жизненных трудностей. Эти навыки являются особенно важными для детей из неблагополучных семей.

Неадекватная попытка осуществления программы суицидальной превенции в среде молодых людей, большей частью здоровых и счастливых, может привести к безразличию и сопротивлению с их стороны. В некоторых случаях она в состоянии даже провоцировать

эксперименты с наркотиками, алкоголем и саморазрушением. Обратные эффекты различных сиюминутных информационных и образовательных компаний показали, что мероприятия по превенции суицидов следует проводить в течение длительного времени и с особым вниманием в сочетании с мерами охраны здоровья и предотвращения психических заболеваний.

Одним из наиболее известных исследований стало проведение в США в Майами (Флорида) в течение 5 лет в сети школ изучения суицидального поведения среди школьников, участвовавших в программе превенции и интервенции. В рамках этой прекрасно организованной программы было отмечено снижение числа суицидальных попыток на 62% и уровня самоубийств с 87 до 31 на 100 000. Программа была применена в отношении 330 000 учащихся государственных начальных и средних школ. Преподавание организовали таким образом, чтобы развивались самоосознание и навыки общения, умения принимать решения и разрешать конфликты. Кроме того, их обучали нахождению альтернатив алкоголю и наркотикам, способам преодоления стресса и противостоянию групповому давлению.

Программа для учащихся старших классов была более углубленной. Им предоставили возможность изучения механизмов психологической защиты, осуществления собственного активного выбора и осознания факторов, влияющих на здоровье и благополучие. Кроме того, их обучали, где и как можно получить помощь.

Проведение образовательных программ обеспечивалось участием обученных и специально отобранных учителей и профессионалов — психологов и психиатров. В каждой школе были созданы кризисные команды из 8–10 профессионалов: социальных работников, психологов, школьных социальных педагогов, учителей и иного персонала. Членов команд подбирали в соответствии с родом деятельности, навыками и интересом к проблеме.

Меры по предотвращению самоубийств в школах очень важно осуществлять аккуратно, осознанно и целенаправленно. Подобная тактика связана с большой опасностью - вместо превенции можно ускорить суицидальное действие, если эти программы будут

осуществлять недостаточно подготовленные людьми, обращающие внимание на драматическую сторону и сенсационность проблемы.

Важнейшим фактором, препятствующим эффективной профилактике детского и подросткового суицида, является то, что существующие методы оказания суицидологической помощи в России уже не отвечают требованиям времени и не соответствуют последним достижениям суицидологической науки: не хватает квалифицированных специалистов; отсутствуют единые федеральные стандарты оказания медицинской и психологической помощи детям и подросткам, пережившим попытку суицида; отсутствуют достаточное количество ресурсов для оказания психологической поддержки родителей и детей; сокращаются ставки школьных психологов и педагогов (65% школ не имеют в своем штате психологов, а на одного психолога приходится примерно 780 обучающихся).

Изложенное выше, а также отсутствие в 37% школ медицинских кабинетов, свидетельствует о том, что детям и подросткам, пережившим попытку суицида, современная и качественная медико-психологическая помощь оказывается далеко не всегда. Многие психологические службы применяют сомнительные и научно не обоснованные методики, недостаточно занимаются профилактической работой. Большинство существующих на сегодняшний день суицидологических служб вообще не имеют детско-подросткового звена.

Количество телефонов доверия в России в 2009 году составляло 60, в 2010 году оно возросло до 81, однако, судя по численности нуждающихся в психологической помощи несовершеннолетних, этого в масштабах страны явно недостаточно. Число детей и подростков, обратившихся на телефон доверия, в 2009 году составляло 116 256 человек, в 2010 году (176 635 человек) этот показатель увеличился на 51,9%, из них: с выраженными мыслями о суициде в 2009 году – 1 518, в 2010 году – 2 702 (рост на 78%); в состоянии депрессии в 2009 году – 3 219, в 2010 году – 4 224 (рост на 31,2%); с повышенным уровнем тревожности, агрессии в 2009 году – 2 871, в 2010 году – 5 012 (рост на 74,6%).

Несмотря на значительное увеличение поступающих на телефоны доверия обращений несовершеннолетних с признаками суицидального поведения (в среднем на 74,7%) отмечается явная нехватка существующих в стране суицидологических центров, и расположены они, как правило, только в крупных городах (Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Омске). Количество детско-подростковых суицидологических кабинетов за последние годы практически не изменилось. В 2009-2010 гг. в Российской Федерации количество детско-подростковых суицидологических кабинетов составляло 33 и 34 соответственно.

По итогам рассмотрения доклада Российской Федерации в 2005 году Комитет по правам ребенка ООН отметил, что он обеспокоен той угрозой, которая возникает в России для соблюдения права детей на жизнь в результате быстрорастущих показателей самоубийств и убийств детей, особенно мальчиков. Комитет рекомендовал России принять все необходимые меры, для того, чтобы обратить вспять наметившуюся в последнее время тенденцию к увеличению числа самоубийств и убийств детей, содействовать осуществлению профилактической деятельности, включая предоставление превентивных консультативных услуг в целях оказания помощи детям, особенно из неблагополучных семей.

В письме к Президенту России Д. Медведеву Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П.Астахов предлагает разработать и реализовать комплекс следующих мер:

1.1. разработать и принять федеральную целевую программу «Охрана психического здоровья детского населения страны на 2012-2016 гг.», включающую меры по модернизации службы оказания психологической и психиатрической помощи детям и подросткам, в том числе пережившим попытку суицида, подготовке кадров по детской психиатрии, подростковой психиатрии, детской суицидологии, детской и судебной сексологии, меры финансовой и социальной поддержки молодых кадров;

1.2. создать отвечающую современным научным требованиям систему суицидологической помощи детям и подросткам, включая разработку и внедрение: 1) организационно-методических принципов работы детско-подростковой суицидологической службы (детско-подросткового звена суицидологической службы); 2) структуры,

штатных нормативов и видов деятельности детско-подростковых суицидологических служб с учетом суицидальной и социально-экономической ситуации в регионе, уровня жизни населения и его этнического состава; 3) экспедиционного метода в работу суицидологических служб по профилактике самоубийств среди детей и подростков, проживающих в отдаленных и труднодоступных районах страны; 4) программ обучения врачей-педиатров, педагогов, воспитателей дошкольных учреждений, других специалистов, профессионально работающих с детьми и подростками, навыкам раннего распознавания у них признаков суицидального поведения;

1.3. при осуществлении модернизации системы здравоохранения провести мониторинг организации оказания на федеральном и региональном уровнях психиатрической помощи детям и подросткам, пережившим попытку суицида, и на его основе разработать и реализовать комплекс мер по повышению доступности и качества специализированных услуг несовершеннолетним;

1.4. обеспечить в психиатрической службе установку телефонов доверия и организацию выезда бригад психиатров и психологов для оказания экстренной специализированной помощи несовершеннолетним, имеющим склонность к суицидальным актам;

1.5. обеспечить отражение в официальных формах статистической отчетности сведений о попытках самоубийств (незавершенных суицидах) детей и подростков и их мотивах, создать единую федеральную систему учета завершенных случаев и попыток суицида детей и подростков с разбивкой по возрастным группам;

1.6. разработать и внедрить в учреждениях общего образования учебную программу «Медиабезопасность детей и подростков» в целях формирования у детей навыков безопасного пользования Интернетом и иными информационно-телекоммуникационными сетями, профилактики негативного влияния современных информационных технологий на психику детей и подростков;

1.7. обеспечить разработку действенных организационно-правовых механизмов ограничения и контроля распространения через СМИ, Интернет и иные информационно-телекоммуникационные сети общего пользования материалов, пропагандирующих суицидальные формы поведения, содержащих рекомендации по подготовке и осуществлению самоубийств;

1.8. обеспечить достаточное число ставок психологов в образовательных учреждениях, имеющих специальную подготовку для профилактики суицидального поведения детей и подростков;

1.9. разработать и внедрить критерии оценки эффективности профилактики суицидов среди обучающихся в качестве показателей результативности деятельности психологических служб в образовательных учреждениях и по месту жительства несовершеннолетних;

1.10. обеспечить организацию системной социально-психологической работы с детьми из семей, находящихся в социально опасном состоянии, направленной на устранение отрицательных последствий внутрисемейных конфликтов;

1.11. в субъектах Российской Федерации с участием руководителей органов управления образования и образовательных учреждений, руководителей других заинтересованных субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, уполномоченных по правам ребенка организовать проведение межведомственных совещаний по проблемам профилактики суицидов среди детей и подростков;

1.12. разработать комплекс профилактических мер, направленных на предотвращение суицидов, в том числе на повышение эффективности в общеобразовательных учреждениях индивидуальной работы с несовершеннолетними и их родителями, совершенствование форм просветительской работы среди несовершеннолетних и их родителей;

Реализация перечисленных выше предложений, как показывает опыт профилактической и реабилитационной работы в области предупреждения распространения суицидального поведения в детской и подростковой среде, позволит повысить эффективность указанной работы, переломить неблагоприятную ситуацию в указанной сфере, выполнить международные обязательства России.

6.4. Социальные меры

Суицидогенные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по психологии и социальной работе. Требуется

разработка масштабных социальных программ, чтобы добиться позитивных сдвигов в общественных отношениях на микро, и макросоциальных уровнях.

Роль СМИ. Неграмотно преподнесенный в средствах массовой информации материал о случае самоубийства может спровоцировать суицидальные действия, особенно среди подростков.

Это обстоятельство не означает, что говорить и писать о самоубийстве нельзя, однако подобная задача требует корректности. Очень важно избегать в изложении материала сенсационности, которая преподносит позицию жертвы как мужественную и желательную. Не должно быть фотографий, детального описания метода суицида или освещения самоубийства как необъяснимого, романтического или загадочного действия. Очень важно осветить психосоциальные обстоятельства и их роль в принятии решения о смерти. Следует прояснить возможную роль психических заболеваний, таких как депрессия, злоупотребление алкоголем или наркотиками, и подчеркнуть факт, что их вполне можно излечить. Следует представить рекомендации о возможности исправления сложной жизненной ситуации и предостеречь других от совершения актов саморазрушения. Самое главное — избегать формирования образа мученика, прославления самоубийства и создания ореола таинственности (Вассерман Д., 2005).

Контроль окружающей среды. Меры в отношении окружающей среды, такие как усиление контроля за владением огнестрельным оружием, детоксикация бытового газа, снижение токсичности автомобильных выхлопов, контроль доступности токсических веществ, включая лекарственные препараты, показали их отчетливую эффективность в суицидальной превенции. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения предложила ряд других мероприятий под рубрикой «другие меры», куда вошли такие подходы, например, как ограждение высотных зданий и мостов.

Глава 7. Кризисная психотерапия

7.1. Основные этапы и общие принципы

Г.В.Старшенбаум и А.Г. Амбрумова выделили следующие *этапы* кризисной психотерапии (Старшенбаум Г.В., 2005):

1. Кризисная поддержка (установление контакта, эмоциональная поддержка).
2. Кризисное вмешательство (проблемно-ориентированное консультирование, поиск конструктивных способов решения кризисной проблемы или изменение отношения к ней).
3. Повышение уровня адаптации (помощь в личностном росте, групповые формы работы).

К *общим принципам* кризисной психотерапии относят:

1. Позиция консультанта должна быть более активной. Большая часть депрессивных и помышляющих о суициде людей не отдаёт себе отчета в ограниченности и иррациональности своего мышления, равно как и в том, что им требуется помощь. За психологической помощью обращается менее одной трети таких людей. Необходимо убеждать их в необходимости работать с проблемой, предлагать альтернативные варианты поведения.

2. Стремиться уменьшить душевную боль, страдания, а не уговаривать отказаться от суицида или спорить о смысле жизни. Лекции о ценности жизни только разрушают контакт с пациентом.

3. Обеспечить наблюдение и контроль за пациентом. Необходимо сказать лицам из ближайшего окружения суицидента о необходимости контроля. В медицинских учреждениях обязательным является изъятие нередко находящихся на руках у больного упаковок с самыми различными лекарствами.

4. Не брать на себя всю ответственность за выход из кризисного состояния. Не предлагать неоправданных утешений. Помнить о том, что есть граница усилий психолога.

5. Необходимо оставаться в рамках актуальной ситуации и не затрагивать нерешенные в прошлом проблемы, всплывающие под воздействием состояния и подавляющие клиента своей тяжестью. Сконцентрируйте внимание на последних 1,5 месяцах.

6. Длительность психологической помощи. Необходимо провести различие между:

а) индивидами, которые продемонстрировали относительно стабильное приспособление, но были истощены каким-то острым стрессом; они составляют около 35–40% от всех людей, попадающих в поле зрения больниц и центров профилактики суицидов, и

б) индивидами, которые раньше были плохо приспособлены и для которых текущий суицидный кризис означает усугубление существующих проблем; эти люди составляют 60–65% от общего числа людей, предпринимающих попытки суицида.

В первом случае кризисного вмешательства обычно бывает достаточно, чтобы помочь человеку восстановить душевное равновесие. Для людей из второй группы с учётом их стиля жизни, состоящего в «сползании из кризиса в кризис», необходимо проведение более длительной терапии.

7. Внимательное оформление документации.

Эта документация к сожалению, в дальнейшем может стать материалом юридического характера. В ней аргументировано должны быть отражены степень суицидального риска и характер оказанной помощи.

7.2. Задачи консультанта

Во время первого контакта перед консультантом стоит несколько *задач* (Амбрумова А.Г., Полеев А.М., 1986; Старшенбаум Г.В., 2005):

1. Установление доверительного контакта. Важно, чтобы клиент почувствовал наше сильное желание помочь ему, заинтересованность его личностью и судьбой, симпатию к нему. Сопереживание уменьшает выраженное при суицидальных состояниях чувство одиночества. Полезно дотронуться до клиента, положить ему руку на плечо или предплечье, погладить руку.

Мастерство кризисного психотерапевта состоит в том, чтобы «разговорить» пациента и дать ему возможность подробно рассказать о травмирующих переживаниях. В этих случаях можно отступить от принятого в психотерапии правила 50-минутной продолжительности одной встречи, встреча может продолжаться дольше.

2. Понимание основной проблемы. Понять, какая проблема больше всего мучает пациента, поиск альтернативных вариантов решения проблемы. Демонстрация проблемы с других точек зрения.

3. Оценка суицидального риска.

4. Оценка и мобилизация ресурсов клиента. Во время беседы о суицидальном поведении важно выявление не только суицидальных, но и антисуицидальных факторов. Это может быть использовано для психотерапии – «дети – да, на детей сильно влияет...»).

Важно знать, что клиент уже сам пытался сделать для разрешения проблемы (чтобы не говорить уже известные вещи – «как уже пыталась повлиять на мужа?»).

Куда обращался и с каким результатом?

Если клиент способен адекватно реагировать на консультанта, принимать его предложения, это знак, внушающий надежду. Несмотря на то, что клиенты могут считать себя беспомощными, у людей с суицидными наклонностями есть много возможностей и сильных сторон, в том числе помощь родственников и друзей. Задача консультанта выяснить и активизировать эти ресурсы.

Важно не преувеличить ресурсы клиента, не призывать его сделать больше, чем в его силах, это может ухудшить состояние.

Что помогало справляться с предыдущими сложностями?

Что ценно для этого человека, есть ли люди и ситуации которые его еще волнуют. Здесь очень важно отслеживать поведение, любой признак эмоционального оживления поможет найти необходимый ресурс для создания альтернативы смерти. Это может быть: он сам, семья, любимый человек, карьера, воспоминания из прошлого и т.д. – все, что может способствовать поддержке суицидента.

5. Выработка вместе с клиентом плана выхода из кризиса, альтернативы самоубийству. В большинство планов входит ряд последующих консультаций. При работе с суицидной ситуацией необходимо оставаться строго в рамках актуальной ситуации и не затрагивать нерешенные в прошлом проблемы, всплывающие под воздействием состояния и подавляющие клиента своей тяжестью. Сконцентрируйте внимание на последних 1,5 месяцах.

Использование той или иной психотерапевтической методики в основном зависит от уровня овладения и предпочтений специалиста (Войцех В.Ф., 2008).

7.3. Экзистенциальный подход

Основными целями экзистенциального подхода являются:

Помочь клиентам в понимании их внутренних конфликтов с учетом наличия предельных экзистенциальных проблем, связанных со смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью. В процессе психотерапии рассматриваются установки клиента по отношению к этим универсальным обстоятельствам жизни, в которых и скрыты корни наших психологических проблем.

Помочь человеку найти смысл в своих действиях, своей жизни и в своём страдании.

Помогать клиенту осознать как можно большее число выборов, которые он может сделать, и следовательно, обрести большую свободу.

Помочь человеку научиться лучше осознавать, как он сам себя ограничивает.

Помочь клиенту обрести более ясное самопонимание.

Естественная смерть рано или поздно настигает каждого, однако умереть достойно – это один из самых трудных жизненных подвигов. Достойно – значит не поддаваясь панике, проявляя смирение, не ускоряя смерть, даже если вынести то, что преподносит жизнь крайне тяжело. Если человек сумеет превозмочь боль и страдания, достойная смерть может стать венцом его жизни.

По мнению В. Франкла (1999) люди могут выбирать, как им отвечать на страдание. Например, смертельно больные люди могут видеть в жизни смысл до последнего момента, если они принимают брошенный им судьбой вызов и страдают мужественно. Франкл цитирует Гете: «Не существует такого затруднительного положения, которое мы не могли бы облагородить либо деянием, либо терпением».

Некоторые люди могут возвыситься до вызова страданию и способны духовно обогащаться и укрепляться благодаря ему. Хотя люди порой оказываются беспомощными жертвами судьбы, они могут реализовывать свою внутреннюю свободу с целью превращения затруднительных положений в достижения на человеческом уровне.

Экзистенциальная терапия выступает за реалистичный взгляд на жизнь и принятие многих обстоятельств как заданных, неизбежных. Она эффективна в случае резких изменений в жизни, при потере близких людей, суицидальных намерениях.

7.4. Когнитивный подход

Включает в себя помощь пациенту в осознании того, что острый дистресс повреждает его способность правильно оценивать ситуацию и выбирать среди возможных альтернативов; коррекцию иррациональных суждений, отделение конкретных затруднений от чрезмерного обобщения всей кризисной ситуации.

Суицидент обычно выходит за рамки конкретных жизненных обстоятельств, оценивает более широкую и отдаленную жизненную ситуацию, негативно прогнозирует свое будущее, думает не только о капитуляции в данной конкретной ситуации, но о своем жизненном крахе в целом. Отсюда задача консультанта убедить клиента в том, что отдельная неудача в одной из жизненных сфер не означает, что в жизни больше не будет ничего хорошего.

Мартин Селигман предложил понятие депрессогенного атрибутивного стиля - типичных способов, при помощи которых склонные к депрессии индивиды объясняют причины негативных событий в своей жизни. Причины, приписываемые происходящим событиям, различаются тремя параметрами: стабильностью-нестабильностью, глобальностью-специфичностью и интернальностью-экстернальностью.

Стабильные причины с продолжительным во времени фактором («Это никогда не закончится»), в то время как нестабильные причины являются кратковременными, преходящими («Это временное явление»).

Глобальные причины влияют на многие области жизнедеятельности («Это может разрушить все, что я делаю»), в то время как специфические причины ограничены по своему влиянию («Это никак не повлияет на мою жизнь»).

Наконец, интернальные причины связаны с самим индивидом («Я виноват в том, что случилось»), в то время как экстернальные причины - с другими людьми и обстоятельствами («Все произошло из-за случайного стечения обстоятельств»).

Негативный или депрессогенный атрибутивный стиль проявляется в том, что негативные жизненные события человек объясняет стабильными, глобальными и интернальными причинами, в то время как позитивные события - нестабильными, специфическими и экспериментальными. Например, полученную на экзамене низкую оценку (негативное событие) депрессивный студент объясняет своими «низкими способностями» (стабильная глобальная интернальная причина), в то время как высокую оценку (позитивное событие) - «случайностью» (нестабильная специфическая экстернальная причина) (цит. по Зотову М.В., 2006).

Страдания не напрасны – человек может выйти из кризиса не таким каким был до него, а более мудрым и стойким. Полезно рассмотреть горе как процесс личностного роста. Неудачи и отступления в жизни неизбежны, это сигнал о том, что необходимо остановиться, обдумать ситуацию и собраться с силами.

7.5. Групповая кризисная терапия

Применяется на 3 этапе кризисной помощи – этапе повышения адаптационных возможностей личности. Вовлечение в совместную деятельность способствует возрастанию активности поведения. Включение в группы психологического тренинга показано при уменьшении острого аффективного напряжения (иначе выпадает из групповой работы и еще больше чувствует свою отгороженность). Особенно показан данный вид терапии пациентам с ригидными поведенческими стереотипами, характерными для личностей инфантильного склада (Старшенбаум Г. В., 1987, 2005).

7.6. Помощь при импульсивном парасуицидальном (самоповреждающем) поведении

Нанесение самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения эмоционального напряжения. Отмечается у 25–40% лиц, госпитализированных в связи с попытками суицида, больше распространены среди лиц подросткового возраста. Возникают быстро, под влиянием ситуационных, «сиюминутных» побуждений. Часто это спонтанная реакция на межличностный конфликт. Импульсивные парасуициды часто происходят в местах присутствия

других людей, что повышает вероятность оказания своевременной помощи.

По сравнению с пациентами с истинным суицидальным поведением, они обнаруживают меньший уровень депрессии и безнадежности, низкий самоконтроль, высокий уровень агрессии и импульсивности. Импульсивные парасуициды наиболее характерны для лиц с эмоционально неустойчивым и диссоциальным расстройством личности.

Самоповреждающие действия способствуют кратковременному облегчению состояния индивида, поэтому они закрепляются. Лица, первоначально демонстрировавшие легкие формы самоповреждения, такие как поверхностные самопорезы или ожоги, в дальнейшем начинают использовать более тяжелые и опасные для жизни способы. У людей с повторяющимися самоповреждениями постепенно формируется привыкание к страху и боли, ассоциирующихся с суицидом, мысли о самоубийстве или самоповреждении начинают восприниматься как привычные, теряется страх перед негативными социальными последствиями самоубийства.

1% пациентов, госпитализированных в связи с самоповреждающим поведением, совершают завершённый суицид в течение года и 3–5% — в течение последующих пяти лет.

Основными задачами коррекционных воздействий должны быть формирование у пациентов навыков регуляции эмоциональных реакций, повышение уровня их толерантности к негативным переживаниям, повышение способности к произвольному контролю поведения (Зотов М.В., 2006).

Программированный контроль знаний

Вопрос 1. К фактору, уменьшающему риск суицида можно отнести следующий:

- 1) Благополучная семья
- 2) Отсутствие в преморбиде психических расстройств
- 3) Материальная обеспеченность
- 4) Религиозность

Вопрос 2. В каком пункте указана форма поведения, используемая людьми для привлечения к себе внимания тех, кто для них значим:

- 1) Расщепление
- 2) Парасуицид
- 3) Эксгибиционизм
- 4) Деиндивидуация

Вопросы 3-14. Ниже приводятся утверждения о суицидальном поведении. Одни из них соответствуют фактическому положению дел, другие представляют собой распространенные мифы, являющиеся ловушками для консультанта. Оцените каждое из утверждений как 1 — факт, 2 — миф.

Вопрос 3. Если человек говорит о самоубийстве, он его не совершит.

Вопрос 4. Все самоубийцы — психически больные люди.

Вопрос 5. Из десяти человек, покончивших с собой, восемь вполне определенно предупреждали о своих намерениях.

Вопрос 6. Суицидальные намерения представляют собой твердое решение человека покончить с собой.

Вопрос 7. Улучшение, наступающее вслед за суицидальным кризисом, означает, что угроза самоубийства миновала.

Вопрос 8. Чаще всего решение о самоубийстве не однозначно.

Вопрос 9. Настоящие самоубийцы не предупреждают о своих намерениях.

Вопрос 10. Большинство самоубийств происходит в течение примерно трех месяцев после минования кризиса и начала улучшения, когда появляется энергия для реализации намерений.

Вопрос 11. Самоубийства чаще случаются в среде богатых или, наоборот, очень бедных людей.

Вопрос 12. Находящийся в суицидальном состоянии человек предупреждает и подает множество сигналов о своих намерениях.

Вопрос 13. Человек в суицидальном состоянии глубоко несчастен, но отнюдь не обязательно болен.

Вопрос 14. Уровень самоубийств одинаков во всех социально-экономических слоях общества.

Вопрос 15. Какое из утверждений верно передает содержание понятия “парадоксальный суицид”:

- 1) Совершенный во время маниакального эпизода
- 2) Совершенный в период интермиссии
- 3) Совершенный на высоте депрессивного эпизода необычным, вычурным способом
- 4) Совершенный на выходе из депрессии

Вопрос 16. Что из приведенного лучше объясняет повышенную опасность “парадоксального суицида”:

1. Факт наличия аффективного расстройства переживается особенно тяжело
2. Увеличиваются энергия и мотивация, которых не доставало на высоте депрессивного эпизода

3. Парадоксальный эффект действия антидепрессантов в виде углубления депрессии

4. Страх социальной и профессиональной дискриминации как “сумасшедшего”

Вопрос 17. Какое из утверждений является распространенным ошибочным мнением о суициде:

1. Покушающийся на свою жизнь человек несчастен, но не обязательно болен

2. Менее вероятен у тех, кто сообщает другим о своем намерении

3. Часто встречается у членов одной семьи

4. Оказывается завершённым чаще у мужчин

Вопрос 18. В службу телефонной помощи звонит 42-летний мужчина с вопросом о том, куда и кому он мог бы раздать или передать свое имущество. Достаточно высока вероятность того, что он:

1) Страдает шизофренией

2) Дементен

3) Решил покончить с собой

Вопрос 19. В какой из групп людей суицидальный риск меньше, чем в остальных:

1) Холостых

2) Разведенных

3) Состоящих в браке

4) Вдов и вдовцов

Вопрос 20. К эстетической категории суицидального поведения относится:

1) место суицида;

2) время суицида;

3) способ суицида;

4) длительность суицида;

5) значимость суицида.

Вопрос 21. Аддиктивные парасуицидальные попытки совершаются с целью:

- 1) привлечения внимания к собственной персоне;
- 2) вывести себя из состояния безэмоциональности и скуки;
- 3) безболезненно уйти из жизни;
- 4) уйти из жизни при тайных обстоятельствах;
- 5) уйти из жизни ради блага человечества.

Вопрос 22. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:

- 1) групповые способы суицидального поведения;
- 2) недемонстративные способы суицидального поведения;
- 3) недемонстративные способы парасуицидального поведения;
- 4) демонстративные способы суицидального поведения;
- 5) демонстративные способы парасуицидального поведения.

Вопрос 23. Суицидальное поведение наиболее распространено у представителей:

- 1) азиатской культуры;
- 2) тюркской группы;
- 3) североамериканской культуры;
- 4) латиноамериканской культуры;
- 5) финно-угорской группы.

Вопрос 24. Завершенные суициды чаще встречаются у:

- 1) женщин;
- 2) мужчин;
- 3) женщин с гиперролевым поведением;
- 4) мужчин с фемининным поведением;
- 5) не имеет гендерных различий.

Вопрос 25. Что из перечисленного входит в число факторов, повышающих риск самоубийства:

1. Переживание утраты или разрыва близких отношений
2. Переживание актуальных или ожидаемых изменений состояния здоровья или условий жизни (старение, уход на пенсию, финансовые проблемы и др.)

3. Болезни с выраженным болевым синдромом и/или утратой трудоспособности
4. Злоупотребление психоактивными веществами или зависимость от них
5. Депрессия
6. Случаи самоубийства в семье
7. Наличие суицидального поведения в анамнезе
8. Все перечисленное
9. Все, кроме указанного в пп.3 и 7

Вопрос 26. О суицидальной настроенности может свидетельствовать:

1. Свертывание отношений, сужение круга общения, отчужденность
2. Высказываемое чувство одиночества, изоляции
3. Мысли о способах самоубийства
4. Поведение, указывающее на подведение итогов жизни
5. Переживание жизненного проигрыша, утрата веры в себя, чувство безнадежности
6. Сосредоточенность на проблемах, не имеющих видимых решений
7. Выражение отсутствия поддерживающих жизнь философии/веры
8. Все отмеченное
9. Все, кроме приведенного в пп.1 и 2

Вопрос 27. Основным методом психологической помощи при суицидальном поведении является:

- 1) бихевиоральная психотерапия;
- 2) аутотренинг;
- 3) гипноз;
- 4) метод биологически обратной связи;
- 5) экзистенциальная психотерапия.

Вопрос 28. При каком из перечисленных расстройств чаще всего выявляется семейная отягощенность:

- 1) Деменция

- 2) Транссексуализм
- 3) Биполярное расстройство
- 4) Тревожно-фобические расстройства

Вопрос 29. Синдром болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*) вернее всего описан одним из утверждений:

1. Наблюдающаяся при тяжелых депрессиях и болезненно переживаемая утрата чувств к близким
2. Психическая нечувствительность к физической боли
3. Вызванная повреждением головного мозга неспособность воспринимать душевное состояние других людей
4. Защитная реакция у лиц с высоким уровнем эмпатии

Вопрос 30. В каком из пунктов содержится полное и верное описание депрессивной триады:

1. Снижение настроения — гипербулия — идеи малоценности
2. Снижение настроения — идеи самообвинения — усиление депрессии во второй половине дня
3. Снижение настроения — расторможение влечений — гипобулия
4. Снижение настроения — заторможенность мышления — двигательная заторможенность

Вопрос 31. Какое из перечисленных расстройств является аффективным:

- 1) Диссоциативное
- 2) Психотическое
- 3) Биполярное
- 4) Шизотипическое

Вопрос 32. То, что в МКБ–10 называется биполярным расстройством, раньше называлось:

- 1) Циклотимией
- 2) Дистимией
- 3) Маниакально-депрессивным психозом
- 4) Циклофренией

Вопрос 33. Женщина 34-х лет отмечает у себя в течение трех недель снижение настроения, выраженное снижение интереса ко всему, что раньше ее интересовало, чувство вины за то, что она неправильно воспитывает дочь, заторможенность, снижение аппетита, запоры, более чем двухнедельную задержку менструального цикла. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) Шизоаффективное расстройство
- 2) Дистимия
- 3) Циклотимия
- 4) Тяжелая депрессия

Вопрос 34. Исследователи предполагают, что сезонный характер депрессии может быть обусловлен изменениями биологических ритмов из-за сезонных вариаций:

- 1) Калорийности пищи
- 2) Температуры воздуха
- 3) Атмосферного давления
- 4) Солнечного освещения
- 5) Продукции в организме норэпинефрина

Вопрос 35. Что из перечисленного обычно входит в структуру депрессии:

- 1) Снижение аппетита
- 2) Диарея
- 3) Боли в области желудка
- 4) Снижение остроты зрения

Вопрос 36. В какой категории нарушений относятся нередкие при депрессии идеи самоуничижения:

- 1) Аффективные
- 2) Когнитивные
- 3) Поведенческие
- 4) Психосексуальные

Вопрос 37. “У меня все внутри рыдает, — говорит пациентка с депрессией, — но я не могу даже слезинки проронить”. Спустя некоторое время, уже в ходе терапии антидепрессантами, она

начинает горько, безутешно и подолгу плакать. Это следует расценивать как:

- 1) Углубление депрессии
- 2) Свидетельство неэффективности проводимого лечения
- 3) Признак улучшения состояния
- 4) Предвестник меланхолического раптусса

Вопрос 38. Женищина 28-ми лет обращается к сексопатологу с жалобами на отсутствие в течение последних 1,5–2-х месяцев полового влечения. Она явно угнетена и растеряна: “Все ведь так хорошо на самом деле. Я всегда мечтала похудеть и ничего не получалось. А тут вдруг аппетит перестал мучить, и я за эти полтора месяца сбросила 9 кг из своих 73-х. Так вот — на тебе: мне ничего не хочется. Причем, что интересно — меня это ужасно мучает с утра, просто гнетет, а к вечеру кажется, что все не так плохо”. О каком из перечисленных диагнозов следует думать в первую очередь:

- 1) Атипичная нервная анорексия
- 2) Психогенная реакция, вызванная утратой полового влечения
- 3) Депрессивный эпизод
- 4) Соматогенная депрессия

Вопрос 39. Какой из диагностических терминов описывает умеренно выраженные и сменяющие друг друга манию и депрессию:

- 1) Дистимия
- 2) Дисфория
- 3) Циклотимия
- 4) Циклофрения

Вопрос 40. Что из перечисленного определяет различия между циклотимией и биполярным расстройством:

- 1) Наследственность
- 2) Возраст начала
- 3) Связь с полом
- 4) Выраженность и длительность расстройств
- 5) Склонность к хронизации

Вопрос 41. То, что в современных классификациях обозначается как расстройства личности, раньше обозначалось как:

- 1) Девиантное поведение
- 2) Реактивные состояния
- 3) Конституционные психозы
- 4) Психопатии

Вопрос 42. Наличие дезадаптивных и ригидных личностных паттернов, ранее определявшихся как психопатии, в современных классификациях обозначается как:

- 1) Нарушения контроля
- 2) Акцентуации личности
- 3) Расстройства личности
- 4) Дефекты характера

Вопрос 43. Какому из расстройств личности присуще недостаточное уважение к моральным и правовым нормам:

- 1) Пограничное
- 2) Диссоциальное
- 3) Нарцисстическое
- 4) Пассивно-агрессивное

Вопрос 44. Симптоматика диссоциального расстройства личности включает в себя:

- 1) Клептоматическое поведение
- 2) Пассивно-оппозиционное поведение
- 3) Недостаточность коммуникативных навыков
- 4) Импульсивное и агрессивное поведение

Вопрос 45. Познавательные функции больного с депрессивными расстройствами часто характеризуются следующими проявлениями, кроме:

- 1) причудливых ассоциаций
- 2) суицидальных мыслей
- 3) навязчивых размышлений
- 4) нарушений концентрации внимания

5) нарушений памяти.

Вопрос 46. Хотя при депрессивном расстройстве встречается различный бред, наиболее часто отмечается бред:

- 1) не конгруэнтный аффекту
- 2) конгруэнтный аффекту
- 3) не связанный с аффектом
- 4) ни один из перечисленных.

Вопрос 47. Какой из типов психотерапии депрессивных пациентов обращается к выявлению дисфункциональных паттернов мышления, выяснению связей между мыслями и эмоциями, обучению замене дисфункциональных паттернов мышления на более продуктивные:

1. Гуманистическая
2. Психодинамическая
3. Поведенческая
4. Когнитивная

Вопрос 48. Решающее значение в установлении устойчивых терапевтических отношений с личностями пограничного типа имеет:

1. Способность психотерапевта к конфронтации
2. Владение психотерапевта навыками директивной психотерапии
3. Опыт пациента, показывающий, что терапевт в состоянии выдержать его агрессию и не отвергнуть его
4. Осознанная терапевтическая мотивированность пациента

49. По описанию определите тип личностного расстройства.

Межлические связи таких пациентов, хотя и интенсивны (панический страх одиночества), но одновременно нестабильны и могут быть внезапно оборваны (идеализация или девальвация партнера). В аффективной сфере преобладает гневливость или хроническая раздраженность, сочетающаяся с хроническим чувством опустошенности и скуки. Типичным является поведение, связанное с многообразными видами самоповреждения или самоубийства вследствие алкоголизации, злоупотребления

лекарствами, а также поступки, связанные с насилием и нарушением влечений (например, ограбление ларьков, разорительные азартные игры).

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные

Вопрос 50. Чувство вины характерно для психического состояния:

- 1) тревоги;
- 2) депрессии;
- 3) агрессии;
- 4) страха.

Вопрос 51. Для депрессивного больного характерно:

- 1) бледное маскообразное лицо;
- 2) богатая выразительная мимика лица;
- 3) асимметрия в мимических реакциях;
- 4) мимика скорби.

Вопрос 52. Девиантное поведение встречается:

- 1) только у психически здоровых;
- 2) только у психически больных;
- 3) только у лиц, находящихся в пограничном психическом состоянии;
- 4) и у психически здоровых, и у психически больных;
- 5) только у творческих личностей.

Часть II. Психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях

Введение

Чрезвычайная (экстремальная) ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

К ЧС относятся события, которые выходят за рамки обычного житейского опыта и могут вызвать стресс у каждого человека, вне зависимости от его прежнего опыта.

Психологическая помощь пострадавшим в критических ситуациях людям необходима для предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Она предполагает нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, которые оказывают столь разрушительное воздействие как на психические, так и на соматические функции человека. Основной задачей психологической помощи является актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств.

Главное содержание психологической травмы составляет утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю. Травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы

«водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия ЧС, как количество смертей, физических болезней и травм, то сейчас среди специалистов растет обеспокоенность их последствиями для психосоциального и душевного здоровья населения. Из людей, перенесших психотравму, примерно 80% нормально функционируют, а у 20% через некоторое время возникают те или иные проблемы в одной или нескольких сферах жизни: аффективной, психосоциальной, профессиональной, психосоматической (Пергаменщик и др., 1999). Незамедлительное психотерапевтическое вмешательство, как можно ближе по времени к перенесенной травме, позволяет предотвратить многие нежелательные последствия и переход процесса в хроническую форму.

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы.

В течение последнего десятилетия наблюдается увеличение различных ЧС и в особенности так называемых антропогенных, которые включают экологические, техногенные и социальные ЧС. Возрастание количества ЧС приводит к увеличению числа лиц с острой реакцией на стресс, равно как и числа вторичных жертв. Одновременно с этим имеет место накопление в социуме личностей с такими пролонгированными расстройствами, как посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации.

Глава 8. Подготовительные мероприятия

Оказание психолого-психиатрической помощи населению в первую очередь предполагает проведение подготовительных мероприятий, которые в итоге должны свести к минимуму число

жертв и материальный ущерб от ЧС. Необходимые мероприятия проводятся на федеральном, регионарном и локальном уровнях.

Мероприятия федерального уровня

1. Разработка и совершенствование концепции оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС.
2. Прогнозирование новых видов чрезвычайных ситуаций.
3. Формирование постоянных групп психолого-психиатрической помощи, которые в составе подразделений немедленного реагирования непосредственно участвуют в оказании помощи в очаге ЧС.
4. Изучение общих закономерностей течения психических расстройств, связанных ЧС, разработка новых методов их экспресс-диагностики и терапии.
5. Разработка критериев экспертной оценки психических расстройств, возникающих во время и после чрезвычайных ситуаций.
6. Организация курсов повышения квалификации врачей-психиатров, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи на местах, и издание научной и учебно-методической литературы по психиатрии, посвященной вопросам организации оказания помощи при ЧС.
7. Подготовка и проведение учений, имитирующих различные ЧС.

Мероприятия регионального уровня

1. Составление плана оказания помощи при ЧС, возникновение которых вероятно в данном регионе.
2. Организация общественной группы (штаба) психолого-психиатрической помощи.
3. Организация циклов повышения квалификации врачей-психиатров, ответственных за оказание психолого-психиатрической помощи.
4. Организация и участие в учениях.
5. Регулярное участие в проверке готовности соответствующих учреждений и служб к оказанию помощи при ЧС.

Организация работы на местном уровне. Для оказания при ЧС психолого-психиатрической помощи населению на местах в первую очередь представляется целесообразным выделение в

психоневрологических (психиатрических) учреждениях лиц, ответственных за проведение необходимых мероприятий и оказание соответствующей помощи. Как правило, ответственность за оказание помощи при ЧС возлагается на заместителя главного врача по гражданской обороне.

Заместитель главного врача по гражданской обороне должен составить план оказания помощи при ЧС, в котором следует осветить следующие вопросы:

1. Природные ЧС, которые могут иметь место в зоне обслуживания.
2. Учреждения с повышенным риском возникновения ЧС, находящиеся в регионе обслуживания.
3. Вероятное количество первичных и вторичных жертв при предполагаемой ЧС.

Кроме этого, ответственный по оказанию психолого-психиатрической помощи при ЧС должен предварительно определить группу психиатров и психологов, которые будут привлекаться для оказания специализированной помощи.

Необходимо также иметь план взаимодействия группы психолого-психиатрической помощи с врачами других специальностей, а также с другими специалистами, оказывающими помощь; какими силами будет оказываться амбулаторная психолого-психиатрическая помощь в очаге ЧС; какими учреждениями будет оказываться специализированная помощь и какими путями будут доставляться пострадавшие в стационар. Необходимо предварительно провести "временные" расчеты, которые определяют, через какое время пострадавшему будет оказана та или иная специализированная помощь. Лицо, ответственное за оказание помощи при ЧС, также должно определить, какие препараты, в каком количестве и какой форме могут понадобиться в очаге поражения и на более поздних этапах оказания помощи.

Представляется также необходимым:

1. Выделение объектов, которые требуют особого внимания (школы, дома-интернаты, больницы, роддома).
2. Использование СМИ для повышения осведомленности населения о последствиях ЧС и действиях, которые необходимо предпринимать.
3. Координация работы с другими неправительственными

организациями, принимающими участие в оказании помощи при ЧС (духовенство, благотворительные объединения, добровольцы).

Глава 9. Организация психолого-психиатрической помощи в эпицентре ЧС

При возникновении ЧС группа психолого-психиатрической помощи (федерального подчинения), помимо оперативной информации получает сведения о структуре психиатрической службы в регионе ЧС и степени ее оснащенности. Руководитель группы психолого-психиатрической помощи должен получить информацию (попытаться выяснить) о степени вовлеченности местных врачей в ЧС. Этот вопрос особенно актуален, так как ЧС воздействует на всех, кто соприкасается с ней. Следует отметить, что во время ЧС, в которые вовлекаются значительные массы населения (сильное землетрясение), поведение медицинских работников определяется императивом выжить и не отличается от поведения остальной части населения (Малкина-Пых И. Г., 2010).

Как правило, наиболее тяжелые эмоциональные и когнитивные нарушения имеют место в первые дни после катастрофы, когда наряду с перенесенным страхом наблюдаются реакции горя, вызванные потерями родственников, друзей, соседей, утраты жилища и имущества. Типичные для острого воздействия реакции в значительной степени снижают трудоспособность и качество профессиональной деятельности. Конфликт между ролью медицинского работника, его представлениями о деятельности по оказанию помощи и ролью члена семьи, в которой имеются жертвы, также значительно снижает трудоспособность медицинского работника в течение значительного периода после экстремального воздействия.

При развитии ЧС происходит (в той или иной степени) нарушение "медицинской" иерархической лестницы (главный врач, заведующий отделением, врач, медсестра) и нередко полностью подавляется инициатива к самостоятельной организации оказания помощи пострадавшим. Как правило, медицинские работники, пережившие воздействие ЧС, начинают работать как единая система

только после неоднократных настойчивых обращений к ним пострадавшего населения. Взаимодействие внутри пострадавшей группы медицинских работников обычно характеризуется сосредоточенностью на совместном обсуждении происшедшего, проявлением сочувствия к тем, кто пострадал больше, и они почти не выделяются из массы пострадавших (тем не менее медики стараются обсуждать свои проблемы только в своей среде). Врачи, впервые сталкивающиеся с большим числом пострадавших, нередко испытывают потрясение, растерянность, неуверенность в своем профессионализме. Целый ряд неотложных мероприятий они выполняют с грубыми ошибками, что может привести к тяжелым последствиям.

После прибытия врачей службы медицины катастроф медицинские работники, пережившие ЧС, активно вступать в контакт сами не стремятся, стараются уклониться от принятия самостоятельных решений и направляют пациентов к врачам службы медицины катастроф. Как показывает опыт, при ЧС медицинская служба эпицентра катастрофы по мере возможности должна быть представлена профессионалами-медиками, не пережившими ЧС. На первом этапе медицинские работники, пережившие ЧС, могут выступать в качестве лиц, обладающих информацией о местной медицинской инфраструктуре.

К медицинским работникам, пережившим ЧС, в первую очередь следует относиться как к пострадавшим, что подразумевает оказание необходимой медико-психологической и медицинской помощи. Их вовлечение в профессиональную деятельность (в зависимости от состояния) должно быть постепенным. На первых порах им следует поручать конкретные односложные задачи, которые не связаны с принятием ответственных самостоятельных решений.

С момента возникновения ЧС и до появления возможности оказания необходимой высококвалифицированной специализированной помощи проходит определенное время.

Условно, по объему оказываемой помощи выделяют три фазы:

1. Фаза изоляции. В зависимости от вида ЧС она может длиться от нескольких минут до нескольких часов. В этот период оказание помощи представителями медицинской службы по понятным

причинам невозможно. Поэтому в это время решающее значение приобретает умение и возможность оказывать само- и взаимопомощь.

2. Фаза спасения, длится от нескольких часов до нескольких дней. В это время медицинская помощь оказывается врачами службы скорой медицинской помощи и обученным персоналом.

3. Фаза специализированной медицинской помощи, когда появляется возможность оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

Врачи - члены группы психолого-психиатрической помощи по прибытии в эпицентр ЧС должны оценивать состояние пострадавших с учетом нескольких параметров:

1. Психическое состояние индивида - степень выраженности и вид острой реакции на стресс.

2. Общее состояние организма - глубина выраженности катаболического этапа шока.

3. Объем помощи, который был оказан пострадавшему во время фазы изоляции и фазы спасения.

До настоящего времени как для населения, так и для большинства лиц, оказывающих помощь пострадавшим при ЧС, функция членов группы психолого-психиатрической помощи остается малопонятной. Следовательно, представители психолого-психиатрической службы в очаге поражения должны не только выполнять возложенные на них функции, но и вести разъяснительную работу среди пострадавших и спасателей о роли и месте группы в общей системе оказания медицинской помощи. Необходимо также ознакомить с функциями этой группы и руководителей штаба оказания помощи, при этом следует сообщить им о том, какие признаки (жалобы) обнаруживаются у пострадавших и лиц, оказывающих им помощь.

Следует обратить внимание руководителей на то, что лица оказавшиеся в эпицентре ЧС, несмотря на свое физическое благополучие, страдают преходящим снижением интеллектуальных способностей, нарушением памяти и другими расстройствами, что затрудняет самостоятельно принимать те или иные ответственные решения. Все это необходимо знать руководителям различного уровня для правильного подбора кадров и ускорения ликвидации последствий ЧС.

Представитель психолого-психиатрической группы должен принимать участие во встречах руководителей спасательных организаций и местных лидеров с пострадавшим населением и их родственниками, с целью выявления лиц, которые в силу имеющихся у них временных расстройств сеют панику, распространяют тревожные, а иногда и не соответствующие действительности слухи.

В очаге поражения среди пострадавших (взрослое население) медицинские работники в первую очередь оказывают помощь лицам с физическими (химическими, радиационными и др.) видами поражения. На практике этим лицам психолого-психиатрическая помощь оказывает крайне редко и лишь в тех случаях, когда имеет место выраженное психомоторное возбуждение.

В очаге поражения также редко оказывается психолого-психиатрическая помощь лицам с физическими травмами, потерявшим родственников и/или понесшим большой материальный ущерб. Как правило, этим лицам психолого-психиатрическую помощь оказывают (в той или иной форме) на более поздних этапах, когда угроза соматического нездоровья исчезает.

Как показывает опыт, в эпицентре ЧС психолого-психиатрическая помощь наиболее часто оказывается:

1. Лицам с незначительными физическими травмами или без таковых, которые потеряли близких родственников и/или понесли большой материальный ущерб.

2. Лицам, не получившим физические повреждения (или имеющим незначительные физические повреждения), не потерявшим близких родственников и не понесшим большой материальный ущерб, но травмированных самим фактом возникновения ЧС.

Что касается лиц, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, то их поведение во время ЧС, как показывает практика, не отличается от поведения психически здоровых людей.

Как известно, лица со стрессовыми расстройствами самостоятельно крайне редко обращаются за психолого-психиатрической помощью, поэтому они редко попадают в поле зрения психотерапевта или психиатра. Исходя из вышеизложенного, важное значение во время ЧС и сразу же после нее приобретает вопрос о востребованности психолого-психиатрической помощи. В

связи с этим часть врачей - психиатров (психотерапевтов) должна работать в составе врачебной бригады общего профиля, которая осуществляет сортировку больных.

Врачи-психиатры (психотерапевты) также должны осуществлять амбулаторный прием. Как показывает практика, число обратившихся за психолого-психиатрической помощью при ЧС определяется не истинной потребностью в данного вида помощи, а местом расположения кабинета врача-психиатра. Поэтому необходимо тщательно продумать, где должен вести прием врач-психиатр (психотерапевт). В некоторых случаях целесообразно вести прием в том же здании (а по возможности в том же отсеке), где пострадавшим оказывают материальную помощь. В других случаях более оправдано вести амбулаторный прием в городской (районной поликлинике), так как часть населения с жалобами на "плохое самочувствие" нередко обращается именно туда.

Врачи-психиатры должны также осуществлять и выезды на дом. Однако при посещении на дому всегда следует заранее уведомить пострадавшего и его родственников и лишь после получения положительного ответа нанести визит.

К совместному осмотру пациентов местные врачи-психиатры должны привлекаться в зависимости от степени их вовлечения в ЧС. Участие местных врачей в осмотре пациентов облегчает вопрос преемственности лечения указанных контингентов, а также дает возможность участковому врачу-психиатру не принимать самостоятельно ответственных решений, что так затруднительно для него во время ЧС.

При осмотре пострадавших врач-психиатр в обязательном порядке (если позволяют обстоятельства) должен проводить общий осмотр. Такая необходимость обусловлена тем, что в части случаев последствия стрессового воздействия проявляются главным образом в соматической сфере в виде повышения давления, тахикардии, вегетативных проявлений и т.д. У женщин детородного возраста следует поинтересоваться, нет ли нарушений менструального цикла (внеочередные месячные или их задержка).

Необходимо выяснить принимает ли пострадавший в достаточном количестве пищу. Эти данные нужны для правильного выбора препарата и его дозы, так как эффективность медикамента,

проявление его побочных действий в значительной мере зависит от глубины белкового дисбаланса организма и степени его обезвоженности.

Как показывает опыт, отношение пострадавших к предлагаемой психофармакотерапии неоднозначное. Если обследуемый считает, что предлагаемые препараты направлены на нормализацию артериального давления, работы сердца, улучшение сна, восстановление работоспособности, снижение тревоги, то он их принимает. В части случаев, когда пострадавшие полагают, что препараты направлены на улучшение настроения они прекращают прием препаратов по моральным соображениям: "у меня большое горе - умер муж, следовательно, хорошее настроение - это не естественно".

Глава 10. Психические расстройства, связанные с тяжелым стрессом

Характерной чертой этой группы расстройств являются их отчетливая причинная связь с внешним стрессором (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). Во время или сразу после травмирующей ситуации многие люди становятся высокотревожными и депрессивными. Однако у некоторых тревога и депрессия сохраняются в течение длительного срока после выхода из данной ситуации. Эти люди могут страдать *острым стрессовым расстройством или посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)*, которые возникают как реакция на психологически травматичное событие. Обычно такое событие заключается в серьезном повреждении или угрозе повреждения — для самого человека, получившего психологическую травму, либо для его друга или члена семьи. В отличие от других тревожных расстройств, которые обычно вызываются ситуациями, не кажущимися большинству людей угрожающими, ситуации, вызывающие острое стрессовое расстройство или ПТСР (такие как сражение, изнасилование, землетрясение, крушение самолета), травматичны для каждого (Комер Р., 2002).

Согласно DSM-IV, если симптомы начинаются в течение четырех недель после травматического события и длятся менее месяца, этот паттерн диагностируется как *острое стрессовое расстройство*. Если симптомы сохраняются и через месяц, ставится диагноз ПТСР. Симптомы ПТСР могут появиться либо почти сразу же после травмирующего события, либо через месяцы, а то и годы после него. В некоторых случаях острое стрессовое расстройство переходит в ПТСР. Помимо разницы во времени появления и продолжительности, симптомы двух этих тревожных расстройств почти идентичны (Комер Р., 2002):

1. *Переживание травматического события*. У людей могут быть повторяющиеся воспоминания, мысли, кошмары, касающиеся этого события. Некоторые так живо переживают это событие в мыслях («обратный кадр»), что им кажется: они вернулись в травматическую ситуацию.

2. *Избегание*. Как правило, люди начинают избегать деятельности, напоминающей им о травматическом событии, и пытаются уклоняться от связанных с ним мыслей, чувств и разговоров.

3. *Сниженная чувствительность*. Люди могут чувствовать оторванность от других или потерять интерес к тому, что раньше приносило радость. Они также могут потерять способность переживать такие глубокие чувства, как нежность и сексуальность. У некоторых даже встречаются симптомы *диссоциации*, или психологического отделения; на них находит оцепенение, они испытывают трудности с памятью или ощущают, что все вокруг них является странным или нереальным.

4. *Возросшее возбуждение, тревога и чувство вины*. Люди с этими расстройствами могут чувствовать чрезмерную напряженность, легко пугаются. У них развиваются проблемы со сном и трудности с концентрацией внимания. Они могут испытывать сильное чувство вины, связанное с тем, что они пережили травматическое событие, а другие люди погибли. Некоторые также могут чувствовать себя виновными в том, что им пришлось сделать, чтобы выжить.

Выделение ПТСР не является общепризнанным. Некоторые авторы считают ПТСР вариантом панического расстройства, другие – вариантом диссоциативных нарушений.

Диссоциация (расщепление, разделение) – процесс, посредством которого психические функции, обычно интегрированные с другими функциями, действуют обособленно и находятся вне сферы сознательного контроля.

Шизофреническое расщепление личности отличается от диссоциативных расстройств большей грубостью, выраженным нарушением самосознания.

К диссоциативным феноменам относят деперсонализацию, при которой пациенту кажется, что он теряет реальность ощущения своего тела, потерял свои эмоции, свое «я», обезличился. Человека в состоянии деперсонализации сравнивают с гусеницей, которая сохранив свои гусеничные понятия и воспоминания, превратилась в бабочку с чувствами и ощущениями бабочки. Между старым и новым, между «я» гусеницы и «я» бабочки зияет глубокая пропасть.

Сознание «я» наличествует во всех событиях психической жизни. В форме «я мыслю» оно сопровождает все восприятия, представления и мысли. Любое проявление психического несет в себе этот особый аспект принадлежности «мне», данное качество психики называется персонализацией. Когда проявления психического сопровождаются осознанием того, что они не принадлежат мне, чужды, автоматичны, существуют сами по себе, мы имеем дело с феноменом деперсонализации.

Диссоциативные феномены расположены вдоль континуума «норма – патология» и выражаются либо в кратковременных состояниях, либо в серьезной психопатологии. Например, иногда во время разговора мы замечаем, что говорим словно автоматически, мы в это время наблюдаем за собой и слушаем себя как бы со стороны. Если такое раздвоение длится недолго, то течение мыслей не нарушается и мы переживаем раздвоенность собственной личности без психических расстройств.

В первые мгновения травматического события многие люди не в состоянии воспринять целостную картину происходящего. Диссоциативное нарушение является сущностью психического оцепенения при травматическом синдроме. «Если я не буду ничего

чувствовать, смерть не наступит». В этом случае сенсорные и эмоциональные элементы события не интегрируются и не в полной мере осознаются.

Фрагментация травматического опыта – одна из причин развития ПТСР. Навязчивые воспоминания, ночные кошмары, флэшбэк-эффекты – это драматическое выражение диссоциированных воспоминаний, связанных с травмой.

Острое или посттравматическое стрессовое расстройство возникает в любом возрасте, даже в детстве, и может мешать личной, семейной, социальной или профессиональной жизни человека. Эти расстройства в два раза чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, стрессовое расстройство после серьезной травмы формируется примерно у 20% женщин и только у 8 % мужчин.

Причиной возникновения одного из стрессовых расстройств может служить любое травматическое событие, но некоторые из них особенно опасны в этом отношении. Среди наиболее распространенных причин можно назвать боевые действия, террористические акты, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, изнасилование, пожар, пытки.

При пытках насилие может быть как физическим (побои, ранения, сексуальное насилие), так и психологическим, вызывающим у человека непереносимые эффекты (например, его заставляют смотреть на пытки и казнь близких, лишают сна, долго держат в одиночестве). В ситуации пытки человек находится полностью во власти палачей. Декларируемая цель пытки — вырвать признание и получить информацию — обычно лишь поверхностный слой. Глубинная же цель — это унижение жертвы, подавление чувства её достоинства, превращение человека в беспомощное, сломленное существо. После второй мировой войны наиболее высокий риск психических расстройств был отмечен у военнопленных, прошедших через японские и корейские лагеря и тюрьмы, что объясняют экстремальными условиями на грани выживания.

После утраты близких в результате землетрясений отмечается убежденность в том, что погибшие на самом деле живы, бегство от места трагедии, поведение с чертами инфантильности, застывание у

места трагедии и отказ его покинуть. Подобные же реакции возникают при внезапной смерти близкого.

Особую картину представляют собой состояния, наблюдаемые после близкого разрыва снаряда или сильного страха в ходе боевых действий. В типичном виде они сопровождаются затяжным пассивным или негативистичным ступором с мутизмом, полной обездвиженностью, нечувствительностью к боли, неспособностью принимать пищу и контролировать физиологические отправления, полным отсутствием сознания вначале, дезориентировкой в месте и времени и безучастностью к своей судьбе позднее. Все функции сознания и моторики восстанавливаются медленно.

Американцы изучали частоту различных травматических ситуаций и выяснили, что чаще всего встречаются несчастные случаи, пожар или другое стихийное бедствие, значительно реже изнасилование, война и плохое обращение в детстве, однако частота развития ПТСР значительно больше именно в трех последних случаях.

10.1. Острая реакция на стресс

Симптомы острой реакция на стресс развиваются в течение часа после психотравмы и обычно проходят через несколько часов или дней.

В начале воздействия стрессора наблюдаются переживания ужаса, отчаяния, сужение сознания, двигательная заторможенность или бесцельное метание, бледность или покраснение кожи, потливость, сердцебиение. Воспоминания об этом периоде нередко не сохраняются, т.е. наступает ретроградная амнезия.

Клиническая картина полиморфна и калейдоскопична: состояние оглушенности может сочетаться с депрессией, тревогой, гневом, гиперактивностью и отгороженностью.

Как правило, такие пациенты редко попадают в поле зрения психиатров, они редко обращаются за помощью, так как им трудно принять на себя роль пациента: считают, что сами должны выкинуть воспоминания из головы, не считают свои страхи болезнью; либо, наоборот – считают, что последовавшие за травмой расстройства лежат вне сферы их контроля. В значительном числе случаев затем наступает спонтанное излечение.

Даже если приходят на прием, то часто «обрывают» терапию, особенно лица с интенсивными флэшбэками.

Правила первой психологической помощи (Ромек В.Г. с соавт., 2004):

1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения.

2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший.

5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

12. Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

В динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций выделяют следующие последовательные фазы (Решетников М.М. с соавт., 1989):

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны

желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов, нарастают явления переутомления. Средние показатели физической и умственной работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, восстанавливаются нормальные сновидения. Можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

В 1991 году Американская Ассоциация Психологов и Американский Красный Крест создали Сеть Реагирования в случаях катастроф для обеспечения немедленной психологической помощи после катастрофы. В Сеть входят более чем 2 500 добровольцев-психологов, организующих бесплатные службы скорой психологической помощи на местах катастроф по всей Северной Америке (Комер Р., 2002).

Войдя в Сеть Реагирования, добровольцы — специалисты по психическому здоровью — могут непосредственно помогать выжившим справиться со своими психологическими трудностями. Они часто используют подход, состоящий из четырех ступеней:

1. Нормализация реакций людей на катастрофу. Консультанты предоставляют людям сведения о симптомах, которые могут у них возникнуть: например, проблемы со сном, трудности с концентрацией внимания или ощущение горя. По существу, людям дается разрешение иметь эти симптомы; им говорится, что это нормальные реакции на катастрофу.

2. Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций. Чтобы снизить тревогу, гнев и фрустрацию консультанты помогают выговориться о своих переживаниях.

3. Обучение навыкам самопомощи. Общественные специалисты помогают выжившим формировать такие навыки самопомощи, как умение справляться со стрессом.

4. Обеспечение помощи. В конце концов добровольцы могут направлять выживших к другим специалистам, которые способны обеспечить долговременную консультацию.

Иногда потрясение от критической ситуации настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать, решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке (Малкина-Пых И. Г., 2010).

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;

- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);

- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации рекомендуется:

1. Использовать прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолировать пострадавшего от окружающих.

3. Говорить спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

4. Не спорить с пострадавшим, не задавать вопросов.

5. Помнить, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением. Проявление злости или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

При наличии признаков агрессии рекомендуется:

1. Свести к минимуму количество окружающих.

2. Дать пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться).

3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

После экстремальной ситуации нередко появляется неконтролируемая нервная дрожь. Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

5. Нельзя:

- обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
- укрывать пострадавшего чем-то теплым;
- успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Возможно также возникновение истерического припадка, который может длиться несколько минут или несколько часов. Его основные признаки:

- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.
2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).
3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).
4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.
5. Не потакайте желаниям пострадавшего (Малкина-Пых И. Г., 2010).

10.2. Факторы риска развития ПТСР

Распространенность ПТСР колеблется от 10% у свидетелей события до 95% среди тяжело пострадавших. Риск развития ПТСР среди раненых и калек выше, чем среди физически здоровых ветеранов. Тяжелые проявления ПТСР развиваются у детей, которые являются свидетелями насилия по отношению к близкому родственнику.

Случаи ПТСР в мирное время составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997).

Важными факторами, способствующими развитию ПТСР, являются:

- внезапность возникновения экстремальной ситуации;
- тяжесть травматического события;
- продолжительность пребывания в стрессовых условиях;
- принадлежность к младшей или старшей возрастной группе: копинг- механизмы не сформированы у детей и ригидны у пожилых (после тяжелых ожогов ПТСР развивается в 80% случаев у детей и лишь в 30% у взрослых);
- наличие сопутствующих заболеваний, особенно травм головы;
- непопулярность войны;
- отсутствие социальной поддержки (важнее при не боевых психотравмах).

Обнаружена и негативная роль социальной поддержки на распространенность и тяжесть ПТСР. Вторичная выгода от болезни (финансовая компенсация, состояние "особой значимости") может способствовать фиксации проявлений заболевания.

Хотя каждый испытавший сильную травму ощущает на себе ее воздействие, лишь у некоторых людей развивается ПТСР. Исследователи выявили, что травматическое событие вызывает такие изменения в мозге и всем организме, которые могут вести к стрессовым расстройствам. Например, они обнаружили аномальную активность медиатора норэпинефрина, а также гормон кортизол в моче и крови солдат, участвовавших в военных действиях, изнасилованных женщин, людей, выживших в концентрационных лагерях или подвергнувшихся иному сильному стрессу. Возможно, что люди, чьи биохимические реакции на стресс особенно сильны,

более склонны, чем другие, к формированию ПТСР. Клиницисты предполагают, что у определенных людей возникают такие необычно сильные биологические реакции в связи с врожденной генетической предрасположенностью к этому (Комер Р., 2002).

Согласно *психоаналитической гипотезе*, симптомы ПТСР являются следствием оживления травмой неразрешенных конфликтов раннего детства. Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на 3-м году жизни и последующими нарушениями адаптации. Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка выносливости к стрессу. Концепция "достаточно хорошей матери" исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к правильно распознанным нуждам ребенка создают наиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты. Исследования показали, что некоторые события детского возраста, видимо, подвергают людей риску впоследствии заболеть острым и посттравматическим стрессовыми расстройствами. Люди, чье детство было отмечено нищетой, оказываются более подверженными стрессовым расстройствам при столкновении с последующей травмой. В таком же положении находятся люди, родители которых развелись до того, как ребенку исполнилось 10 лет, а также дети, члены семьи которых страдали психологическими расстройствами, или те, кто в раннем возрасте испытали насилие, жестокое обращение или пережили катастрофу.

Более подвержены формированию стрессовых расстройств люди с определенными особенностями личности (эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и незрелость личности) (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997), а также имевшие психологические проблемы и плохие взаимоотношения с близкими до травмы. Люди, которые, как правило, рассматривают негативные события в своей жизни как находящиеся вне их контроля, имеют тенденцию к формированию более тяжелых стрессовых симптомов, нежели те, кто чувствует большую власть над событиями своей жизни.

Было также обнаружено, что люди, получившие недостаточную социальную поддержку после травматического события, более склонны к формированию стрессового расстройства. Так, например, жертвы изнасилования, чувствовавшие, что друзья и родственники

любят их, заботятся о них, ценят и принимают их, более успешно восстанавливали свое психическое здоровье. Это относится и к тем, у кого система уголовной юстиции поддержала чувство собственного достоинства и самоуважение.

ПТСР – не единственное расстройство, возникающее у ветеранов. Среди ветеранов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, ПТСР установлен только в трети случаев, так как психотравмы обостряют многие психические заболевания. ПТСР часто сочетается с тревожными и депрессивными расстройствами, суицидными тенденциями, зависимостью от медикаментов, алкоголя или наркотиков, антисоциальным поведением, психосоматическими расстройствами.

ПТСР длится в среднем три года при прохождении человеком терапии и пять с половиной лет — при отсутствии лечения (Комер Р., 2002). Хороший прогноз коррелирует с хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих заболеваний (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997).

10.3. Особенности течения ПТСР у детей

У детей дошкольного возраста типичными последствиями травматических ситуаций, также как и при тяжелых соматических заболеваниях, является регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков).

Почти у всех детей в течение нескольких недель после травмы отмечаются нарушения сна, боязнь темноты, боязнь оставаться одним, в тишине их беспокоят навязчивые мысли, во сне мучают кошмары, дети часто просыпаются среди ночи. Все эти проблемы сохраняются на протяжении многих месяцев. Отогнать плохие мысли помогает засыпание под музыку.

Поначалу дети стремятся физически быть ближе к родителям, первые несколько недель даже выражают желание спать вместе с ними.

Пострадавшие дети с трудом усваивают новый материал в школе, им трудно сосредоточиться. В тишине класса их неотступно преследовали воспоминания о пережитом.

Многие дети боялись расстроить родителей, не хотели рассказывать им о своих переживаниях. Таким образом, родители часто не представляли себе, насколько их ребенок страдает, хотя видели, что ему плохо. Сверстники избегали активных расспросов, опасаясь ещё больше расстроить пострадавшего, а тот, в свою очередь, чувствовал себя отвергнутым.

Многие дети считали, что стали раздражительнее как в отношении с родителями, так и со сверстниками. Они острее чувствовали опасность, сообщения о катастрофах и несчастных случаях производили на них сильнейшее впечатление.

Если родители сами пострадали, трудно отделить прямые эффекты травмы у детей от тех, которые опосредованы реакцией родителей на катастрофу.

Младшие подростки часто говорят о чувстве утраты перспектив: какой смысл планировать будущее, если жизнь так жестока и непредсказуема?

Успешное приспособление самих родителей оказалось важным детерминантом хорошей адаптации детей. Семьи, в которых было не принято делиться друг с другом непосредственными переживаниями по поводу катастрофы, чаще сталкивались с трудностями в процессе дальнейшей адаптации, а также испытывали взаимную отчужденность.

Спустя несколько месяцев окружающие перестают делать скидку на страдания жертв катастрофы, по-видимому, полагая, что они уже справились со своими переживаниями. Более половины детей, переживших событие, связанное с угрозой жизни, даже спустя 15 месяцев всё ещё проявляли признаки серьезной психопатологии.

Отличие симптомов ПТСР у детей младшего возраста от таковых у взрослых

(Д.Л.Джекобсон, А.М.Джекобсон, 2005):

<i>Взрослые</i>	<i>Дети младшего возраста</i>
Реагируют на травму интенсивным ощущением беспомощности или ужаса	Реагируют на травму дезорганизацией поведения или ажитацией
Повторно переживают травму в	Повторно принимают участие в

виде навязчивых образов, мыслей и представлений	играх, в которых выражаются некоторые темы или аспекты травмы
Страдают от сновидений на тему травмы	Испытывают неспецифические ночные кошмары, например видят монстров
Действуют или чувствуют таким образом, будто травматическое воздействие продолжается	Восстанавливают травму в лицах

10.4. Психологический дебрифинг

Дебрифинг – это групповая форма кризисной интервенции, организованное и четко структурированное обсуждение в группах людей, совместно переживших катастрофу или трагическое событие.

Цель дебрифинга – снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса. Участие в дебрифинге не может предупредить возникновение последствий трагических событий, но препятствует их развитию и усилению, способствует пониманию причин своего состояния и осознанию действий, которые необходимо предпринять, чтобы облегчить его. Поэтому одновременно это и метод кризисной интервенции и профилактика.

Задачи дебрифинга:

- отреагирование впечатлений, реакций, чувств.
- способствование когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций.
- уменьшение индивидуального и группового напряжения.
- уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций.
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности, понимания.
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть.

- информирование участников о том, где они в дальнейшем могут получить помощь.

Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Время проведения четко обозначается вначале и составляет 2–2,5 часа; без перерыва (поэтому нужно предложить перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Полезно иметь кофеварку или чайник).

Оптимальное время для проведения дебрифинга — не раньше, чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций сразу же после события и участники событий, возможно, будут в состоянии осуществлять рефлекссию и самоанализ.

Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем использование традиционной модели групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку такая организация пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как несущая угрозу.

Дебрифинг четко структурирован и включает в себя семь последовательных фаз (Конторович В. А., Анцупова Г. Л., 2001; Ромек В.Г. с соавт., 2004):

- 1) вводная фаза;
- 2) фаза описания фактов;
- 3) фаза описания мыслей;
- 4) фаза описания переживаний;
- 5) фаза описания симптомов;
- 6) фаза обучения;
- 7) завершающая фаза.

1. Вводная фаза (15 минут).

Начинается процедура со знакомства – ведущие и участники представляются. Ведущие выражают сожаление по поводу случившегося.

Ведущий поясняет цели встречи примерно таким образом: «Я — N... Такую процедуру обсуждения того, что случилось, я использовал раньше в таких-то ситуациях, после сложных инцидентов, таких, как... Эти обсуждения большинство людей признают полезными».

Затем устанавливаются цели обсуждения – помочь справиться с последствиями травмирующего события. Следует подчеркнуть, что процедура обсуждения позволяет поделиться своими чувствами и реакциями, помочь себе и другим, узнать о том, какие бывают обычно реакции на подобные события и как с ними справляться.

Для создания атмосферы безопасности принимаются правила. Рекомендуемые правила:

- оставаться в течение всего времени (два часа);
- говорить только от себя (не обобщать высказывания);
- не уходить от темы;
- право не высказываться (декларируется, что ни одного из членов группы не могут принуждать говорить что-либо против его воли);
- относиться друг к другу с уважением, не высказывать оценочных суждений (обсуждение не предполагает оценок, критики, споров);
- выслушивать, не перебивая и давая возможность высказаться всем желающим.
- сохранение конфиденциальности.

Имеет смысл проговорить то, что во время процедуры возможно оживление сильных переживаний. Из-за этого участники могут почувствовать себя хуже. Но это необходимый этап проработки травматического опыта, без которого невозможно от этих переживаний освободиться.

2. Фаза фактов

Участникам предлагается по кругу ответить на следующие вопросы:

- Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)?
- Где вы были, когда случилось событие?
- Что случилось?
- Что вы видели? Слышали?

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что произошло с ним во время инцидента: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации в ситуации, что может способствовать упорядочиванию мыслей и чувств.

Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть эта фаза. Однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на ней.

3. Фаза мыслей

На этой фазе дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления.

Участники отвечают на вопросы:

- Какими были ваши первые мысли, когда это произошло? (вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших).

- Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что произошло? (вариант для тех, кто не был непосредственным свидетелем).

- Какие решения вы принимали? Почему?

Первая мысль зачастую содержит то, что составляет сердцевину тревоги. Однако высказать эти мысли для участников может быть затруднительно, потому что эти мысли кажутся неуместными или причудливыми или недостойными. Тем более важно поделиться ими. Сопоставление своей реакции с подобными реакциями других людей снижает напряжение и формирует общность.

4. Фаза чувств

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека.

Задача этого этапа – создать такие условия, при которых участники могли бы вспомнить и выразить сильные чувства в

условиях поддержки группы и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания.

На этой фазе могут помочь такие вопросы, как:

- Как вы реагировали на событие?
- Что было для вас самым ужасным из случившегося?
- Что запомнилось вам наиболее ярко?
- Какие телесные ощущения вы испытывали во время события?
 - Что вы сказали бы погибшему, если у вас была бы такая возможность?
 - «Переживали ли вы в вашей жизни раньше что-либо подобное?..».

Желательно, чтобы все высказались по порядку. Однако, если группа большая, то отвечать можно в произвольном порядке.

Задача ведущих – поддерживать выражение чувств со стороны участников. При этом нужно поощрять участников отвечать друг другу, высказывать поддержку и выражать ее другими средствами (прикосновением, объятием, взглядом). Особенно важно мобилизовать групповую поддержку в моменты, когда состояние говорящего ухудшается. Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество. Очень характерное чувство для переживших катастрофу – чувство вины. Люди осуждают себя за те решения, которые им приходилось принимать в условиях недостатка информации, суеты и паники. Если кто-то из бывших с ними погиб, возможно возникновение переживания, которое называется «вина выжившего» – когда человек ощущает ответственность за их гибель, вину за неспособность помочь им и спасти погибших, переживает мысленные установки типа: «лучше бы вместо него погиб я».

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это – ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо или взять его руку в свою; сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Прикосновения являются очень мощным средством выражения поддержки. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться

к коллеге, даже чтобы утешить, поэтому они нуждаются в особом разрешении.

Если кто-то выходит за дверь, один из ведущих должен последовать за ним и поговорить с ним какое-то время, чтобы поддержать и дать выразить сильные чувства. Выражение интенсивных чувств снизит напряжение и позволит вернуться в группу.

Ведущий дебрифинга вмешивается, если правила дебрифинга нарушены или если имеет место деструктивный критицизм.

5. Фаза симптомов

Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап работы. Некоторые реакции из-за своей необычности должны быть обсуждены более детально.

Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия; после завершения опасной ситуации; когда они возвратились домой; в течение последующих дней и в настоящее время. Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

6. Обучающая фаза

На этой фазе обобщаются реакции участников и предоставляется информация о типичных реакциях на стресс.

Основные проявления ПТСР:

- Симптомы повторения. Повторяющиеся навязчивые воспоминания трагедии. Эпизоды «оживления» пережитого в форме иллюзий, галлюцинаций, флэшбэк-эпизодов. Повторяющиеся сновидения.

- Симптомы избегания. Стремление избежать разговоров, мыслей, чувств, мест, людей – всего, что может напоминать о трагедии. Блокировка (провалы) памяти. Отчуждение от близких.

- Симптомы возбуждения. Трудности засыпания и сохранения сна. Раздражительность, необоснованные вспышки злости. Трудности концентрации. Сверхбдительность. Преувеличенные реакции испуга.

Информацию можно раздать участникам в письменном виде и попросить их определить, какие из этих реакций они переживают.

Нужно подчеркнуть то, что описанные состояния – это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, что со временем они пройдут.

Нужно рассказать, каких реакций можно ожидать по прошествии некоторого времени.

Нужно поговорить о методах самопомощи, о том, как участники смогут позаботиться о себе.

Нужно информировать участников о том, где они смогут получить помощь.

Нужно ответить на вопросы участников.

7. Завершающая фаза

Для «заземления» опыта группы нужно:

Кратко суммировать то, что было сказано.

Спросить, не осталось ли чего-то важного, о чем хотелось бы сказать сейчас.

Поблагодарить всех за участие, за то, что смогли поделиться своими чувствами, поддержать друг друга.

Напомнить о конфиденциальности.

Предложить участникам подумать о том, как они смогут поддерживать друг друга в дальнейшем. Возможно определить время и место новой встречи, которую они смогут организовать сами или при поддержке ведущих.

Пост-дебрифинг

В течение 20-30 минут после завершения следует уделить время тем из участников, которые вызвали наибольшее беспокойство ведущих, поговорить с ними один на один.

Затем необходимо обсудить с ко-лидером проделанную работу, дать друг другу обратную связь, проговорить наиболее важные моменты.

Ведущие должны продумать пути профилактики возникновения у себя вторичной травматизации: каким образом они смогут позаботиться о себе, о самовосстановлении после проделанной

работы, которая могла вызвать у них сильные чувства. Где и с кем они смогут отреагировать собственные эмоции от услышанного. Какие методы самопомощи они смогут использовать для себя.

Ряд рандомизированных контролируемых испытаний показал, что дебрифинг, который стал довольно популярной процедурой (Raphael *et al.*, 1995), неэффективен, по крайней мере, при недифференцированном применении (Bisson *et al.*, 1997).

10.5. Психотерапия ПТСР

Лечение ПТСР — процесс длительный, он может продолжаться несколько лет.

Целью лечения ПТСР является помощь пациенту в восстановлении чувства ценности бытия и ощущения контроля над собой и своей жизнью (в противоположность чувству беспомощности, переживаемому при травме) (Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М., 2005). Примирить человека с его прошлым — смысл большинства методов психотерапии при ПТСР.

Лечение ПТСР проходит в три фазы:

Фаза 1. Безопасность: пациенту предлагается поддержка, создается чувство безопасности, ощущение своей силы.

Фаза 2. Воспоминание и скорбь: восстановление в памяти травмирующего материала и работа с ним.

Фаза 3. Восстановление связей: реинтеграция личности, восстановление межличностных отношений.

Общепринятый подход на первом этапе кризисного вмешательства — выслушивание переживаний, обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности.

На первых порах пациент может отвергать терапевта, воспринимая его как «не способного понять, что он пережил». Можно осторожно спросить о возможных симптомах, не только с целью получения нужной информации, но и для того, чтобы показать клиенту свою информированность о том, что происходит с человеком после травмы, и свою подготовленность к разговору.

Важно использовать понятие «переживший травму, выживший», а не «жертва»: за этим стоит различие подходов к клиенту: не как к пассивному объекту, а как к человеку, обладающему определенной силой. Первое правило при работе с травмой: «что бы ни делал и ни

переживал человек во время травматического события, это нужно рассматривать как то, что было необходимо для выживания». Более кратко: то, что человек выжил после травмы, это его достижение (Солдатова Г.У., 2002).

Для психотерапии травмы важно умение ждать и сдерживать желание что-то быстрее сделать, чтобы помочь клиенту. Задача часто состоит не только в каких-то конкретных действиях; психотерапевт иногда может помочь человеку своим присутствием, принятием и сочувствием.

Важно показать солидарность с пациентом. Люди, ставшие жертвами насилия, задаются вопросами: «Как люди могут творить такое зло?». Мы должны вместе с ними включаться в поиск ответов на вопрос, кто несет ответственность за причиненное зло. Мы должны быть однозначно морально солидарны с пациентом, этим мы поможем ему вновь обрести чувства собственного достоинства и самоуважения. Психотерапевт, который придерживается в такой ситуации принципа невмешательства и нейтралитета, становится по существу соучастником палача. Психотерапевт должен встать на сторону пациента, высказать свое отношение к определенному социальному или политическому явлению (Солдатова Г.У., 2002).

Нужно предупредить пациента, что в процессе терапии необходимо будет вновь вернуться к неприятным воспоминаниям. Можно при этом использовать метафору вывиха или инфицированной раны, когда врач не хочет причинять боль, но должен это сделать для пользы пациента, если не вправить вывих или не дезинфицировать рану, то пациент будет в конечном итоге дольше страдать от боли или станет инвалидом.

Способность пациента рассказывать о травме зависит от способности терапевта выслушивать этот рассказ. Важно поощрять пациента рассказывать о травматических событиях, не соскальзывая на побочные темы, не буравя пациента удивленным или испуганным взглядом. В ситуации, когда человеку тяжело описать свое состояние словами, арт-терапия помогает ему раскрыться, заявить о себе, что очень эффективно при терапии травмы.

Негативные стратегии поведения терапевта:

- 1) избегание, дистанцирование – из-за страха или отвращения терапевт не задает вопросов, детализирующих события и переживания;
- 2) сверхидентификация – другая крайность, избыток эмпатии, принятие роли «товарища по несчастью», фантазии о мести, выход за пределы профессионального общения, симптомы «психического сгорания».

Неуверенность терапевта может быть связана с его смущением или боязнью усилить травматизацию. При сексуальных травмах такая реакция терапевта может быть связана с его стыдливостью.

Терапевт может испытывать чувство вины. «У меня такая спокойная жизнь, в то время как этот человек так сильно пострадал». Появляется опасение, что, просто задавая вопрос, можно навредить человеку, «который и так столько страдал». Такие психологи «слишком много» стараются сделать для клиентов, не уважая их силу. Чувство вины часто приводит к неспособности установить разумные границы в общении терапевта и клиента (например, клиенту разрешается звонить в любое время дня и ночи домой терапевту).

Психотерапевт может воспринимать клиентов либо как жертв, либо как героев. Если клиенты видятся жертвами — тогда они рассматриваются как хрупкие, беспомощные мученики. Некоторые психотерапевты воспринимают клиентов как героев, которые наделены сверхчеловеческой силой и поэтому вызывают благоговейное восхищение. Основная опасность, идущая от переоценки сил переживших, это нечувствительность психотерапевта к страданиям и жизненным проблемам клиента. В целом большинство психотерапевтов предпочитают работать с «героями», а не с «жертвами».

Реакция «Я тоже», в которой подразумевается схожесть опыта, у некоторых терапевтов принимает форму «закрывающих» высказываний: «я знаю, что вы имеете в виду, я сам — переживший». Защитный механизм «я тоже» вступает во взаимодействие со страхами клиента, что рассказ о травматическом опыте приведет к «оживлению» этого опыта. Подобные реакции скорее усиливают «заговор молчания», чем способствуют исследованию проблем пережившего.

У терапевтов, работающих с ПТСР, высокий риск развития психических нарушений, чувства беспомощности, отчуждения, цинизма.

Эффективно формирование позитивного отношения к симптомам: помочь пациенту воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию фактом существования этих расстройств.

Конфронтация пациента с травматическими воспоминаниями с целью постепенного ослабления симптоматики ПТСР занимает центральное место в *когнитивно-поведенческом подходе* в виде техники вскрывающих интервенций. Необходимо уменьшить избегание, потому что стремление пациента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт.

Эти люди должны также прийти к пониманию своих впечатлений от военных действий и к пониманию того, какое воздействие продолжают оказывать на них эти впечатления. Поэтому терапевты часто помогают пациентам высказать свои глубинные чувства, принять то, что они сделали и пережили, меньше осуждать себя. Например, прежде уверенный в себе человек в результате травмы ощущает себя слабым и беспомощным. Психические нарушения будут сохраняться до тех пор, пока человек не окажется в состоянии принять тот факт, что он временами может быть также слабым и ранимым.

Вариант конфронтационной техники – техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ). Предложен Ф. Шапиро в 1987 году. В настоящее время оценивается специалистами неоднозначно. Считается, что метод пригоден в основном для случаев единичной травматизации – например, травма, полученная в автокатастрофе. Есть опыт применения при агорафобии, депрессии, паническом расстройстве.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать всё происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, сделав сигнал психотерапевту (фактор безопасности клиента).

Пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании, воспроизвести мысли, которые вызывает у него эта

травма (например, «я беспомощен», «от меня ничего не зависит»). Затем просят представить травматическую сцену в более сжатом виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить за пальцами терапевта, которые ритмически двигаются на расстоянии 30-35 см от его лица. После 25 движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания. Затем вновь сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с травмой, а также на позитивных мыслях (например, «я сделал все, что мог», «все в прошлом» и т.д.).

Процедура повторяется несколько раз, до тех пор, пока не уменьшатся субъективные ощущения дистресса. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть всё идёт, как идёт (забудьте об этом.)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или «Что вы ощущаете в теле? Что происходит в голове?». Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и физических ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку клиент сохраняет двойную фокусировку — и на прошлом, и на чувстве безопасности в настоящем.

Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, их постепенное сдвигание то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

Эксперименты показали, что результаты у тех пациентов, которые следили за движущимся пальцем оказались такими же, как и у тех, которые следили за неподвижным пальцем. Другие исследования показали, что через 5 лет после применения этой техники наблюдалась более тяжелая симптоматика ПТСР, чем у тех, кому эта техника не проводилась. Автор методики, Шапиро сама предостерегала от ожидания большого эффекта.

Метод ДПДГ оказался привлекательным для целого ряда клиницистов. Его активно стали применять как необычно эффективное и «революционное» средство для лечения различных, главным образом

тревожных, расстройств. В Калифорнии был создан Институт ДПДГ. Коммерческая, рекламная и патентная деятельность, связанная с развитием метода ДПДГ, наряду с тем особым значением, какое придавалось стимуляции латеральных движений глаз клиента, вызвало глубочайшее изумление всего профессионального сообщества специалистов. Реакция удивления вылилась в энергичную критику теоретических и фактических основ сообщений о потрясающем успехе (например, излечении ПТСР за один сеанс):

- процедура ДПДГ содержит несколько элементов, оказывающих, как известно, мощное терапевтическое воздействие, такое как воображаемая экспозиция и когнитивное переструктурирование;

- индукция латеральных движений глаза (или других латерализованных движений, например постукивания пальцем) не является необходимой для достижения результата;

- по большей части позитивный эффект ДПДГ связан с неспецифическими параметрами лечения, такими как плацебо-эффект;

- результаты, подтверждающие эффективность ДПДГ, как правило, сводятся к устным отчетам клиентов;

- теоретические постулаты ДПДГ, главным образом представление о том, что латерализованные движения ускоряют обработку аффективно-когнитивной информации, не имеют под собой фактического научного подтверждения.

Вероятно, сторонники ДПДГ слишком активно рекламировали свои исследования. Дальнейшие исследования помогут выявить природу и действенность ДПДГ. До этого времени лучше считать этот метод разновидностью экспозиционной терапии (Карсон Р. с соавт., 2004).

Исследования показали, что в высказываниях жертв ДТП и криминальных действий чаще всего звучат переживания по поводу своей уязвимости, уменьшения чувства безопасности (Солдатова Г.У., 2002).

Чувство безопасности основано на трех составляющих.

1. Вера в то, что в мире больше добра, чем зла.
2. Убеждение в ценности собственного «Я».

3. Убеждение, что мир полон смысла, что события происходят не случайно, а подчиняются принципам контроля и справедливости.

Принцип справедливости подразумевает, что человек получает то, что заслужил. Этот принцип лежит в основе морали, является основным в воспитании детей. Люди хотят верить в то, что они живут в справедливом мире, — для того, чтобы их повседневная жизнь была наполнена чувством доверия и уверенности в завтрашнем дне.

Принцип контроля означает то, что мы своим поведением можем предотвращать неприятности. Согласно принципу контроля, если человек поступает «правильно» (осторожно, внимательно, дальновидно), он может уменьшить собственную уязвимость по отношению к негативным событиям. Но не всё в жизни подвластно нашему контролю. Люди обычно переоценивают свою способность контроля над событиями, соответственно недооценивая степень своей уязвимости.

Поиск причин произошедшего негативного события и стремление найти в нем смысл вызывает у пострадавших реакцию самообвинения. Люди, пережившие травматические события, часто обвиняют себя в случившемся больше, чем это кажется адекватным окружающим. Если пострадавший считает, что он сам частично повинен в происшедшем, берет на себя ответственность за случившееся, тогда он в какой-то степени приобретает контроль над травматическим событием.

Выделяют два типа самообвинения: характерологическое и поведенческое. Поведенческое самообвинение обычно относится к ситуативно определяемым факторам («не нужно было тогда туда ходить»). Характерологическое самообвинение - «со мной всегда что-то случается», «такое могло произойти только со мной». Поведенческое самообвинение более адаптивно. Оно позволяет пострадавшим ослабить чувство уязвимости, увеличить контроль над собственной жизнью.

Люди, не переживающие травматического события, склонны воспринимать самих себя более способными справиться с опасностью и недооценивают вероятность того, что сами могут стать жертвой экстремального опыта. Это помогает объяснить, почему «не-жертвы» зачастую негативно относятся к «жертвам». Приписывая жертве негативные качества, человек может таким образом поддерживать

чувство собственной неуязвимости. Негативное отношение к пострадавшим усиливается страхами других перед «клеймом смерти» пережившего травму, который начинает ассоциироваться для них с образами убийства и умирания. Ассоциации с опытом пережившего травму могут активировать у других людей скрытый страх смерти. Это помогает понять одну из причин часто встречающегося отношения окружающих к вынужденным мигрантам со стороны принимающего населения — в лучшем случае равнодушного, а чаще негативного.

Травматическое событие ведет к переосмыслению мира, переоценке ценностей. Осознание хрупкости, незащищенности человеческой жизни рождает иное, более глубокое понимание её ценности. Присутствие любящих, заботливых друзей и семьи обеспечивает доказательство того, что мир не всегда жесток, не все люди злы (Солдатова Г.У., 2002).

Важно обучить пациента методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает их длительное время после травмы.

Очень важны также группы самоподдержки и психотерапевтические группы. Они позволяют:

- снизить чувство изоляции в атмосфере безопасности и принятия;
- почувствовать универсальность собственного опыта;
- разделить с терапевтом и группой повторное переживание травмы;
- возможность быть в роли того, кто помогает – повышает чувство собственного достоинства;
- возможность узнать о жизни других членов группы – смещение фокуса внимания с негативных мыслей о собственной жизни;
- принятие групповой идеологии и группового языка дает возможность воспринять стрессовое событие иным образом.

Клиенты в процессе групповой динамики получают опыт их принятия со стороны не только участников группы, имеющих схожий опыт, но и психологов, которые символизируют для них общество в целом.

Хотя медикаментозная терапия и техники погружения приносят некоторое облегчение, большая часть клиницистов убеждена в том,

что одни лишь эти подходы не могут помочь ветеранам полностью излечиться от ПТСР: эти люди должны также прийти к пониманию своих впечатлений от военных действий и к пониманию того, какое воздействие продолжают оказывать на них эти впечатления. Поэтому терапевты часто помогают пациентам высказать свои глубинные чувства, принять то, что они сделали и пережили, меньше осуждать себя и научиться вновь доверять людям.

Глава 11. Реакция утраты

11.1. Фазы нормальной реакции горя

Переживание горя после утраты длительных отношений становится естественной частью существования человека. Горе - это цена любви и привязанности. Всем нам рано или поздно приходится поддерживать людей, горюющих в связи с тяжелой утратой, - как взрослых, так и детей. Горе - это одно из тех чувств, которое делает человека человеком. Ни одно самое разумное животное не хоронит своих собратьев. Хоронить — значит не отбрасывать, а прятать и сохранять. Человеческое горе не деструктивно, оно призвано не уничтожать, а творить — творить память (Василюк Ф.Е., 2001). В то же время это очень непростой процесс: после смерти человека заболеваемость и смертность среди его близких родственников резко возрастает. Реакция утраты (РУ) может быть вызвана не только смертью близкого человека, но и разводом, потерей работы.

Общие симптомы горя

Соматические нарушения. Дыхание становится прерывистым, особенно на вдохе, появляются симптомы физического переутомления, утрата аппетита, нарушения сна (повторяющиеся кошмары, бессонница).

Психологическая сфера. Чувство вины, идеализация умершего. Вначале — избегание разговоров об умершем, затем - назойливое рассказывание. Ощущение опустошенности, блеклости, серости мира, раздражительность. Чувство брошенности, вызывающее злость. Обычно горюющим тяжело признаваться в чувстве злости. Дети особенно склонны воспринимать смерть близкого человека как предательство, как то, что их бросили, обещав всегда быть рядом.

Нарушаются работоспособность, внимание, память, что усиливает ощущение собственной малоценности.

Различные специалисты описывают сходные этапы в переживании горя. Bowlby (1980) и Parkes (1986) выделили следующие стадии нормальной реакции горя:

- 1) шок и протест — оцепенение, неверие и острая дисфория;
- 2) поглощенность — острая тоска, поиск и гнев;
- 3) дезорганизация — чувство отчаяния и принятие утраты;
- 4) разрешение.

Между стадиями нет четких границ, состояние у переживших тяжелую утрату в течение определенного времени колеблется между смежными стадиями. Невозможно точно указать продолжительность этих стадий.

Российские авторы выделяют четыре фазы горя (Ф.Е. Василюк, 2001; Е. М. Черепанова, 1996):

- 1) начальная фаза горя - шок и оцепенение (от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем - 9 дней);
- 2) фаза страдания и дезорганизации (6-7 недель, среднем 40 дней);
- 3) фаза остаточных толчков и реорганизация (наступает примерно через 40 дней после события и продолжается примерно год);
- 4) фаза завершения.

Начальная фаза горя — шок и оцепенение. Первая реакция на весть о смерти: «не может быть!». Шоковое состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем — девять дней. Оцепенение — наиболее заметная черта этого состояния. Человек на этой фазе ничего не чувствует. Его бесчувственность расценивается окружающими как недостаточность любви и эгоизм. Между тем именно такое «бесчувствие» свидетельствует о глубине переживаний.

Характерна утрата аппетита, мышечная слабость, малоподвижность.

В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, оглушенность. Притупляется

восприятие внешней реальности, и тогда, в последующем, нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде.

Внешне на этой фазе человек выглядит, в общем, как всегда. Если внимательно присмотреться, то можно заметить, что лицо его амимично, речь монотонная. Двигается и говорит немного замедленно.

Несмотря на внешнее обманчивое благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии. Одна из опасностей состоит в том, что в любую минуту оно может смениться острым реактивным состоянием, когда человек вдруг начинает биться головой о стену или выбрасываться из окна.

Чем могут помочь близкие человеку, находящемуся в фазе шока?

1. Разговаривать с таким человеком и утешать его совершенно бесполезно. Он все равно вас "не слышит".
2. Но то, что действительно вы можете сделать, — это ходить за ним повсюду, не оставляя его одного. При этом не обязательно с ним говорить, можно это делать молча. Если это ребенок, лучше его не пускать в школу, даже если он будет утверждать, что вполне справится.
3. Постарайтесь как можно больше касаться переживающего горе человека. Иногда бывает достаточно одних тактильных контактов, чтобы вывести человека из тяжелейшего шока. Особенно, если это такие символические действия, как поглаживание по голове. В этот момент большинство людей начинают чувствовать себя маленькими, беззащитными, им хочется заплакать, как плакали в детстве. Если же вам удалось вызвать слезы, значит, человек переходит в следующую фазу.

Существующие культурные ритуалы помогают человеку пережить горе. Поэтому продолжительность фазы в среднем соответствует ритуальным датам. Проходя через потерю, человек больше начинает ценить связь с другими людьми, с сообществом, которая, в свою очередь, помогает ему отгоревать.

Фаза страдания и дезорганизации продолжается 6-7 недель, в среднем - 40 дней. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной вуалью, сквозь которую иногда пробиваются ощущения присутствия умершего. Такие ощущения могут пугать, приниматься за признаки надвигающегося безумия.

Сохраняются и первое время могут даже усиливаться различные телесные реакции - затрудненное дыхание, слабость, утрата энергии, стеснение в груди, ком в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или чрезвычайное усиление аппетита, нарушения сна.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими: может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно бывает сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца.

Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью. Основным переживанием часто выступает чувство вины. Человек, вспоминая событие, усматривает разнообразные намеки, которые были ему даны, - раз я знал, я мог предотвратить событие. На этой фазе появляется эмоциональная лабильность - очень легко вызываются чувства, в любой момент человек готов заплакать.

Чем можно облегчить страдания горюющего?

1. Если на первой фазе следует постоянно быть вместе с горюющим, то здесь можно и нужно дать человеку, если он того хочет, побыть одному. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чём он думает. Главное - создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.
2. Но если он пожелает с вами поговорить, нужно всегда быть в его распоряжении, выслушать его и поддержать. Многие

люди считают, что не следует с горюющим говорить об умершем: «беречь душу». На самом деле, это делать необходимо, но говорить могут друзья, близкие люди, в соответствующей обстановке, а не дальние знакомые, случайно встретившиеся на улице (Ромек В.Г. с соавт., 2004). Ситуацию горя важно рассказывать, так как в ней много деталей и много энергии. Только рассказывая историю, можно создать условия для сострадания.

3. Эти люди часто раздражительны, тем не менее, понимая их состояние, надо относиться к ним более мягко, прощая многое.
4. Если человек плачет, вовсе не обязательно совершать то, что мы называем "утешением". Что такое утешение? Это сделать все, чтобы человек не плакал. Слезы дают возможность эмоциональной разрядки, способствуют выработке успокоительных веществ. Недаром, поплавав, так хорошо спится.
5. В конце этой фазы нужно постепенно приобщать человека к повседневной деятельности: отправить в школу или на работу, начать загружать домашней работой. Это дает возможность отвлечься от своей основной проблемы. Понятно, что режим должен быть щадящим, так как человек все еще ослаблен. В определенный момент полезными могут быть какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет горюющему «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии к близким, напоминания об обязанностях. Эти упреки будут для горюющего как бальзам на рану. Он не обидится на вас, а даже будет чувствовать благодарность, так как вы как бы «позволили» ему завершить работу по переживанию горя.

Считается, что с горюющим человеком надо быть чрезвычайно бережным, трепетным. Но это не так. Представьте себя в окружении людей, каждый из которых смотрит на вас жалостливым, сочувствующим взглядом. Вам захочется сбежать от них как можно скорее, потому что все вам будет напоминать о вашей утрате.

Эта фаза острого горя имеет особое значение для дальнейшей жизни. Если она будет преодолена позитивно - то это будет очень важный эмоциональный опыт. Если человек не справится с горем, то навсегда останется в этой фазе (патологическое горе), или же ему может понравиться сочувствие и жалость, которую он вызывает, и у него зафиксируется роль жертвы.

Фаза остаточных толчков и реорганизация. Эта фаза наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год.

На этом этапе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, повседневная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде редких отдельных приступов. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно воспринимаются как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события ("Новый год впервые без него", "весна впервые без него"), или события повседневной жизни ("обидели, некому пожаловаться").

Годовщина смерти является последней датой в этом ряду. Не случайно большинство культур и религий отводят на траур один год. За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач. Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли и чувства вины. Некоторые из этих воспоминаний становятся особенно ценными, дорогими, ими делятся с близкими, друзьями. На этой фазе человек получает возможность отвлечься от прошлого и обращается к будущему - начинает планировать свою жизнь без умершего.

Основная психологическая помощь на данном этапе состоит в том, чтобы способствовать этому обращению к будущему, помочь строить всевозможные планы.

Фаза завершения. Здесь человеку приходится порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие завершение "работы горя". Например, представление о том, что длительность скорби является мерой нашей любви к умершему.

Смысл и задача "работы горя" в этой фазе состоят в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в нашей жизни. Признаком этой фазы является то, что человек, вспоминая об умершем, переживает уже не горе, а печаль - совершенно иное чувство.

11.2. Особенности психологической помощи горюющим в связи с тяжелой утратой

Задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту по-настоящему пережить утрату, совершить работу горя, а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека (Ромек В.Г. с соавт., 2004). Важно учитывать этнокультуральную специфичность реагирования на стрессовые ситуации. Так, например, смерть близкого человека сопровождается аутичными и депрессивными реакциями в популяции славянских народов и армян и демонстративно-экспрессивными - у таджиков.

Лечение реакции горя может стать большим испытанием для врача. Слишком рьяные попытки улучшить состояние горюющего пациента или нежелание слышать и думать о его муках - обычное явление. Специалисты сталкиваются с ситуациями, напоминающими им о собственных переживаниях горя, и это может либо снижать, либо повышать их способность помогать.

Для того, чтобы процесс горевания завершился эффективно, клиенту нужно чувствовать понимание и принятие со стороны консультанта. Должно быть создано психотерапевтическое пространство, которое позволило бы горю выразиться, вырваться наружу. Следует предпочесть частые и короткие встречи с клиентом редким и длительным. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение.

Возможные вопросы при работе с утратой (Ромек В.Г. с соавт., 2004). Вопросы «можно ли увидеть его/ее фотографии?», «что он/она любил делать?», «что вы сейчас вспоминаете о нём/ней?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.

О человеке, которого пациент потерял, можно спросить: «каким он был по характеру?», «что вам в нем особенно нравилось?», «какие

у него были недостатки, какие у него были привычки (как о реальном человеке, без идеализации)?», «говорите ли о нем с близкими?», «смотрите на его фотографии, вещи?» (попросите показать фотографии), «убрали ли в его комнате?».

О смерти: «расскажите, как он умирал?», «когда вы в последний раз его видели?», «какой была ваша первая реакция на его смерть?», «вы плакали?», «как вы его хоронили?», «как часто ходите на кладбище?».

Штампы, которых лучше избегать:

«На все воля божья» - рисует бога как жестокую порочную силу, отнимающую человека от его близких без всякого разбора.

Однако на стадии депрессии можно использовать более активное воздействие, в том числе с религиозными мотивами: «Бог забирает к себе лучших... Там нет проблем... Пусть отдохнет от земной суеты... Здесь он мучился..., его не понимали...».

«Он много успел сделать, в том числе и для вас, и теперь ему будет легко и спокойно... Там нет спешки, проблем, болезней...».

«Он будет жить, пока вы живете — он будет в вашем сердце, вашей памяти...».

Полезно разграничить горе утраты с такими переживаниями, как жалость к себе и депрессия. Чувство жалости в отличие от горя неподвижно. При нем не происходит какой-то внутренней работы, продвижения к разрешению и освобождению. Если вы погрузитесь в горе, то всегда пройдете его, а в жалости, как в болоте, можно застрять надолго.

Выявление чувств, которые блокируют естественные переживания горя. Специалисты должны помогать человеку, понесшему тяжелую утрату, распознавать и называть тяжелые переживания, которые блокируют естественную реакцию горя. К ним относятся чувство гнева, вины, стыда, ненависти и страха. Чтобы распознать эти чувства, может понадобиться глубинное исследование причин, по которым чувства оказываются неприемлемыми для индивида.

Чтобы помочь скорбящему человеку придать смысл этим чувствам и понять их, необходимо обсуждать его взаимоотношения с

умершим и то, как эти взаимоотношения напоминают реальные отношения с другими людьми.

Устранение социальной изоляции. Обычно пережившие тяжелую утрату считают, что другие люди не испытывали таких страданий, которым подвергаются они, и не понимают их. Поэтому важно побуждать их контактировать с семьями и друзьями или с другими людьми, пережившими тяжелую утрату.

Демонстрация универсальности реакции горя - для перенесшего тяжелую утрату полезно уяснить, что его переживания известны всему миру и известны с незапамятных времен. Это именно тот случай, когда литература, поэзия, музыка и искусство могут в некоторой степени смягчить горе.

Для специалиста важно составить некоторое представление о мнении человека, пережившего тяжелую утрату, о том, что лежит по ту сторону смерти. Очень легко игнорировать это или предполагать, что пациент разделяет собственные взгляды врача.

11.3. Патологическая реакция горя

Патологическая реакция горя обычно подразделяется на подавляемую, запаздывающую (отставленную во времени) и хроническую. Ее можно охарактеризовать как «слишком слабую» (подавляемую или запаздывающую) или как «слишком сильную» (хроническую).

Подавляемая реакция горя: отсутствие ожидаемых симптомов горя во всех стадиях.

Запаздывающая реакция горя: отсутствие (избегание) тягостных симптомов в течение двух недель после утраты. Запаздывающая реакция горя чаще возникает у людей, которые считают проявление чувств признаком слабости или поводом для насмешек. Обычно в их раннем детстве проявление чувств не поощрялось.

Хроническая реакция горя: постоянные выраженные симптомы горя в течение шести месяцев после утраты. Этот тип реакции горя чаще бывает у людей, у которых были чрезмерно зависимые отношения с умершим. Взаимоотношения, которые у них складывались в прошлом, обычно преследовал мучительный страх потерять другого человека.

Признаки, свидетельствующие о депрессивном эпизоде, а не о нормальной реакции горя:

- проявления горя нарастают;
- возникает страх сойти с ума от переживаний;
- появляются устойчивые мысли о самоубийстве;
- чувство вины, не связанное с отношением к умершему;
- чувство собственной никчемности;
- психомоторная заторможенность;
- длительное и выраженное нарушение функционирования.

Профилактические меры, принятые вскоре после пережитой тяжелой утраты эффективны у лиц с высоким риском развития патологической реакции горя (с участниками лечебной группы проводят в среднем по четыре двухчасовых сеанса психологического консультирования).

При наличии показаний для фармакологического лечения его следует назначать так же, как и лицам с аналогичной патологией, не переносившим тяжелой утраты.

К патологической РУ склонны:

- лица, склонные к аффективным расстройствам;
- лица, переживающие несколько утрат;
- лица, у которых с умершим была очень тесная эмоциональная связь или сложные взаимоотношения, конфликты непосредственно перед его смертью;
- одинокие;
- лица, чувствующие сильную вину перед умершим;
- лица, перенесшие тяжелые утраты в раннем детстве;
- наркозависимые;
- родители, потерявшие ребенка;
- лица, у которых близкий человек умер либо неожиданной, либо “постыдной” смертью (СПИД, самоубийство);
- трагические ситуации неопределенности (когда близкий исчез, без вести пропал, не похоронен);
- умерший играл исключительную роль в жизни скорбящего, был для него целью и смыслом жизни.

11.4. Помощь умирающим детям

Примерно 8-12% детей и подростков имеют какое-либо хроническое соматическое заболевание, которое, по крайней мере периодически, влияет на жизнь больного (Энгстрём И., Ларссон Б., 2004). Особенно важны с точки зрения детской психопатологии такие болезни, как астма, аллергия, экзема, диабет и эпилепсия. Реже встречаются, но имеют более серьезные психосоциальные последствия (с риском инвалидности или даже смерти) такие болезни, как рак, кистофиброз (муковисцидоз), воспалительные заболевания кишечника, гемофилия или ревматоидный артрит. Несмотря на внедрение новых методов лечения и улучшение условий жизни, в последние годы число хронических заболеваний значительно увеличилось.

Помимо эпидемиологии изменились также характер и прогноз многих болезней. Например, прогнозы при раке и муковисцидозе в последние годы значительно улучшились. Но это означает, что для родителей и детей угроза смерти сменилась постоянной неуверенностью и беспокойством. Кроме того, таким детям часто предстоит длительное лечение с болезненными операциями, манипуляциями, стрессом и социальной изоляцией.

Число психических нарушений у детей с хроническим соматическим заболеванием примерно в два раза выше, чем у здоровых детей. В основном это эмоциональные нарушения – депрессия, страх и беспокойство. Если последствиями хронических заболеваний являются видимые нарушения различных органов, измененная внешность, ограничения в развитии или трудность участия в повседневной деятельности у детей наблюдается пониженная самооценка. Болезни, требующие лучевой терапии, значительно повышают риск возникновения психических проблем. Поразительно, но уровень тяжести заболевания мало влияет на риск развития психических проблем. Значительно большую роль здесь играет восприятие человеком своей болезни. Поэтому мы не можем прогнозировать психическое здоровье ребенка, зная лишь диагноз заболевания и уровень его тяжести.

Для детей с хорошими способностями совладания со стрессом, вызванным тяжелым заболеванием, характерны:

1. Умение «делить» стресс по принципу «одна проблема в единицу времени».

2. Активные поиски сведений о своей болезни.

3. Контроль над своим заболеванием путем активного воздействия на болезнь.

4. Попытки применить различные способы, чтобы справиться с болезнью, изменить их, если какая-нибудь стратегия не удастся.

5. Готовность к возможным альтернативным путям развития.

6. Активный поиск поддержки со стороны значимых для него взрослых.

Родители по-разному реагируют на болезнь ребенка. Обычно отцы не склонны драматизировать ситуацию, в то время как матери часто впадают в депрессию, испытывают чувство вины. Поэтому у матерей, как правило, проявляется больше психических симптомов в связи с болезнью ребенка, чем у отцов. Модель реакции родителей непосредственно сказывается на психологической адаптации ребенка. Появление у ребенка хронического заболевания может ухудшить отношения в семье. Как больному ребенку, так и его родителям, особенно в период стресса, необходима связь с обществом, которая обычно ухудшается. Во время болезни родители нередко забывают о других своих детях. В то же время у них, даже если нет очевидных психических симптомов, часто наблюдается низкая самооценка, беспокойство и неуверенность.

Примерно треть диагнозов рака у детей составляет лейкемия. В последние десятилетия прогноз по поводу рака улучшился. Медицинское лечение проводится сегодня в первую очередь цитостатиками, облучением или хирургическим методом. Раньше это была смертельная болезнь, сегодня 2/3 заболевших детей вылечивают, но при некоторых формах рака для 26-98% заболевших продолжительность жизни варьирует в пределах пяти лет (Энгстрём И., Ларссон Б., 2004).

Лечение различных видов рака можно подразделить на четыре фазы: диагностику, интенсивное лечение, поддерживающее лечение, наблюдение после окончания лечения. Медицинское лечение продолжительно, зачастую оно сопровождается большими нагрузками для ребенка и семьи. При большинстве форм рака используется лечение цитостатиками, оно очень интенсивное и может

вызвать осложнение в виде сопутствующей инфекции, выпадения волос, рвоты.

Обычно родители, прежде всего те, кто мало знает о раке, испытывают шок, услышав такой диагноз. На ранних стадиях болезни родители хотят не только услышать конкретную информацию о том, насколько профессионально проводится лечение, но и получить поддержку, быть в контакте с врачами.

В начале болезни, как правило, требуется госпитализация, проведение многочисленных анализов и лечение, что может вызвать массу трудностей. Родители должны находиться рядом с ребенком, поэтому вынуждены брать отпуск на работе. В это время им нужна поддержка близких и друзей. Часто в первое время семья отдалается от окружающих, у нее не остается свободного времени. Несмотря на все заботы и проблемы, отношения между супругами во время болезни ребенка улучшаются, они становятся более близкими друг другу, в этот период редко случаются разводы.

Во время поддерживающего лечения родители, как правило, возвращаются к своей работе. Но у многих остаются чувство усталости, проблемы со сном и беспокойство по поводу здоровья ребенка и возможных рецидивов болезни.

После болезни многие дети по-другому осмысливают жизнь, лучше видят ее позитивные стороны.

Несмотря на улучшение прогноза относительно некоторых форм рака, дети все равно умирают. Многие родители с этим справляются, но спустя несколько лет у них возможно развитие психических проблем. Риск выше, если болезнь протекала долго. Если ребенок умирает, родители всегда нуждаются в психологической поддержке.

Можно смириться со смертью, когда под ней подразумевается избавление от старости, немощи и болезней, но как смириться с потерей ребенка? Такая смерть полностью разрушает представление родителей о справедливости, мудрости и доброте мира. Одной из причин такого разрушения может являться отношение к ребенку как к части себя. Родители желают ребенку лучшей жизни, передают то, что сделали или, наоборот, не успели. В этом смысле ребенок – возможность достижения бессмертия, живое воплощение их продолжения. Теряя его, родители теряют часть себя, своей жизни, своего будущего. И если представить жизнь как бесконечную череду

возможностей, то смерть ребенка – это умирание надежды на возможность бессмертия (Баканова А. А., 2001).

В том случае, если в семье есть неизлечимо больной, умирающий ребенок, то психологическая помощь требуется и ребенку, и его родителям. Однако как пишет С. Левин, «работая с умирающими детьми, я убедился, что они умирают легче, чем взрослые. Возможно, это связано с тем, что они еще не пытались контролировать мир, и поэтому у них в уме нет такого напряжения. Они более открыты текущему положению вещей. Я заметил, что чем меньше ребенок, тем меньше он боится смерти. Страх, который я часто нахожу у них, – это отражение ужаса их родителей. ...Поскольку дети обладают большей верой и более тесным контактом с бессмертием, смерть им не кажется проблемой. Кажется, что самой большой проблемой умирающих детей является страдание, которое они причиняют своим родителям» (Левин С., 1996).

Часто дети чувствуют свою вину за то, что делают больно родителям. Переживание собственной вины и сострадание к горю родителей вносит в жизнь умирающего ребенка напряжение, не дающее ему «уйти с миром». Но в страдании заключена возможность сострадания, возможность быть более открытым и заботливым, дар доброты и любви. Физическая боль, которую испытывает ребенок, обязательно что-то привносит в его душу. Это то, о чем можно говорить с детьми; то, что можно искать вместе с ними в их страданиях; то, чему они и их родители могут учиться благодаря болезни ребенка и его смерти. Смерть ребенка дает возможность достичь глубокого понимания, заботы и любви. Мы можем использовать свое смятение для того, чтобы открыться более полно, чтобы как можно глубже войти в это последнее общение. И тогда, как сказал Рабиндранат Тагор в своем стихотворении «Конец», «Когда придет тетушка с подарками и спросит: «Где наш малыш, сестра?», – мать тихо скажет ей: «Он в зрачках моих глаз. Он в моем сердце и в моей душе» (Левин С., 1996).

11.5. Реакция утраты у детей и подростков

Дети, в семье у которых кто-то умирает, реагируют на эти события более сильно и длительно, чем это представляют себе родители, учителя и другие взрослые. Дети часто не рассказывают о

своих переживаниях взрослым. Поэтому многие родители и учителя не могут должным образом заботиться об удовлетворении потребностей скорбящего ребёнка (Dyregrov, 1987).

Непосредственные реакции. Среди особенностей поведения детей, переживших утрату родителя, можно выделить следующие: ребенок плачет, надеется на возвращение родителя, иногда начинает его искать, иногда описывает яркое ощущение его присутствия, иногда злится из-за утраты и винит окружающих, иногда обвиняет умершего родителя или боится потерять выжившего.

Дети могут не сразу проявлять сильные чувства. Многие вскоре приступают к своей прежней деятельности, будто ничего не произошло. Когда мир становится хаотичным и неустойчивым, дети ищут защиты в обычных и знакомых вещах, хотя это может раздражать взрослых, которые ожидали совершенно другой реакции.

Обычными реакциями скорбящих детей являются подавленность, живые воспоминания, депрессия и тоска, угрызения совести, самообвинения и стыд, трудности в учебе, физические недомогания.

Наиболее частой реакцией на смертный случай является подавленность. Детей сильнее всего угнетает то, что с родителями (или с тем из них, кто жив) что-нибудь случится: "если это уже случилось с папой, то это же самое может случиться и с мамой". Это пугает их больше, чем мысль о том, что что-нибудь может случиться и с ними самими. Мысль о собственной смерти становится более понятной в подростковом и юношеском возрасте (Dyregrov, 1987).

Маленькие дети становятся боязливыми и сильнее привязываются к родителям. Они хотят быть поблизости от родителей и бурно реагируют на разлуку. Страх ребенка часто проявляется вечером. Они боятся спать одни, хотят спать в родительской спальне или просят не гасить свет и оставить дверь открытой.

Некоторые дети могут в течение нескольких дней после смерти находиться во власти страха. Это является обычным при трагических и внезапных смертных случаях. У детей отмечается постоянное ожидание опасности. Они вздрагивают, реагируя на неожиданные звуки.

Часть детей после смертного случая мучают кошмары, особенно если они были свидетелями несчастного случая, ставшего причиной смерти, или обнаружили мертвеца. Они ничего не хотят слышать о происшедшем и неохотно вспоминают о нем. Они избегают пребывания на месте несчастного случая.

Нарушения сна у скорбящих детей проявляются в том, что они с трудом засыпают и внезапно просыпаются. Если кто-то скажет, что мертвый спит, то дети могут начать бояться заснуть и будут пристально следить за спящими родителями. Нарушения сна связаны с тем, что когда он ложится спать, у него оказывается больше времени на воспоминания об умершем и о том, что произошло. Если о смертном случае остались живые воспоминания, то они скорее всего всплывут вечером, когда ничто не отвлекает.

Обычным является пробуждение от кошмара. Дети могут начать бояться сновидений, и поэтому перед тем, как заснуть, они находятся в подавленном состоянии.

Депрессия и тоска проявляются по-разному. Некоторые дети много плачут и могут некоторое время оставаться совершенно безутешными. Признаками скорби могут быть также замкнутость и уход в себя. Дети пытаются скрыть свою скорбь, чтобы не огорчать родителей, и объясняют свои слезы другими причинами.

Скорбь ребенка особенно усиливается, когда он видит веселых людей: детей с матерью или отцом, если он сам потерял одного из них, или людей с детской коляской, если умерли его брат или сестра.

Смягчить вызванную смертью тоску помогают воспоминания. Иногда родителей раздражает, что дети хотят постоянно рассматривать фотографии. Они требуют, чтобы им читали письма или рассказывали об умершем. Они могут также пользоваться вещами, принадлежавшими покойному. Так они приближаются к умершему. Подобные предметы могут облегчить боль ребенка. Вещь воскрешает утраченную действительность, одновременно успокаивая и вызывая магическое чувство защищенности.

Дети могут искать близости также вдыхая запах вещей, висящих в шкафу умершего, лежа в постели отца или матери или сидя на стуле, на котором всегда сидел покойный. Близость предмета хотя бы временно смягчает боль. Часть детей ощущает близость покойного

настолько сильно, что им кажется, будто он находится в этой же комнате. Они видят умершего перед собой, но, протянув к нему руку, замечают, что там никого нет. Этот опыт может вызывать чувство страха, если дети считают, что видели духов или привидения; они боятся, что покойник явится им во сне и позовет к себе.

Дети ищут близости также подражая поведению умершего или взяв на себя его роль. Посредством вживания в роль умершего они смягчают боль утраты. Часть детей дает себе отчет в том, что они подражают умершему, часть же действует неосознанно. Бессознательно дети могут стремиться "утешить" посредством подобного отождествления других членов семьи или пробудить в них любовь к себе.

Обычной реакцией скорбящих детей являются гнев и угрозы. Они могут выражать свой гнев достаточно прямо и откровенно. Они топают ногами и используют такие выражения, как "отец дурак, он ехал так быстро, что разбился". Объектом детского гнева могут быть:

- смерть, которая приняла образ человека, похитившего другого человека,
- Бог, который это допустил,
- взрослые, которые оставляют детей за пределами своего траура,
- другие люди, потому что они не воспрепятствовали происшедшему,
- они сами, поскольку они не воспрепятствовали смерти,
- умерший, поскольку он предал и оставил их.

После смертного случая дети могут страдать от угрызений совести, самообвинений и чувства стыда. В случае смерти сестры или брата причиной угрызений совести могут стать переживавшиеся ранее приступы ревности. Основанием для самообвинений может быть и последняя встреча, и оставшиеся невысказанными мысли: «я дразнил его перед смертью», «я бы с радостью сказал ему, как он мне нравился».

Скорбь может в разной степени мешать школьным занятиям. У детей могут возникнуть проблемы прежде всего с вниманием и концентрацией. Мысли и воспоминания, связанные с происшедшим, оттесняют другие мысли, скорбь и горе делают мышление неповоротливым.

Трудности с успеваемостью возникают у детей любого возраста, особенно в случае смерти родителей. Многие другие симптомы обычно исчезают через несколько лет, но трудности, связанные со школьной успеваемостью и обусловленные смертью или разводом, могут наблюдаться в течение многих лет после утраты.

Известно, что скорбящие дети страдают физическими недомоганиями - головными болями, нарушениями функционирования органов пищеварения, мышечной болью.

Дети в любом возрасте могут вести себя регрессивно. У маленьких детей иногда вновь начинается непроизвольное мочеиспускание, и они ещё сильнее привязываются к взрослым. Дети более старшего возраста могут стремиться чаще находиться поблизости от взрослых. На некоторое время они становятся как бы младше, говорят детским языком и усваивают детскую манеру разговора.

После смерти близкого человека может измениться характер ребёнка. Дети становятся тихими и замкнутыми или робкими и осторожными.

Дети часто задумываются над тем, отчего всё происходит и в чём смысл жизни. Почему произошло именно так? Почему именно они? Несправедливость, воля Божия и поиск ответов могут на продолжительное время завладеть вниманием детей.

Вскоре после смертного случая у детей могут проявиться признаки повзросления. Они чаще проявляют сочувствие и заботу по отношению к другим (уменьшается эгоцентризм), они начинают лучше понимать своих родителей и бывают горды, если могут помочь им.

Дети редко получают помощь в преодолении психологических травм, причинённых смертью близкого человека. Взрослые должны научиться лучше понимать потребность детей "переработать" свою скорбь и травму. Если у детей нет возможности осмыслить реакции, обусловленные связанной со смертью психологической травмой, им трудно пережить процесс скорби (Dyregrov, 1987).

Смерть родителей. Из всех смертных случаев наибольшее воздействие на детей оказывает смерть родителей. Они теряют не

только человека, который их любил и заботился о них, - вследствие смерти происходят большие изменения и в их повседневной жизни.

Часто у детей отмечается сильное желание вытеснить событие из своих мыслей, чтобы потом постепенно присоединить его к своему опыту. Представления о возвращении умершего прокладывают мосты к покинувшему ребёнка человеку. Дети могут также втайне заново переживать события или в своих играх придумывать им счастливый конец, как будто ничего не случилось. Фантазии, связанные с возвращением умершего, довольно обычны, дети могут также желать своей смерти, чтобы вступить в контакт с покойным.

Большое значение для многих детей приобретает последняя встреча с родителями. Иногда происшедшие незадолго до смерти события приобретают сверхъестественное значение.

Дети, потерявшие одного из родителей, более расположены к возникновению депрессий и склонности к самоубийству, особенно если:

- смерть наступила неожиданно;
- семье не оказывают помощи;
- у детей нет опорного лица.

Блэк и Урбанович (1987) установили, что через год после смерти одного из родителей у 50% детей наблюдаемой группы отмечались тревожные симптомы, через два года они имели место у 30% детей. Умерший может сильнее и дольше оставаться в памяти детей, чем у многих взрослых. Каффман и Элизур (1983) выявили, что многие дети, потерявшие отца, замыкаются в своей печали, их скорбь становится патологической. Различные патологические реакции скорби проявлялись у многих детей через 6, 18 и 42 месяца после случившегося. Реакции можно подразделить на два вида: в первую группу входят плач, отрицание случившегося, тоска и тревога, во вторую - проблемы поведения, асоциальность и агрессивность. Более чем у половины из ста студентов, которые потеряли своих родителей в возрасте до 16 лет, отмечались попытки самоубийства, тогда как в контрольной группе они составляли лишь 10%.

В связи со смертью родителей часть детей должна слишком рано взять на себя роль взрослых. Сопутствующая этой роли ответственность не соответствует их возрасту. Многие дети заменяют родителей своим младшим братьям и сестрам. Это нельзя считать

только отрицательным явлением, но в подобной ситуации развитие и созревание ребёнка могут быть нормальными только в том случае, если роль помощника не станет доминирующей.

Дети в своих играх часто обращаются к травме, причинённой насильственной смертью. Берген (1958), например, пишет о 4-летней девочке, присутствовавшей при убийстве своей матери, что она "старательно выкрасила руки в красный цвет и, играя, тыкала в себя кисточкой". Дети постарше могут сразу же после случившегося начать планировать, как они будут защищать оставшегося в живых отца или мать от опасности.

Помимо того, насильственная смерть нередко вызывает у детей потребность отождествления себя с людьми, которые оказывают помощь. Они хотят стать медицинскими сестрами, врачами или полицейскими. Это чётко отражает потребность контролировать будущие события и выступать в ролях, которые соприкасаются с "жизнью и смертью".

Скорбь, вызванная смертью родителей и других родственников, возвращается и усиливается в дни памяти - годовщины смерти или в день рождения умершего, а также в Рождество или на Новый год. Взрослые должны подготовиться к этим дням и не должны обходить их молчанием. Открытое, основанное на ритуалах поминовение в этих случаях вполне в порядке вещей. Оно помогает детям выражать свои чувства в этих ситуациях (Dyregrov, 1987).

Смерть брата или сестры. Дети реагируют на смерть брата или сестры в целом так же, как на смерть родителей, но эти реакции бывают часто не столь остры и продолжительны.

Смерть ребенка сильно влияет на эмоциональную атмосферу в семье. Оставшиеся в живых братья и сестры теряют товарища по играм и соперника и на некоторое время утрачивают внимание и заботу родителей. Они становятся объектом бурных всплесков чувств своих родителей, которые боятся потерять и остальных детей. Из-за чувства бессилия и глубокой скорби родителям трудно в чём-то ограничивать своих детей, как это было прежде. У них часто появляются угрызения совести из-за того, что они не посвящают остальным детям достаточно времени. Угрызения совести всегда препятствуют постановке требований, особенно плохие последствия

это может иметь по отношению к детям в подростковом и юношеском возрасте.

Смерть ребёнка оказывает воздействие не только на оставшихся в живых, но и на позднее родившихся детей. Прежде всего существует опасность, что заботливые родители своей чрезмерной опекой затруднят становление самостоятельности ребёнка.

Позиция ребёнка среди братьев и сестёр определяет его реакции. Смерть младшей сестры или брата может стать причиной сильных угрызений совести, ибо ребёнок мог в свое время хотеть освободиться от них. В случае смерти старшей сестры или брата может угнетать то, что его считают заменой умершего и продолжателем его жизни.

После смерти ребёнка родители могут окружить оставшихся детей чрезмерной заботой, искать козла отпущения или навязывать братьям и сестрам роль и личностные особенности умершего.

Многие дети осмысливают потерю и рассуждают о ней вместе с родителями. Пережитый кризис может укрепить семью.

Быть свидетелем смерти брата или сестры - тяжёлый груз для ребёнка. Не только сам ребёнок обвиняет себя в случившемся, но и родители могут более или менее откровенно переложить на него вину. Сказанные в раздражённом состоянии слова наносят вред, который можно позднее загладить, если родители чистосердечно и прямо объяснят ребёнку своё поведение. Хуже положить дело под сукно и вообще не говорить о вспышке чувств.

Часто братья и сестры представляют себе, что они менее важны для родителей, чем умерший. В большинстве случаев напряжение, обусловленное смертью ребёнка, больше отягощает родителей, чем братьев и сестёр. Родители могут иногда упрекнуть детей в том, что они мало переживают. Важно, чтобы родители не предъявляли детям нереалистичных и невозможных требований относительно длительности и способов выражения скорби.

Часто одноклассники умершего ребёнка засыпают вопросами его братьев и сестёр. Их расспрашивают обо всём как во время болезни, так и после смерти. Это часто так ранит детей, что они отказываются посещать школу.

Когда умирает ребёнок, испытанию подвергаются представления родителей и детей о жизни. Смерть ребёнка лишает

других детей чувства защищенности (и они могут умереть) и подвергает сомнению их представления о смысле жизни и справедливости.

Взрослые могут помочь ребёнку в создании новых исходных позиций, выслушивая его, сопереживая и поддерживая (Dyregrov, 1987).

Смерть дедушки или бабушки. Смерть дедушки или бабушки может оказать на ребёнка сильное воздействие, если между ними были тесные связи. Поскольку дедушка и бабушка старые, то детям легче понять их смерть. В детском представлении смерть - это конец долгой жизни. Со смертью дедушки и бабушки дети, как правило, не теряют точек опоры в своей жизни. Родители заботятся об удовлетворении их потребностей. Но всё же дети могут начать бояться того, что умрут и другие близкие им люди (Dyregrov, 1987).

Смерть друзей или их родителей. С окончанием периода раннего детства друзья приобретают для детей всё более важное значение. В подростковом возрасте они в известном смысле занимают более важное место, чем родители. Товарищеские отношения могут быть очень прочными. Молодые люди влюбляются и завязывают отношения.

Взрослые часто недооценивают влияние смерти друзей. В случае смерти друга могут иметь место все вышеописанные реакции скорби, но взрослые часто не признают эту скорбь. Горечь и чувство несправедливости, порождённые смертью друга, или угрызения совести из-за своего поведения усиливают желание ребёнка занять место умершего или попасть к нему.

Переживания ребёнка усиливаются, если смерть представляют как наказание за запрещённые поступки. Задачей взрослого является помочь ему держать эти факторы врозь.

Молодые люди могут потерять друга или подругу, которым принадлежала важная роль в их сексуальном созревании. Окружающие редко одобряют эти отношения, поэтому при таких обстоятельствах трудно рассказывать о своих переживаниях.

Если друзья теряют своих родителей, то дети начинают думать, что то же может случиться и с их родителями. Дети помладше могут

переживать страх разлуки, они не хотят ходить в детский сад, нуждаются в защитном присутствии родителей. Детям нужно, чтобы рядом с ними находились взрослые, которые могут рассказать им о происшедшем. Взрослые не должны избегать этих разговоров, молчание порождает в детях тревогу и подавленность (Dyregrov, 1987).

Дети и самоубийство. Самоубийство ставит как взрослых, так и детей в трудное положение. Подобная смерть побуждает ребёнка задуматься над мыслями человека и его пагубными замыслами. Это рождает чувство беспомощности. Дети могут представлять себе, что взрослый был равнодушен к ним. Они чувствуют себя покинутыми и обманутыми либо предателями. Дети постарше иногда считают, что склонность к самоубийствам является наследственной и тревожатся за свою судьбу.

Дети могут стать свидетелями самоубийства или первыми обнаружить умершего. Они могут также активно участвовать в подготовке, например, самоубийца поручает ребёнку купить лезвия. Это затрудняет осмысление смертного случая ребёнком. Маленькие и большие дети могут изображать происшедшее в своих играх или поступках. Взрослых может испугать, когда ребёнок спрашивает, например, что случится, если он примет шесть или семь таблеток, либо каким-нибудь образом обнаруживается, что он размышляет над самоубийством. Ребёнок, однако, не планирует самоубийство - он, скорее всего, просто пытается понять происшедшее. Поэтому взрослые должны беседовать с ребёнком о его мыслях, тревогах и представлениях, чтобы предупредить мысли о самоубийстве. Взрослые должны установить контакт со специалистом, если ребёнок говорит и ведёт себя не так, как обычно: меняет, например, привычки питания, избегает встреч со своими друзьями, отказывается от своих увлечений или отдаёт важные для него и любимые им вещи.

Большая часть самоубийств являются насильственными: человек выбрасывается из окна, вешается, стреляется или наезжает на скалу. К сожалению, взрослые очень часто скрывают от детей связанные с самоубийством обстоятельства. Дети знают и понимают вещи лучше, чем они показывают это взрослым. Часто они собирают сведения из разговоров или спрашивают у друзей, в присутствии

которых о самоубийстве говорили родители. Дети должны узнавать о страшных вещах разом, в противном случае они потеряют веру во взрослых. "Что же они на этот раз от меня скрывают, ведь они и тогда не рассказывали мне ничего целыми неделями?"

Недостаточная и неправильная информация увеличивает опасность возникновения угрызений совести, потому что ребёнок не может говорить о своих мыслях и фантазиях. Очень существенно выявить самообвинения ребёнка.

Если оставшиеся в живых отец или мать не говорят ребёнку правды, ребёнок может быть обеспокоен тем, что и другие взрослые замышляют самоубийство. Ребёнок и взрослый могут столкнуться с большими трудностями, если ребёнка окружают после самоубийства спасительной ложью. Даже взрослым трудно отвечать на вопросы друзей и знакомых, когда они говорят о смертном случае, о котором мы сами мало что знаем. Если детям честно рассказывают об обстоятельствах, связанных с самоубийством, то они могут вместе со взрослыми искать ответы на вопросы друзей. Полученные советы помогают им справиться в различных ситуациях вне дома.

После самоубийства родители могут заставлять ребёнка забыть увиденное; они не хотят, чтобы дети переживали. Ребёнку говорят, что он ошибся, что самоубийство было несчастным случаем, или объясняют всё болезнью. Ребёнок перестаёт доверять другим людям. Помимо того, он может начать считать свой опыт нереальным и больше не доверяет ему.

Дети могут начать бояться, что повторится то же самое. Они могут преувеличивать свою ответственность за мать или отца и превращаются в надсмотрщиков, которые стараются с помощью активного планирования предупредить новую попытку. Они могут также требовать от матери или отца гарантий или обещаний, что они не предпримут новой попытки (Dyregrov, 1987).

Возрастные особенности. Дети младше 5 лет не считают смерть окончательной, им кажется, что умерший может вернуться. В этом возрасте дети еще не понимают, что жизнедеятельность прекращается и смерть настигает когда-нибудь всех: «не могли бы мы помочь маме или папе выйти из могилы?», «когда мама вернется?», «кто кормит малыша на небе?», «можно отнести папе сок

на могилу?». Им трудно понять абстрактное объяснение сущности смерти. 4-летний ребенок легко приходит в замешательство, когда ему вдруг сообщают, что мать теперь у Иисуса и похоронена: «откуда отходит автобус к Иисусу?», «как попасть туда в могилу?».

В этом возрасте дети воспринимают вещи очень конкретно. Взрослым лучше избегать абстрактных объяснений или красочных выражений, которые ребенок может понять дословно. Таковы, например, фразы: "Покойный спит" или "Он отправился в дальний путь". Дети, которым так описывали смерть, часто пугаются, когда родители ложатся отдохнуть после обеда, или бурно реагируют, если кто-то отправляется в поездку.

Хотя представления маленьких детей о смерти окончательно не сложились, они могут бурно реагировать на нее.

"Магическое мышление" у детей проявляется в том, что они считают себя центром почти всех событий. Дети могут представлять себе, что их мысли, чувства, желания и поступки являются причиной того, что случается с ними самими и с окружающими. Подобный образ мышления может завести настолько далеко, что дети начинают считать себя виновными в чьей-то смерти.

Если смерть близкого человека касается детей дошкольного возраста, то они оказываются беспомощными и пассивными. Для достижения равновесия они нуждаются в помощи извне. В большинстве случаев дошкольники не способны, как дети более старшего возраста, трансформировать события в своей фантазии. Это помогло бы им взять ситуацию под контроль и уменьшить подавленность. Дошкольники переживают разлуку крайне тяжело, поэтому смерть оказывает на них очень сильное воздействие. Если они видят умершего во сне, то они приходят в замешательство и начинают бояться.

Маленькие дети замыкаются в себе и избегают других людей чаще, чем большие. Смерть повторяется в их играх снова и снова.

Поскольку дети не понимают конечного значения смерти, то они, услышав в первый раз о случившемся, могут реагировать на это сообщение не столь бурно, как можно было ожидать. Самые маленькие могут думать, что умерший вернется. Помогают также природная откровенность, прямота и конкретность маленьких детей. Обычными обусловленными смертью реакциями являются зависимое

поведение и связанный с этим страх перед неизвестным, плач и привязанность к родителям. Для этого возраста характерны регрессивное поведение и нарушения сна. Скорбь маленьких детей непродолжительна.

Между шестью и десятью годами ребенок начинает постепенно понимать, что смерть необратима. Со временем дети все меньше ощущают себя центром вселенной. Им становится легче понимать своих друзей, которые потеряли одного из родителей, брата или сестру. Уже дошкольники способны выражать глубокое сочувствие и понимание. Подрастая, дети начинают лучше понимать причины и результаты событий. Их может беспокоить несправедливость происходящего, то, что с "хорошими" людьми происходят "плохие" вещи.

В младшем школьном возрасте желание детей демонстрировать свои чувства претерпевает изменения. Дети, особенно мальчики, начинают скрывать свои чувства, прятать скорбь в себе, они не хотят говорить о происшедшем с родителями. В школьном возрасте дети располагают большим выбором средств для осмысления смерти и критических событий. Дети изобретают способы действий, с помощью которых они стремятся воспрепятствовать повторению случившегося, или вновь проигрывают события в своей фантазии. Дети могут, например, представлять себе, что они вызвали скорую помощь или полицию, и таким образом как бы отменяют случившееся. В играх они мстят людям, которых считают виновными в происшедшем. Трансформируя случившееся, повторяя и мстя, дети пытаются бороться против чувства беспомощности.

В подростковом возрасте дети отдаляются от родителей, формируется их самосознание. Многие интересуются проблемами существования, смертный случай может углубить этот интерес. В социальной жизни большее значение, чем раньше, приобретают дружеские отношения. На этот этап жизни накладывают свой отпечаток страх быть отвергнутым, противоречивое отношение к родителям и проблемы, связанные с зависимостью и самостоятельностью. Отдаление от родителей в подростковом возрасте означает созревание и осознание потерь и разлук. Смерть может отрицательно повлиять на это развитие.

Смертный случай может стать причиной конфликта со средой либо с оставшимися в живых отцом или матерью. Подростки могут спровоцировать неприятности в школе или стать сексуально активными. Они могут и сурово осудить себя, особенно если они считают, что могли бы предупредить случившееся. Детское магическое мышление легко пробуждается в этом возрасте. Подростки могут считать затронувшую семью смерть - особенно смерть родителей - также недостатком, которого следует стыдиться и скрывать. Они скрывают чаще, чем маленькие дети, свои сильные эмоции и воздерживаются от их выражения. Их реакции скорби могут проявляться в поведении и конфликтах с другими людьми (Dyregrov, 1987).

Факторы, усиливающие скорбь. Трудности могут быть обусловлены тем, что взрослые замалчивают и скрывают обстоятельства и причины, связанные со смертным случаем. Если смерть можно было предсказать, то взрослые часто забывают рассказывать о прогрессировании болезни и возможности неблагоприятного исхода. Поэтому дети оказываются плохо подготовленными к смерти. Детей вытесняют из мира взрослых, когда их не берут с собой на церемонии, например на похороны, или когда взрослые скрывают от них свои чувства.

Усиливает скорбь детей внезапность смерти. К такой смерти нельзя подготовиться заранее, почва внезапно уходит у детей из-под ног. Подобная смерть существенно воздействует на жизнь взрослых и их способность учитывать потребности детей. Внезапная смерть часто бывает травматической, взрослые хотят скрыть от детей повреждения умершего.

Осложнить скорбь ребёнка могут противоречивые отношения с умершим. Например, в случае, если ребёнок ревновал к своей сестре или брату, если погибли родители, которые применяли по отношению к нему насилие, или если между ребёнком и умершим были плохие отношения. В этих ситуациях к скорби примешивается чувство облегчения, что умершего больше нет. Это, в свою очередь, вызывает чувство стыда, самообвинения и противоречивые реакции. Противоречивые отношения между умершим и оставшимся в живых увеличивают опасность патологической скорби.

Личность ребёнка и его предшествующий опыт могут оказывать влияние на процесс траура. Процесс траура у неуравновешенных и уже ранее страдавших комплексами или замкнутых детей может быть сложнее, чем у сильных детей.

В результате болезненных и оставшихся неосмысленными потерь дети могут стать более восприимчивыми и ранимыми в отношении новых потерь (Dyregrov, 1987).

Гендерные различия. Мальчики чаще, чем девочки, избегают разговоров о смерти и им тяжелее обнаруживать свои чувства. Различия становятся более явными начиная с 8-летнего возраста и особенно четко проявляются в подростковом возрасте.

Девочки описывают свои реакции скорби более обстоятельно. Девочки больше плачут, им труднее сосредоточиться, у них сильнее испуг и подавленность. Почти у всех девочек есть подруга, которой они могут излить душу. Из мальчиков такого друга имеет менее половины. Помимо того, девочки намного больше говорят о смертном случае дома (Dyregrov, 1988).

Распространенные методы психологической помощи больше подходят для моделей реакции девочек, чем мальчиков, они основываются на относительно прямых, осмысляющих чувства беседах, которые более доступны девочкам (Dyregrov, 1987).

Советы родителям.

Процесс траура ребёнка включает осмысление происшедшего через мысли и чувства. Если взрослые хотят удовлетворить потребности детей, то они должны располагать знаниями об их реакциях, должны быть подготовлены к вопросам и осведомлены о том, как они могут обеспечивать удовлетворение потребностей детей. Учитывая возможную смерть ребёнка или одного из родителей, персонал детского сада и школы также должен усвоить первоначальные знания о реакциях скорби у детей и взрослых.

Как сообщают о смерти? Сообщать о смерти должны прежде всего родители или другие близкие ребёнку люди. Иногда это приходится делать учительнице или просто кому-нибудь из взрослых. Ребёнок должен иметь возможность внутренне подготовиться, новость нельзя сообщать не мешкая, а следует спокойно посидеть с

ребёнком, выбрать для этого подходящее место. Тогда говорят о происшедшем прямо, например так: "Я должен тебе сообщить плохую новость. С твоим отцом случилось несчастье. Во время сварки произошёл взрыв, и твой отец получил тяжёлые повреждения. Повреждения были такие тяжёлые, что он, видимо, сразу умер" (Dyregrov, 1987).

Сразу же следует рассказать и об известных вам фактах. Важно, чтобы информация была достоверной, неточные сведения нужно проверить. Непосредственные реакции детей могут быть очень разные, взрослые должны быть готовы ко всему - от громкого протеста и отрицания до плача и отчаяния. Поэтому внешние условия (место) должны быть такими, чтобы ребёнок мог реагировать по-разному и взрослый мог провести с ребёнком некоторое время. Если ребёнок отрицает случившееся, это может быть признаком того, что он не может сразу воспринять несчастье, а нуждается во времени. Тогда можно сказать: "Мне кажется, что тебе трудно понять, что это действительно случилось с твоим братом, но, к сожалению, это правда". Это может изменить позицию отрицания, одновременно ребёнку дают понять, что его реакции вполне понятны.

Ребёнок, который вначале реагировал сильным плачем и отчаянием, может через несколько минут успокоиться и задать вполне конкретные вопросы: "Где его нашли?" или "Почему это случилось?". Если ребёнок безудержно плачет, важно, чтобы он мог выплакаться. Тогда лучше обнять его и подождать, пока плач не утихнет. Разговор должен быть конкретным. Если речь идёт о маленьких детях, нужно быть особенно осторожными с такими абстрактными понятиями, как "душа", или "сон", или "далёкий путь". Лучше сказать, например: "Мама теперь умерла, потому что её сердце остановилось. Она не может больше есть, у неё не растут больше волосы, и ей больше не больно".

Ребёнок и похороны. Важно знать, что ритуалы, связанные со смертью, выполняют важные задачи. Они способствуют нормальному протеканию процесса траура и дают возможность выразить скорбь символически. Церемонии являются переходным этапом между жизнью и смертью, они учат нас прощаться и способствуют появлению воспоминаний и чувств. Ритуалы нужны не только самым

близким людям, они дают и другим возможность оказать помощь, проявить внимание и заботу.

Многие взрослые люди боятся потерять во время исполнения ритуалов самообладание. Они боятся потерять сознание, боятся своего плача и отношения чужих людей. Поэтому они сокращают торжественные церемонии и выходят из положения, принимая таблетки. К сожалению, страх перед своей болью и бурными реакциями приводит к тому, что взрослые пытаются оградить детей от соприкосновения с травмирующим опытом. Поэтому детей вытесняют из мира взрослых, когда взрослые идут прощаться с покойным или их вообще не берут на похороны. Несмотря на происшедшие в этом отношении в последние годы перемены к лучшему, многие люди всё равно не берут детей с собой.

Между тем у детей имеется не меньшая, чем у взрослых, потребность получать для своей скорби конкретные точки опоры. Детям нужно принимать участие в похоронах, чтобы суметь постепенно смириться с потерей. Им нужно говорить о том, что тело умершего захоронят или кремируют.

Если ребёнок принимает участие в похоронах, то следует позаботиться о следующих обстоятельствах:

- ребёнок должен быть подготовлен;
- с ним должен находиться кто-нибудь из взрослых;
- у ребёнка должна быть возможность осмыслить свои впечатления.

Ребёнка нужно тщательно подготовить к прощанию с умершим. Ребёнку нужно рассказать, в каком помещении он лежит, как украшены это помещение и гроб, как покойник положен в гроб. Ребёнку можно, например сказать: "Он лежит в красивом белом гробу. Руки сложены на груди. Кожа кажется не такой, как обычно: она бледнее, и на ней синие пятна". Важно, чтобы кто-нибудь из взрослых вошёл в помещение раньше ребёнка и вернулся, чтобы сказать, что покойник выглядит совсем по-другому, чем обычно. Такая подготовка смягчает потрясение и предупреждает то, что события слишком сильно запечатлеются в памяти.

Детям следует также рассказать, как взрослые ведут себя на похоронах. Бурные реакции некоторых взрослых могут их напугать, особенно в том случае, если их об этом не предупреждали.

Дети должны знать, что происходит на похоронах и как это конкретно выглядит. Это касается внешней стороны церемонии, речей. Пользу детям приносит и личный опыт. Как они будут себя там чувствовать, как будут реагировать сами? Детям можно, не пугая их, рассказать о скорби и плаче.

Взрослые должны привлекать детей школьного возраста к принятию всех решений, связанных с похоронами, например, что одеть умершему. У детей могут быть свои важные для них пожелания, связанные с похоронами, о которых мы не будем знать, если не позволим им принимать участие в планировании и подготовке ритуалов.

Знакомый взрослый должен во время церемонии всё время находиться рядом с ребёнком. На похоронах отца или матери, сестры, брата, дедушки или бабушки эту задачу должен взять на себя кто-нибудь из взрослых, за исключением родителей. Это должен быть такой человек, которому ребёнок доверяет и рядом с которым он чувствует себя уверенно. У родителей должна быть возможность принимать участие в церемонии похорон, не беря на себя заботу о ребёнке. Взрослый, сопровождающий ребёнка, может в это время объяснять связанные с похоронами вещи, он утешает и выслушивает ребёнка либо уводит его, если ребенок об этом попросит.

Дети очень конкретны, и их конкретные проявления скорби помогают им. Ребёнка можно предварительно попросить взять с собой что-нибудь такое, что он хотел бы положить в гроб или на гроб. Это могут быть письмо, рисунок, цветок или что-нибудь, что ребёнок связывает со смертью. Так ребёнок может попрощаться и выразить свою скорбь конкретно. В случае внезапной смерти ни у взрослых, ни у детей нет возможности попрощаться. Дети часто думают о том, что бы они хотели сказать умершему. У ребёнка можно спросить: "Что бы ты хотел ему сказать, если бы знал, что говоришь с ним в последний раз?" Затем можно попросить его написать письмо, прошептать на ухо умершему или тихо сказать это про себя. Это один из способов попрощаться.

Маленьких детей надо при необходимости взять на руки, чтобы умерший был им хорошо виден.

Взрослые и дети должны иногда обхватывать покойника руками, обнимать его и целовать. Люди думают, что прикосновение

запрещено, ибо они считают умершего собственностью больницы или церкви. Позднее многие говорят, что они хотели прикоснуться к умершему, но не посмели этого сделать. Детям такое прикосновение можно разрешить. Это не опасно и превращает нереальное в реальность. Иногда дети постарше и подростки хотят остаться на мгновение наедине с умершим. У них можно также спросить, хотят ли они этого.

Родители должны быть готовы к реакциям детей во время похорон или при виде умершего. Особенно может шокировать взрослых поведение маленьких детей. Маленькие дети могут, например, засунуть пальцы в рот и нос умершего или приподнять его веки. Прежде всего они пытаются понять, не спит ли он. Многие дети становятся очень деятельными, и им трудно усидеть на месте. По мнению взрослых, в данной ситуации это нарушает необходимый покой и торжественность обстановки. Многие дети, однако, от обилия впечатлений ведут себя спокойнее, чем обычно. Взрослые в подобных ситуациях должны быть терпимыми.

Для детей очень важно последующее обсуждение событий. После церемонии детям нужно время, чтобы рассказать о своих впечатлениях или отобразить их в своих играх. Взрослые должны признать эту деятельность, предоставить место для неё и подталкивать к ней детей. Средства выражения у детей варьируют в зависимости от возраста. Самое главное, чтобы взрослые предоставили детям возможность осмыслить свои впечатления и с помощью слов и игры взять их под контроль.

Иногда ребёнок не хочет видеть умершего и участвовать в похоронах. Разумеется, нельзя принуждать его, но в то же время не следует слишком легко поддаваться. Дети могут, подобно взрослым, бояться таких ситуаций и не хотят принимать в них участие. Соппротивление ребёнка может быть сломлено, если ему объяснить, что там происходит и почему его присутствие там так важно, но заставлять ребёнка ни в коем случае нельзя.

Иногда родители неодобрительно относятся к мысли о присутствии детей на похоронах. И с их мнением следует считаться. Однако и в этом случае важно попытаться вместе с родителями выяснить значение присутствия ребёнка. Тогда они смогут серьёзно

взвесить своё решение. Если родители не в состоянии взять детей на похороны, то они могут позднее рассказать, что там происходило.

Детям обычно не разрешают прощаться с умершим, если он получил сильные повреждения. Поэтому же не могут его видеть и взрослые. Так можно делать только в крайнем случае. Своих больше интересуют знакомые черты, чем увечья покойного. Именно поэтому родители, ребёнок у которых умер при родах либо сразу после рождения, находят у него известное сходство с одним из них, например: "у него был мой подбородок" или "как будто бы мои глаза".

Веские психологические факторы говорят все же в пользу терпимости, ибо с внезапной смертью связано сильное чувство нереальности, и ложные представления обостряются, если умершего не показывают родственникам. Проще осмысливать приобретенный опыт, чем всё время возвращаться к мысли, что "это был не он", или представлять себе, какие следы насилия были на его теле, потому что не разрешено было его видеть. Близкие нередко хотят встретиться с работниками больницы, которые могут рассказать им, как умирал их родственник. Многие люди впоследствии сожалеют, что они не воспользовались такой возможностью.

Разумеется, бывают обстоятельства, когда родственникам не рекомендуют видеть умершего - это касается как взрослых, так и детей, но это лишь в крайнем случае. Если родственники хотят во что бы то ни стало увидеть его, то запрещать им этого нельзя. В этом случае лучше сосредоточиться на их подготовке и позднее не выпускать ситуацию из-под своего контроля.

О кремации умершего детям обычно рассказывать трудно. Поскольку маленькие дети считают смерть временным состоянием, то они понимают кремацию неправильно и считают, что она препятствует возвращению умершего. И всё же детям легче относиться к этому конкретно, чем взрослым. Детям можно сказать, что смерть означает гниение и тело, которое больше ничего не чувствует, превращается при сжигании в пепел.

Дети могут интересоваться различными деталями, связанными с кремацией. Это бывает мучительно для родителей. Вопросы, связанные с кремацией, лучше всего обсуждать прямо и откровенно. Подобное осмысление вызывает меньше тревоги в детях, у которых

есть религиозный фон, потому что они знают, что горит только тело, а душа возносится в небо (Dyregrov, 1987).

Откровенная и честная информация. От детей не стоит ничего скрывать. Они хотят знать правду, и они должны её узнать, но правду следует сообщать им в соответствующей их возрасту форме. О болезни и смерти надо говорить откровенно, опуская описания, которые вызывают растерянность и подавленность. Прежде всего в разговоре с маленькими детьми важно избегать абстрактных описаний. Если небо, Бог и Иисус не являются составной частью будней ребёнка, то нет смысла вспоминать о них в связи со смертью. Взрослым, может быть, легче искать поддержку в таких объяснениях, но детей подобное соединение абстрактных и конкретных понятий может привести в замешательство.

Если религия является частью жизни ребёнка, то её можно успешно использовать. Если исходить из такого решения, то лучше всего объяснять просто. Лучше сказать: "Бог позаботится о бабушке", чем: "Бог так любил бабушку, что взял её к себе".

Мы, взрослые, часто не говорим детям обо всём, так как не верим, что они это вынесут, или представляем себе, что им можно говорить только о простых вещах. В большинстве случаев мы защищаем себя, используя в качестве предлога потребности детей, чтобы избежать рассмотрения неприятных вещей. Родители недооценивают способность ребёнка понять и принять правду.

Если мы не говорим с детьми прямо и откровенно, то они узнают о случившемся от других людей. Это может подорвать взаимное доверие, которое существовало между ребёнком и родителями.

Одной откровенности и прямоты недостаточно, обо всём нужно сообщать разом. Если детям не рассказывают о каких-то важных фактах, то остаётся опасность, что они неожиданно узнают о происшедшем и будут разочарованы. Родители, безусловно, должны всё обдумать, прежде чем они начнут говорить с детьми, но промедление может иметь плохие последствия. Если обращались к спасительной лжи или рассказывали только часть правды, то следует по возможности быстро исправить положение: "Я не рассказала вчера

всего, потому что мне было трудно это сделать. Сейчас я постараюсь честно обо всём рассказать".

Очень редко можно переложить на чужие плечи сообщение о смерти. Ребёнку лучше узнать это от своих родителей, даже если их рассказ будет расплывчатым и неполным (Dyregrov, 1987).

Смерть после болезни. Во время предшествующей смерти болезни взрослые часто забывают, что дети нуждаются в "новых новостях" о развитии болезни и изменениях прогноза. Дети ощущают как изменение эмоционального климата в семье, так и ухудшение состояния больного.

Они нуждаются в информации, чтобы понять, что происходит. Когда они узнают, что человек, которого они любят, умирает, они могут начать его оплакивание до наступления смерти.

Часто дети догадываются об этом намного раньше, чем думают родители. Многие родители медлят с рассказом до тех пор, пока дети не узнают об этом от других, либо дети одни несут бремя своих подозрений. Дети могут также прямо спросить у родителей. Нижеприведённый ответ является простым и прямым:

«Маме становится хуже. Ей тяжело есть и дышать, и вообще бодрствовать. Врачи дают ей лекарства, которые снимают боль. Они сделали всё, что от них зависело, чтобы остановить болезнь, но больше они ничего не могут предпринять. Настанет день, может быть очень скоро, когда мама умрёт. Нам будет очень грустно, и мы будем ужасно тосковать по ней. Но она уже не будет ничего чувствовать и знать, потому что будет мертва. Если ребёнок верит в Бога, то конец может быть несколько изменён: «Тело мамы умрёт, но её душа попадёт к Иисусу» (Dyregrov, 1987).

Если прогноз болезни плохой, нужно заранее предупредить ребёнка, что, несмотря на усилия врачей, больной может не выздороветь. Хотя родители и дети надеются до последнего мгновения, нельзя смягчать боль детей с помощью ложных представлений.

Когда умирает один из родителей, повседневной жизни ребёнка может угрожать опасность, - тогда он хочет, чтобы кто-нибудь был всё время рядом с ним, хочет слышать, что о нём будут заботиться и т. п. В момент смерти детям важно, чтобы им разрешили находиться

рядом с отцом или матерью. В этом случае персонал больницы должен позаботиться о том, чтобы у умирающего не было болей. Современная больница не отвечает потребностям детей в подобных ситуациях. Их часто держат в изоляции от событий, вследствие чего они не могут спокойно проститься. Следовало бы организовать всё так, чтобы дети могли оставаться в больнице, если речь идёт не о днях, а о часах. У них должна быть возможность ночевать в больнице.

Родители должны получать советы, как говорить с детьми и как могли бы проститься с детьми умирающие мать или отец. Важно, чтобы это произошло ещё тогда, когда больной в состоянии проститься. С другой стороны, следует подчеркнуть, что смерть, вызванная болезнью, может быть совершенно иной, чем здесь описано. Поэтому многие из высказанных здесь пожеланий трудно исполнить. Однако часто препятствием является не состояние пациента, а привычная рутина и незнание потребностей детей.

Взрослые должны привлекать детей к уходу за тяжелобольными матерью, отцом, сестрой или братом. Разумеется, нельзя перегружать детей и возлагать на их плечи слишком большую ответственность, но ребёнок должен получить возможность почувствовать, что его помощь нужна, он должен знать, что происходит, и быть рядом с умирающим до тех пор, пока это возможно. Сохранять равновесие в таких ситуациях трудно, потому что дети хотят одновременно жить по возможности нормальной жизнью с соответствующими их возрасту играми и увлечениями.

Потеря должна стать реальностью. Происшедшее становится реальностью и в том случае, если хранить память об умершем и предоставить ей место в мире ребёнка. Взрослые и дети могут позднее убрать те предметы, которые больше не должны быть на виду. Не нужно запрещать детям принимать участие в уборке и приведении вещей в порядок. От этого остаётся хорошее и одновременно тяжелое чувство, и это является частью траурного процесса.

Довольно обычно, что родители и другие взрослые пытаются, несмотря на своё горе, сохранять бодрость и присутствие духа, чтобы защитить детей. Они прячут свои чувства, уходят в другую комнату

плакать и дают волю чувствам только после того, как дети идут спать. Иногда они стараются не говорить об умершем, ибо думают, что от этого боль усилится. Опыт показывает, что скрывание реакций не идёт детям на пользу: мы учим их скрывать чувства и служим поэтому плохим примером. Дети могут считать, что взрослые забыли умершего, или ощущают себя живущими в таком эмоциональном климате, где они не смеют обнаруживать свои чувства и говорить о них. Тогда детская скорбь может стать "тайной". Когда мы выражаем чувства словами, дети усваивают необходимое им для дальнейшей жизни. Мы учим их создавать свой регистр чувств и осмысливать свои чувства во время несчастий и кризисов (Dyregrov, 1987).

Предоставьте ребёнку время. Дети пытаются понять происшедшее с помощью вопросов: «что братик пьёт в могиле?», «как он лежит в гробу?», «у него растут волосы?».

Повторяющиеся вопросы показывают, что представления детей о смерти постепенно развиваются. Этим они испытывают терпение родителей и других взрослых, у которых в этой ситуации недостаёт сил. И всё же очень важно, что дети могут задавать такие вопросы и им дают время, чтобы они могли осмыслить происшедшее. Взрослые должны быть готовы к таким вопросам, которые волнуют детей. Если ты не способен ответить на вопрос, то скажи об этом детям. Если вопрос "плохой" и, чтобы ответить на него, тебе нужно время, можешь сказать им: "Мне сейчас трудно об этом говорить, я должна немного подумать, прежде чем отвечу".

С помощью компетентных советов взрослые могут подготовиться к реакциям детей. Таким образом они сумеют лучше заботиться о детях и отвечать на их вопросы.

Если мы хотим поговорить с детьми об умерших людях, то должны быть готовы к тому, что беседа может оказаться короткой. Дети уделяют нам внимание лишь короткое время и затем меняют тему разговора или говорят: "Я пойду теперь играть во двор". Это в первую очередь касается самых маленьких детей, но избегать продолжительных бесед могут и подростки. Следует помнить, что дети переносят сильные чувства хуже, чем взрослые, и их периоды скорби бывают короче.

Иногда дети вообще не хотят говорить о происшедшем. Это может быть настолько далеко, что они совсем не захотят слышать об умершем, потому что это для них мучительно. В таком случае следует воздержаться от оказания давления на детей и попытаться изыскать средства, с помощью которых можно будет позднее овладеть ситуацией.

Дети в своих играх и рисунках часто дают понять, что случившееся причиняет им горе, но взрослые не замечают этой информации. По данным исследований, родители недооценивают влияние критических событий на детей, как и то, насколько часто дети о них думают и сколько мучений они доставляют детям.

Часто люди осмысливают происшедшее, погружаясь в связанные с умершим воспоминания. Они смотрят фотографии, видеофильмы, ходят на кладбище. Дети могут, рассматривая, например, фотографии, заново переживать все, что они делали вместе с умершим. Чтобы лучше осмыслить происшедшее, маленькие дети могут заново переживать случившееся в играх. Взрослые должны примириться с подобными играми детей. Игра вносит цельность и упорядоченность в запутанные или хаотичные мысли детей. Многие дети имитируют погребальные ритуалы, хороня животных или насекомых. Они стараются таким образом понять, что происходит во время умирания, и пытаются взять происшедшее под контроль. На их рисунках можно видеть могилы, кресты, похоронные машины и другие предметы, связанные со смертью.

Дети не обращаются к игре, если они хорошо справились в какой-либо ситуации; игра для них является частью переработки происшедшего. Дети, играя, выражают те чувства и мысли, выразить которые непосредственно было бы трудно. В игре ребёнок может вычленил части потрясшего его события и затем вновь сложить их. В игре дети осмысливают потерю и снимают напряжение, завершая происшедшее счастливым концом.

Если родители скорбящего ребёнка или другие близкие люди замечают, что игра становится очень жёсткой, повторяющейся или печальной, они должны поговорить с ребёнком. Он, возможно, остался один со своими играми. Если подобные игры ребёнка вызывают у взрослого беспокойство, нужно обратиться за помощью к специалисту.

Важно, чтобы дети могли ходить на кладбище. Эти посещения не столь эмоциональны, как похороны. Они признают скорбь детей, и в то же время у детей появляется возможность говорить о своих мыслях и чувствах (Dyregrov, 1987).

Смелее говорите о чувствах. Обычно родители стараются скрывать от детей свои чувства по поводу утраты. Детям легче перенести печаль и горе членов семьи, чем молчание или неправду, поэтому ребенок должен быть включен в переживания всей семьи, ребенок тоже должен отгоревать свою потерю.

Переработка чувств, вызванных смертным случаем, наиболее успешна во время откровенной семейной беседы. В случае смерти одного из членов семьи очень важно, чтобы происшедшее обсудили совместно. Большое значение имеет, был ли кто-либо из членов семьи рядом с умирающим в момент смерти. Он располагает информацией, которая нужна остальным для того, чтобы понять случившееся. Часто детям рассказывают обо всём отрывочно и понемногу. Помощь извне может облегчить беседу в семье. Беседа особенно важна в случае внезапной смерти.

Поскольку после смертного случая страх и подавленность возрастают, существенно, чтобы всё дома, в детском саду и школе оставалось, насколько это возможно, без изменений. Привычные рутинные действия создают чувство уверенности среди страха и хаоса. В нестабильной обстановке точками опоры могут стать детский сад и школа. Лучше, если дети будут отсутствовать в школе или в детском саду как можно меньше. Это предполагает хорошее сотрудничество между школой и домом.

Дома следует производить по возможности меньше изменений. Часть родителей считает, что после смертного случая детям лучше быть у бабушки или у хороших друзей, ибо они сами не способны как следует заботиться о детях. Они не знают или не думают, насколько чувствительны дети, особенно самые маленькие, к изменениям. В большинстве случаев детям лучше быть вместе со своими скорбящими родителями, чем оказаться где-то "на поселении". Помимо того, у детей в этом случае возникает страх потерять родителей. Иногда родители могут быть настолько подавлены, что не

способны заниматься детьми. Тогда лучше пригласить к себе кого-либо из близких родственников, чем отправлять детей из дома.

Следует учитывать также потребность детей находиться рядом с родителями и спать с открытой дверью. В большинстве случаев дети быстро преодолевают этот этап и становятся "нормальными", если взрослые заботятся об удовлетворении их потребностей. Маленькому ребёнку можно разрешить некоторое время спать в кровати родителей, но это не должно продолжаться слишком долго.

Члены семьи должны беседовать между собой о страхе, связанном со смертью родителей и своей собственной. Детей нужно заверить, что ни с ними, ни с родителями ничего не случится. Они должны узнать, что после смерти близкого человека страх или тревога за родителей являются нормальной реакцией.

Родители или другие взрослые должны говорить с детьми о возможных угрызениях совести и самообвинениях. Надо выбрать такой момент, когда разговор об умершем будет естественным, например, тогда, когда дети сами коснутся этой темы.

Детей нужно также заверить в том, что о них будут заботиться. В случае смерти родителей они могут быть особенно озабочены тем, кто возьмет на себя заботу об удовлетворении их ежедневных потребностей. Нужно сказать детям, что в семье есть деньги на еду и одежду. Маленькие дети могут недоумевать по поводу того, кто будет им готовить. На эти вопросы следует ответить по возможности заблаговременно.

Временами тоска может становиться очень сильной. Взрослые должны помочь детям переносить тоску, они должны рассказывать о том, что тоска может долгое время оставаться очень сильной, но причиняемое ею страдание позднее ослабнет. Но взрослые должны говорить детям и о том, что им не нужно реагировать точно так же, как это делают взрослые. Они могут оплакивать по-своему, и никто не заставляет их всё время быть печальными (Dyregrov, 1987).

В период острого горя ребенок должен чувствовать, что его по-прежнему любят и что он не будет отвергнут. В это время ему нужна поддержка и забота со стороны взрослых (родителя или психолога), их понимание, доверие, а также доступность контакта, чтобы в любое время ребенок мог поговорить о том, что его волнует или просто посидеть рядом и помолчать.

Таким образом, благоприятными для детей условиями проживания горя являются следующие:

- хорошие отношения с родителем до его смерти;
- получение адекватной информации, откровенных ответов на вопросы ребенка;
- участие в процессе оплакивания вместе со всей семьей;
- хорошие отношения с оставшимся в живых родителем.

Приложение

Оказание первой помощи пострадавшим
(рекомендации от МЧС России)

1. Первоочередные действия при оказании первой помощи больным и пострадавшим

В первую очередь помощь оказывают тем, кто задыхается, у кого обильное наружное кровотечение, проникающее ранение грудной клетки или живота, кто находится в бессознательном или тяжелом состоянии.

1. Убедись, что тебе и пострадавшему ничто не угрожает. Используй медицинские перчатки для защиты от биологических жидкостей пострадавшего. Вынеси (выведи) пострадавшего в безопасную зону.
2. Определи наличие пульса, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет.
3. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей.
4. Восстанови дыхание и сердечную деятельность путем применения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
5. Останови наружное кровотечение.
6. Наложить герметизирующую повязку на грудную клетку при проникающем ранении.
Только после остановки наружного кровотечения, восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения делай следующее:
7. Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь». Наложить асептическую (чистую) повязку на раны.

8. Обеспечь неподвижность частей тела в местах перелома.
9. Приложи холод к больному месту (ушиба, перелома, ранения).
10. Уложи в сохраняющее положение, защити от переохлаждения, дай теплое подсоленное или сладкое питье (не поить и не кормить при отсутствии сознания и травме живота).

2. Порядок проведения сердечно-легочной реанимации

2.1. Правила определения наличия пульса, самостоятельного дыхания и реакции зрачков на свет (признаки «жизни и смерти»)

1. Определи наличие пульса на сонной артерии. (Пульс есть — пострадавший жив.)
2. Прислушайся к дыханию, установи наличие или отсутствие движений грудной клетки. (Движение грудной клетки есть — пострадавший жив.)
3. Определи реакцию зрачков на свет, приподнимая верхнее веко обоих глаз. (Зрачки на свету сужаются — пострадавший жив.)

К реанимации приступай только при отсутствии признаков жизни (пункты 1-2-3).

2.2. Последовательность проведения искусственной вентиляции легких

1. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей. С помощью марли (платка) удали круговым движением пальцев из полости рта слизь, кровь, иные инородные предметы.
2. Запрокинь голову пострадавшего. (Приподними подбородок, удерживая шейный отдел позвоночника.) Не выполнять при подозрении на перелом шейного отдела позвоночника!
3. Зажми нос пострадавшего большим и указательным пальцами. Используя устройство для искусственной вентиляции легких типа «рот-устройство-рот», герметизируй полость рта, произведи два максимальных, плавных выдоха ему в рот. Дай две-три секунды на каждый пассивный выдох пострадавшего.

Контролируй, приподнимается ли грудь пострадавшего при вдохе и опускается ли при выдохе.

2.3. Правила проведения закрытого (непрямого) массажа сердца

1. Определи место расположения мечевидного отростка, как показано на рисунке.
2. Определи точку компрессии на два поперечных пальца выше мечевидного отростка, строго по центру вертикальной оси.
3. Положи основание ладони на точку компрессии.
4. Компрессии проводи строго вертикально по линии, соединяющей грудину с позвоночником. Компрессии выполняй плавно, без резких движений, тяжестью верхней половины своего тела.

Глубина продавливания грудной клетки должна быть не менее 3-4 см, 100-110 надавливаний в 1 минуту.

5. — детям грудного возраста массаж производят ладонными поверхностями
второго и третьего пальцев;
— подросткам — ладонью одной руки;
— у взрослых упор делается на основании ладоней, большой палец
направлен на голову (на ноги) пострадавшего. Пальцы приподняты и не
касаются грудной клетки.
6. Чередуй два «вдоха» искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с 15 надавливаниями, независимо от количества человек, проводящих реанимацию.
7. Контролируй пульс на сонной артерии, реакцию зрачков на свет (определение эффективности реанимационных мероприятий).

Проводить закрытый массаж сердца нужно только на твердой поверхности!

2.4. Удаление инородного тела из дыхательных путей приемом Геймлиха

Признаки: Пострадавший задыхается (судорожные дыхательные движения), не способен говорить, внезапно становится синюшным, может потерять сознание.

Дети часто вдыхают части игрушек, орехи, конфеты.

1. Положи младенца на предплечье левой руки, ладонью правой руки хлопни 2-3 раза между лопатками. Переверни младенца вниз головой и подними его за ноги.
2. Обхвати пострадавшего сзади руками и сцепи их в «замок» чуть выше его пупка, под реберной дугой. С силой резко надави — сложенными в «замок» кистями — в надчревную область. Повтори серию надавливаний 3 раза. Беременным женщинам сдавливать нижние отделы грудной клетки.
3. Если пострадавший без сознания, сядь сверху на бедра, обеими ладонями резко надави на реберные дуги. Повтори серию надавливаний 3 раза.
4. Извлеки посторонний предмет пальцами, обернутыми салфеткой, бинтом. Перед извлечением инородного тела изо рта пострадавшего, лежащего на спине, необходимо повернуть голову набок.

ЕСЛИ В ХОДЕ РЕАНИМАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ НЕ ВОССТАНАВЛИВАЮТСЯ, А ЗРАЧКИ ОСТАЮТСЯ ШИРОКИМИ В ТЕЧЕНИЕ 30-40 МИНУТ И ПОМОЩИ НЕТ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ, ЧТО НАСТУПИЛА БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ ПОСТРАДАВШЕГО.

3. Алгоритмы оказания первой помощи пострадавшим при травматических повреждениях и неотложных состояниях

3.1. Первая помощь при наружном кровотечении

1. Убедись, что ни тебе, ни пострадавшему ничто не угрожает, надень защитные (резиновые) перчатки, вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения.
2. Определи наличие пульса на сонных артериях, наличие самостоятельного дыхания, наличие реакции зрачков на свет.
3. При значительной кровопотере уложить пострадавшего с приподнятыми ногами.
4. Останови кровотечение! Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».
5. Наложить (чистую) асептическую повязку.
6. Обеспечь неподвижность поврежденной части тела.

Положи холод (пакет со льдом) на повязку над раной (на болезненное место).

7. Придай пострадавшему устойчивое боковое положение.
8. Защити пострадавшего от переохлаждения, дай обильное теплое сладкое питье.

Точки прижатия артерий

1. Бедренная
2. Больше берцовая
3. Височная
4. Челюстная
5. Сонная
6. Лучевая
7. Плечевая
8. Подмышечная

На конечностях точка прижатия артерии к кости должна быть выше места кровотечения. На шее и голове — ниже раны или в ране (прижать пальцем).

3.2. Способы временной остановки наружного кровотечения

Зажать кровоточащий сосуд (рану)

Артерию следует сильно прижать мякотью двух—четырех пальцев или кулаком к близлежащим костным образованиям до исчезновения пульса.

Пальцевое прижатие артерии болезненно для пострадавшего и требует большой выдержки и силы от оказывающего помощь. До наложения жгута не отпускай прижатую артерию, чтобы не возобновилось кровотечение. Если начал уставать, попроси кого-либо из присутствующих прижать твои пальцы сверху.

Наложить давящую повязку или выполнить тампонаду раны

1. Удерживая зажатый сосуд, наложи давящую повязку из сложенных асептических (чистых) салфеток или нескольких туго свернутых слоев марлевого бинта. Тампонада раны: в рану плотно «набить» стерильный бинт, полотенце и т.д., затем прибинтовать к ране.

2. Если давящая повязка промокает, поверх нее наложи еще несколько плотно свернутых салфеток и крепко надави ладонью поверх повязки.

Наложить кровоостанавливающий жгут

Жгут — крайняя мера временной остановки артериального кровотечения.

1. наложи жгут на мягкую подкладку (элементы одежды пострадавшего) выше раны как можно ближе к ней. Подведи жгут под конечность и растяни.
2. Затяни первый виток жгута и проверь пульсацию сосудов ниже жгута или убедись, что кровотечение из раны прекратилось, а кожа ниже жгута побледнела.
3. наложи последующие витки жгута с меньшим усилием, накладывая их по восходящей спирали и захватывая предыдущий виток.
4. Вложи записку с указанием даты и точного времени под жгут. Не закрывай жгут повязкой или шиной. На видном месте — на лбу — сделай надпись «Жгут» (маркером).

Срок нахождения жгута на конечности 1 час, по истечении которого жгут следует ослабить на 10—15 минут, предварительно зажав сосуд, и снова затянуть, но не более чем на 20—30 минут.

Остановка наружного кровотечения жгутом-закруткой (более травматичный способ временной остановки кровотечения!)

1. наложи жгут-закрутку (турникет) из узкосложенного подручного материала (ткани, косынки, веревки) вокруг конечности выше раны поверх одежды или подложив ткань на кожу и завяжи концы его узлом так, чтобы образовалась петля. Встань в петлю палку (или другой подобный предмет) так, чтобы она находилась под узлом.
2. Вращая палку, затяни жгут-закрутку (турникет) до прекращения кровотечения.
3. Закрепи палку бинтом во избежание ее раскручивания.
Каждые 15 минут ослабляй жгут во избежание омертвления тканей конечности.

Если кровотечение не возобновляется, оставь жгут распушенным, но не снимай его на случай возникновения повторного кровотечения.

3.3. Первая помощь при ранении живота

1. Нельзя вправлять выпавшие органы в брюшную полость. Запрещено пить и есть! Для утоления чувства жажды смачивай губы.
2. Вокруг выпавших органов положи валик из марлевых бинтов (защити выпавшие внутренние органы).
3. Поверх валиков наложи асептическую повязку. Не прижимая выпавшие органы, прибинтуй повязку к животу.
4. наложи холод на повязку.
5. Защити пострадавшего от переохлаждения. Укутай теплыми одеялами, одеждой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

3.4. Первая помощь при проникающем ранении грудной клетки

Признаки: кровотечение из раны на грудной клетке с образованием пузырей, подсасывание воздуха через рану.

1. При отсутствии в ране инородного предмета прижми ладонь к ране и закрой в нее доступ воздуха. Если рана сквозная, закрой входное и выходное раневые отверстия.
2. Закрой рану воздухонепроницаемым материалом (герметизируй рану), зафиксируй этот материал повязкой или пластырем.
3. Придай пострадавшему положение «полусидя». Приложи холод к ране, подложив тканевую прокладку.
4. При наличии в ране инородного предмета зафиксируй его валиками из бинта, пластырем или повязкой. Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

3.5. Первая помощь при кровотечении из носа

Причины: травма носа (удар, царапина); заболевания (высокое артериальное давление, пониженная свертываемость крови); физическое перенапряжение; перегревание.

1. Усади пострадавшего, слегка наклони его голову вперед и дай стечь крови. Сожми на 5-10 минут нос чуть выше ноздрей. При этом пострадавший должен дышать ртом!
2. Предложи пострадавшему сплевывать кровь. (При попадании крови в желудок может развиться рвота.)
3. Приложи холод к переносице (мокрый платок, снег, лед).
4. Если кровотечение из носа не остановилось в течение 15 минут — введи в носовые ходы свернутые в рулончик марлевые тампоны.

Если кровотечение в течение 15-20 минут не останавливается, направь пострадавшего в лечебное учреждение.

3.6. Первая помощь при переломах костей

1. Убедись, что ни тебе, ни пострадавшему ничто не угрожает, вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения.
2. При открытых переломах сначала останови наружное кровотечение.
3. Обеспечь неподвижность места переломов костей с помощью шин или подручных средств (ветка, доска) поверх одежды.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь»

4. Наложить на рану асептическую повязку.
При открытом переломе.
5. Положи холод (пакет со льдом) на повязку над раной (на болезненное место).
6. Укутай пострадавшего теплым (спасательным) одеялом, одеждой.

3.7. Правила иммобилизации (обездвиживания)

Иммобилизация является обязательным мероприятием. Только при угрозе пострадавшему спасателю допустимо сначала перенести пострадавшего в безопасное место.

1. Иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома.
2. В качестве иммобилизирующего средства (шины) можно использовать плоские узкие предметы: палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены. Шину после наложения необходимо зафиксировать бинтами или пластырем. Шину при закрытых переломах (без повреждения кожи) накладывают поверх одежды.
3. При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки.
4. Шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) прикрепить к конечности бинтом, плотно, но не очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение. При переломе нижней конечности шины накладывают с двух сторон.
5. При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу.

3.8. Первая помощь при термических ожогах

1. Убедись, что тебе ничто не угрожает. Останови (сбей с ног) пострадавшего.
2. Потуши горящую одежду любым способом (накрой человека покрывалом).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь». Обеспечь доставку пострадавшего в ожоговое отделение больницы.

3. Вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения. Орошать место ожога разведенным водой спиртом (1:1), водкой 2-3 минуты (охлаждение, дезинфекция, обезболивание), затем холодной водой 15-30 минут.
4. Пузыри не вскрывать, прилипшую одежду обрезать вокруг

ожоговой раны! Из раны не удалять посторонние предметы и прилипшую одежду! Наложить на ожоговую поверхность стерильную повязку и холод поверх повязки. Дать обильное теплое подсоленное питье (минеральную воду).

3.9. Первая помощь при общем переохлаждении

1. Вынести (вывести) пострадавшего за пределы зоны поражения, обеспечив собственную безопасность.
2. Занести пострадавшего в теплое помещение или согреть пострадавшего (укутать пострадавшего теплым (спасательным) одеялом, одеждой).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

3. Если пострадавший в сознании, дай обильное горячее сладкое питье. Накорми горячей пищей. *Использование алкоголя запрещено!*

При признаках собственного переохлаждения борись со сном, двигайся; используй бумагу, пластиковые пакеты и другие средства для утепления своей обуви и одежды; ищи или строй убежище от холода.

3.10. Первая помощь при отморожении

1. Внеси пострадавшего в теплое помещение.
2. Укутай отмороженные участки тела в несколько слоев. Нельзя ускорять внешнее согревание отмороженных частей тела. Тепло должно возникнуть внутри с восстановлением кровообращения.

При отморожении использовать масло или вазелин, растирать отмороженные участки тела снегом запрещено.

3. Укутай пострадавшего в одеяла, при необходимости переодень в сухую одежду.

4. Дай обильное горячее сладкое питье. Накорми горячей пищей.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

3.11. Первая помощь при поражении электрическим током

1. Обеспечь свою безопасность. Надень сухие перчатки (резиновые, шерстяные, кожаные и т.п.), резиновые сапоги. По возможности отключи источник тока. При подходе к пострадавшему по земле иди мелкими, не более 10 см, шагами.
2. Сбрось с пострадавшего провод сухим токонепроводящим предметом (палка, пластик). Оттащи пострадавшего за одежду не менее чем на 10 метров от места касания проводом земли или от оборудования, находящегося под напряжением.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

3. Определи наличие пульса на сонной артерии, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.
4. При отсутствии признаков жизни проведи сердечно-легочную реанимацию.
5. При восстановлении самостоятельного дыхания и сердцебиения придай пострадавшему устойчивое боковое положение.
6. Если пострадавший пришел в сознание, укрой и согрей его. Следи за его состоянием до прибытия медицинского персонала, может наступить повторная остановка сердца.

3.12. Первая помощь при утоплении

1. Убедись, что тебе ничто не угрожает. Извлеки пострадавшего из воды. (При подозрении на перелом позвоночника вытаскивай пострадавшего на доске или щите.)
2. Уложи пострадавшего животом на свое колено, дай воде стечь из дыхательных путей. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей. Очисти полость рта от посторонних предметов (слизь, рвотные массы и т.п.).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

3. Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.
4. Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации. Продолжай реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения.
5. После восстановления дыхания и сердечной деятельности придай пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрой и согрей его. Обеспечь постоянный контроль за состоянием.

3.13. Первая помощь при черепно-мозговой травме

1. Остановить кровотечение. Плотно прижми к ране стерильную салфетку. Удерживай ее пальцами до остановки кровотечения. Приложи холод к голове.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

2. Контролируй наличие пульса на сонных артериях, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет.
3. При отсутствии пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания проводи сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения или до прибытия медицинского персонала.
4. После восстановления дыхания и сердечной деятельности придай пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрой и согрей его. Обеспечь постоянный контроль за его состоянием.

3.14. Первая помощь при отравлениях

3.14.1. Первая помощь при пероральных отравлениях (при поступлении токсического вещества через рот)

Срочно вызови бригаду скорой медицинской помощи. Выясни обстоятельства происшедшего (в случае лекарственного отравления

предъяви обертки от лекарств прибывшему медицинскому работнику).

Если пострадавший в сознании

1. Обеспечь промывание желудка. Давай выпить по стакану чистой воды температурой 18-20°C. На один литр воды желательно добавить десертную ложку соли (10 г) и чайную ложку пищевой соды (5 г). После приема каждые 300—500 мл воды следует вызывать рвоту, прикоснувшись пальцами к корню языка. Общий объем принятой жидкости при промывании желудка должен быть не меньше 2500—5000 мл. *Промывание желудка проводить до «чистых промывных вод». При отсутствии сознания желудок не промывать!*
2. Раствори в стакане воды 10-20 таблеток активированного угля до состояния кашицы. Дай пострадавшему выпить (в качестве абсорбента).

Если пострадавший без сознания

1. Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.
2. Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют, немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации.
3. Уложи пострадавшего в устойчивое боковое положение.
4. Укутай пострадавшего теплыми одеялами, одеждой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

3.14.2. Первая помощь при ингаляционных отравлениях (при поступлении токсического вещества через дыхательные пути)

Признаки отравления угарным газом: резь в глазах, звон в ушах, головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания, покраснение кожи.

Признаки отравления бытовым газом: тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота; резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения;

сонливость, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение (посинение) кожи, поверхностное дыхание, судороги.

1. Убедись, что ни тебе, ни пострадавшему ничто не угрожает, вынеси пострадавшего в безопасное место или открой окна, проветри помещение.

Вызови скорую медицинскую помощь.

2. Определи наличие пульса на сонных артериях, наличие реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.
3. Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют— немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации.
4. При восстановлении самостоятельного дыхания и сердцебиения придай пострадавшему устойчивое боковое положение.

4. Алгоритмы оказания первой помощи при острых заболеваниях и неотложных состояниях

4.1. Первая помощь при сердечном приступе

Признаки: острая боль за грудиной, отдающая в левую верхнюю конечность, сопровождающаяся «страхом смерти», сердцебиение, одышка.

1. Если больной без сознания, определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.
2. Определи наличие сердцебиения самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет. При отсутствии приступай к сердечно-легочной реанимации.

Вызови, поручи окружающим вызвать скорую медицинскую помощь. Обеспечь поступление свежего воздуха, расстегни тесную одежду, придай полусидячее положение.

4.2. Первая помощь при поражениях органов зрения

4.2.1. При попадании инородных тел

1. Обильно промой глаз чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывай так, чтобы вода не попадала в неповрежденный глаз.

2. Закапай (по возможности) две капли 30%-го раствора сульфацила натрия (альбуцид) в каждый глаз.
3. При невозможности удаления инородного тела наложи повязку на оба глаза (если не закрыть повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движения и боль в пострадавшем глазу). Немедленно обратись в лечебное учреждение.

Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

Обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

4.2.2. При химических ожогах глаз

1. Осторожно раздвинь веки пальцами, обильно промой глаза чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывай глаза так, чтобы вода стекала от носа к виску.
2. Наложить повязку на оба глаза (если не закрыть повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движения и боль в пострадавшем глазу). Немедленно обратись в лечебное учреждение.

Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

При попадании кислоты можно промыть глаза 2%-м раствором пищевой соды (на стакан кипяченой воды добавить на кончике столового ножа пищевой соды).

При попадании щелочи можно промыть глаза 0,1%-м раствором лимонной кислоты (на стакан кипяченой воды добавить 2-3 капли лимонного сока).

4.2.3. При травмах глаз и век

Пострадавший должен находиться в положении «лежа»

1. Закапай (по возможности) две капли 30%-го раствора сульфацила натрия (альбуцид) в каждый глаз.
2. Наложить повязку на оба глаза (если не закрыть повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движения и боль в пострадавшем глазу). Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

Обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

4.3. Первая помощь при укусах ядовитых змей

Ограничь подвижность пострадавшей конечности.

1. При укусе ноги прибинтуй ее к другой ноге.
2. При укусе руки — зафиксируй ее в согнутом положении.
3. При остановке сердца и дыхания приступай к сердечно-легочной реанимации.

Обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение для введения противозмеиной сыворотки.

4.4. Первая помощь при укусах насекомых

1. При укусе насекомого удали жало из ранки.
2. Приложи холод к месту укуса.

При возникновении аллергической реакции обратиться к врачу. Следи за состоянием больного до прибытия медицинского работника.

4.5. Первая помощь при обмороке

Признаки: бледность, внезапная кратковременная потеря сознания.

1. Уложи пострадавшего на спину с приподнятыми ногами, ослабь галстук, расстегни ворот верхней одежды, ослабь брючный ремень, сними обувь, обеспечь доступ свежего воздуха.

Обратиться к врачу для обследования и определения причины обморока.

Если сознание не восстанавливается более 3-5 минут, вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

4.6. Первая помощь при тепловом (солнечном) ударе

Признаки: слабость, сонливость, жажда, тошнота, головная боль; возможны учащение дыхания и повышение температуры, потеря сознания.

1. Перенеси пострадавшего в прохладное, проветриваемое место (в

тень, к открытому окну).

2. Уложи пострадавшего. Расстегни воротник, ослабь ремень, сними обувь.
3. Определи наличие пульса на сонных артериях, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет.

При отсутствии указанных признаков приступай к сердечно-легочной реанимации.

4. Положи на голову, шею и паховые области, смоченные в холодной воде полотенца (салфетки).
5. *При потере сознания* более чем на 3-4 минуты переверни пострадавшего в устойчивое боковое положение.
6. При судорогах удерживай голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.
7. При восстановлении сознания напои пострадавшего прохладной минеральной или обычной, слегка подсоленной водой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

Программированный контроль знаний

Вопрос 1. Как правильно обозначить тревожное расстройство, при котором человек не может освободиться от переживаний травматического события или серии таких событий:

- 1) Генерализованное тревожное расстройство
- 2) Обсессивно-компульсивное расстройство
- 3) Посттравматическое стрессовое расстройство
- 4) Фобическое расстройство

Вопрос 2. У кого из перечисленных людей НАИМЕНЕЕ, вероятно развитие посттравматического стрессового расстройства в ответ на травму:

1. Молодой и не очень образованный мужчина
2. Средних лет женщина, в молодости лечившаяся у психиатра
3. Молодая женщина, пережившая в детстве изнасилование
4. Средних лет мужчина с хорошей социальной поддержкой

Вопрос 3. По имеющимся статистикам, более чем у 60% участников войны в Чечне с посттравматическим стрессовым расстройством его возникновение связано не с собственно участием в боевых действиях, а с:

- 1) Врожденным дефицитом стрессоустойчивости
- 2) Наличием латентных психических расстройств
- 3) Недостаточностью социальной поддержки после войны
- 4) Травматическим опытом раннего детства

Вопрос 4. Какое утверждение о травматическом стрессе верно:

- 1) Проявление под действием стресса латентных психических расстройств
- 2) Нормальная реакция на ненормальные обстоятельства
- 3) Болезненная по своему существу и механизмам реакция
- 4) Стресс физической травмы

Вопрос 5. Как психопатологическое проявление синдром деперсонализации-дереализации:

- 1) Встречается крайне редко
- 2) Является типичным органическим нарушением
- 3) Занимает третье место после депрессии и тревоги

Вопрос 6. Определяющая характеристика синдрома деперсонализации-дереализации:

- 1) Чувство овладения чуждыми, внеперсональными силами
- 2) Сверхпороговая, болезненно обостренная и трудно переносимая интеро- и экстероцептивная чувствительность
- 3) Особое переживание нереальности и отчуждения, сопровождающее осознаваемый чувственный опыт
- 4) Размывание или утрата границ между внешним и внутренним чувственным опытом

Вопрос 7. В лечении посттравматического стрессового расстройства психотерапия является:

1. Вспомогательным методом
2. Обязательным методом
3. Редко используемым методом
4. Ограниченно используемым методом

Вопрос 8. Как называются расстройства, для которых характерны транзиторные нарушения интеграции или утраты какой-то части функций памяти, сознания, моторики и собственной идентичности:

- 1) Шизофренического спектра
- 2) Тревожные
- 3) Диссоциативные
- 4) Панические

Вопрос 9. Какое из перечисленных расстройств часто наблюдается во время войн и катастроф:

- 1) Диссоциативная амнезия
- 2) Маниакальный эпизод
- 3) Невроз навязчивых состояний
- 4) Социальные фобии

Вопрос 10. Психологический дебрифинг после стрессовой травмы преследует цель:

- 1) Подавления острых реакций
- 2) Снятия беспокоящих симптомов
- 3) Предупреждения хронизации реакции и отставленных ее проявлений
- 4) Профилактики соматических катастроф

Вопрос 11. Какая из перечисленных стадий НЕ входит в число фаз описанного Г.Селье адаптационного синдрома:

- 1) Истощения
- 2) Тревоги
- 3) Генерализации
- 4) Сопротивления

Вопрос 12. Возврат к поведению, свойственному более ранним этапам развития:

- 1) Атавизм
- 2) Инфантилизм
- 3) Регресс
- 4) Ретрофлексия

Ответы на тестовые задания

К части I:

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	4	19	3	37	3
2	2	20	3	38	3
3	2	21	2	39	3
4	2	22	5	40	4
5	1	23	5	41	4
6	2	24	2	42	3
7	2	25	8	43	2
8	1	26	8	44	4
9	2	27	5	45	1
10	1	28	3	46	2
11	2	29	1	47	4
12	1	30	4	48	3
13	1	31	3	49	7
14	1	32	3	50	2
15	4	33	4	51	4
16	2	34	4	52	4
17	2	35	1		
18	3	36	2		

К части II:

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	3	5	3	9	1
2	4	6	3	10	3
3	3	7	2	11	3
4	2	8	3	12	3

Список литературы

Акиндинова И. А. Суицид и его предотвращение // Кораблина Е.П., Акиндинова И.А., Баканова А.А., Родина А.М. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. СПб., 2001. - С. 212-222.

Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного исследования/Комплексные исследования в суицидологии. Сб. науч. тр.- М., 1986.

Амбрумова А.Г. О деятельности Федерального научно-методического центра суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. № 3.

Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике // Методические рекомендации. М., 1986.

Баканова А. А. Смерть и работа горя //Кораблина Е. П., Акиндинова И. А., Баканова А. А., Родина А. М. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. - СПб., 2001.

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. Пер.с англ. СПб.: Питер,. 2003.

Бек П., Ольсен Л.Р., Нимеус А. Психометрические шкалы оценки суицидального риска. В книге: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.

Бердяев Н. О самоубийстве // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001 С. 89-112.

Вагин Ю.Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков).— Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001.— 292 с.

Василюк Ф.Е. Переживание горя и утраты // Информационно аналитический бюллетень. 2001. №3.

Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М. : Миклош, 2008. – 280 с.

Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е издание. Киев - Харьков - Минск — 2002.

- Гроф С., Гроф К. Неистовый поиск себя. Пер. с англ. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1996.
- Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. Пер. с англ.; - М.: МЕДпресс-информ, 2005.-576 с.
- Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994.
- Ефремов В.С. Основы суицидологии. Санкт-Петербург. 2004г.
- Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
- Каган В.Е. Практическая психология для психологов и врачей: обучающий тестовый контроль. – Смысл, Академический проект, 1999. - 807 с.
- Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // Сумерки богов.- М.: Политиздат, 1989.- С.222-319.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1-2. М., 1994.
- Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. – 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
- Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2004. – 960 с.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с. – (Серия «Практикум по психотерапии»).
- Козлов В.В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 302 с.
- Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб, 2002.
- Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001.
- Костюкевич В.П. Методика психодиагностики суицидального риска сотрудников ОВД. Домодедово, 2001.

Косырев В. Н. Клиническая психология: Учеб.-метод, комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. - 451с.

Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство: Учебно-методическое пособие. Минск, 2003.

Лагерхейм Б. Депрессия. В кн.: Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 141-161.

Левин С. Кто умирает? - К.: София, 1996.

Линдемманн Э. Клиника острого горя // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1980.

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. 2000.

Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2010. – 928 с.

Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2008. – 445 с.

Меннингер К. Война с самим собой. Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. – СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001. – 78 с.

Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. - М.: Смысл, 1999. - 410 с.

Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.- М.: Экспертное бюро-М., 1997.- 421 с.

Программа тестовых заданий для сдачи экзамена на сертификат специалиста по психотерапии. Под ред. В.А. Ташлыкова. – СПб, 1998. – 264 с.

Профилактика суицидального поведения: методические рекомендации. Сост. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., М., 1980 г. 23с.

Психологическая помощь мигрантам. Под общей редакцией Г.У.Солдатовой. Москва, Смысл, 2002.

Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом. М.: Прогресс, 1993.

Решетников М.М. и др. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал, М., 1989. Т. 10. №4.

Ромек В.Г. Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., 2004.

Рутц В. Готландское исследование. В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.

Соловейчик М. Я. Кризис и основы кризисной интервенции // Мастерство психологического консультирования. /Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. – СПб., 2002.

Старшенбаум В.Г. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.

Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: «Когито-Центр», 2005. - 376 с.

Субрийе Ж.П. Сотрудничество психиатров и врачей других специальностей. В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.

Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., «Когито-Центр», 2001.-569 с.

Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Изд. "Питер", 2001.

Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.

Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.

Хултен А., Отто У. Самоубийства детей и подростков. В кн.: Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 162-177.

Хэнел Т. Депрессия, или Жизнь с дамой в черном / Пер. с нем. – СПб.: Питер, 2009. – 208 с.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер.с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

Черепанова Е. М. Психологический стресс. Книга для школьных психологов, родителей и учителей. М.: Издательский центр «Академия», 1996. – 219 с.

Энгстрём И., Ларссон Б. Хронические соматические болезни. В кн.: Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 308-315.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. - 685 с.

Яхин К.К., Калмыков Ю.А. Психологическая помощь лицам с суицидальным поведением. – Казань, КГМУ, 2009. – 100 с.

Яхин К.К., Калмыков Ю.А. Суициды и парасуициды в Республике Татарстан. XIII съезд психиатров России. 10-13 октября 2001 года (материалы съезда). Москва, 2001. С.124-125).

Яхин К.К., Калмыков Ю.А., Тимуца О.В. Библиотерапия как средство психологической помощи и самопомощи. XIV съезд психиатров России. 10-13 ноября 2005 года (материалы съезда). Москва, 2005. С.112-115).

Clark A. Working with grieving adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004; vol. 10, p. 164–170.

Hodelet N., Hughson M. What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin* 2001; 25, 43–45.

Jachin K.K., Kalmykov J.A. Anwendung der funktionalen diagnose und der existentialen psychotherapie wahrend der spaten residualperiode der zerebralen kinderlahmung (ZKL) im fachrehabilitationszentrum fur behinderte. Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme. Schwindel – Kooperation Akut-/Rehaklinik: Tagungband zum 3. Rena-Symposium Neurologie und Orthopadie, Lingen. – 1. Aufl. – Munster:Rhema, 1997 – P.120-124.