

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

О. В. ШИЛОВА, Н. В. ХМАРА,
Н. П. ШИЛОВА

ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВ, СЕМЕЙНОЙ АГРЕССИИ И СУИЦИДОВ

Учебно-методическое пособие
для студентов лечебного и медико-диагностического факультетов
медицинских вузов

Гомель
ГомГМУ
2011

УДК 616.89-008.19-008.441.44-084

ББК 52.525.1+56.14-322

Ш 59

Рецензент:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Гомельского государственного медицинского университета

Т. М. Шаршакова

Шилова, О. В.

Ш 59 Профилактика стрессов, семейной агрессии и суицидов: учеб.-метод. пособие для студентов лечебного и медико-диагностического факультетов медицинских вузов / О. В. Шилова, Н. В. Хмара, Н. П. Шилова. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2011. — 32 с.

ISBN 978-985-506-350-7

Предназначено для студентов лечебного и медико-диагностического факультетов, составлено в соответствии с типовыми программами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 февраля 2011 г., протокол № 2.

УДК 616.89-008.19-008.441.44-084

ББК 52.525.1+56.14-322

ISBN 978-985-506-350-7

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Внутренние кризисы или восемь этапов развития нашей жизни	5
Стресс как медико-психологическая проблема	8
Тревога как индикатор стресса	9
Основные клинические проявления стресса	10
Горе. Как его пережить.....	12
Что следует и чего не следует делать при помощи пациенту, находящемуся в состоянии горя	14
Семья и ее роль в переживании стрессов	14
Внутрисемейная агрессия и ее профилактика.....	19
Этапы профилактики семейной агрессии.....	19
Как оценить риск самоубийства	25
Как вести себя с суицидоопасным человеком	26
Литература	29

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире стрессы являются неотъемлемой частью нашей жизни. Разные люди обладают различной устойчивостью к стрессу. Длительное воздействие приводит к перенапряжению нервной системы и развитию целого ряда расстройств, связанных со стрессом. Существует множество причин, которые способствуют развитию таких состояний. Это и ускорение темпа жизни и усложнение системы отношений, изменение привычного уклада, повышение (или понижение) уровня жизни, потеря старых ценностей и установок. Благодаря мощному развитию современных СМИ люди ежедневно сталкиваются с преступлениями против личности, многообразными видами насилия и жестокости, сильнейшими катастрофами: природными катаклизмами, уносящими тысячи жизней. Это вызывает массовое увеличение напряжения с соответствующей симптоматикой: повышение уровня общей тревожности, снижение настроения, возрастание таких переживаний, как одиночество, ненужность, бессмысленность существования, страх за будущее.

Биопсихосоциальная модель происхождения психических расстройств предполагает учет влияния нескольких групп факторов. Это биологические особенности в виде наследственной предрасположенности, психологические (в виде особенностей личностной структуры, в значительной степени определяемой структурой психологических защит, формирующихся в семье в возрасте до 5 лет, это так называемый «стресс-диатез»), а также социальные факторы — стрессовые события индивидуальной истории и влияние среды.

В последнее время особое внимание уделяется роли семьи в формировании различных патологических паттернов реагирования как одной из причин возникновения психических расстройств. Известно, что характер отношений с близкими людьми в раннем детстве определяет трудности во взаимоотношениях с окружающими во взрослом состоянии, а при наличии биологической предрасположенности — и характер психопатологии. Родительские «интроекты» во многом определяют отношения с другими людьми и обуславливают межличностные трудности пациентов с различными психическими расстройствами.

Традиционно семейному воспитанию отводится самая важная роль в формировании личности человека. Такой подход имеет глубокие психологические и социальные корни. Для ребенка семья является не только необходимым условием существования, питания, защиты и заботы. Она выполняет и много других значимых функций. Это семья как «социальный фон» — источник информации и мире и жизни, о том, что такое хорошо и что такое плохо (не по тому, что говорится, а по тому, как близкие люди реагируют на те или иные события). Семья — источник непосредственной, глубоко проникающей в сознание человека информации о том, хорош ли мир или опасен и о том, как надо строить отношения с другими людьми — завое-

вывать то, что считаешь вправе, ждать награды или просто работать радостно. Это источник самооценки и знаний о тех критериях, по которым человек будет всю жизнь затем оценивать себя как успешный или неуспешный, умный или недалекий, богатый или бедный, неудачник или победитель.

Подрастающий человек часто получает противоречивую информацию — тревожный и старательный подросток у чрезмерно требовательных родителей может чувствовать себя неудачником даже при наличии реальных успехов, а в другой семье родители вместе с подростком могут искренно гордиться тем, что он выпил бутылку водки и самостоятельно пришел домой.

ВНУТРЕННИЕ КРИЗИСЫ ИЛИ ВОСЕМЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ НАШЕЙ ЖИЗНИ

В энциклопедическом словаре кризис (от греч. *Crisis* — решение, поворотный пункт, исход) определяется как резкий, крутой перелом или острое затруднение в чем-либо, тяжелое переходное состояние или тяжелое положение.

На протяжении жизни мы постоянно сталкиваемся с различными задачами, которые требуют от нас новых навыков и умений. Эти преобразования часто даются с трудностями и поэтому получили название личностных кризисов. Личностный кризис и ее возрастную динамику исследовали многие авторы. Эрик Эриксон, один из последователей З. Фрейда, создатель эго-теории личности, выделил 8 стадий психосоциального развития личности. Он считал, что каждая из них сопровождается «кризисом — поворотным моментом в жизни индивидуума, который возникает как следствие достижения определенного уровня психологической зрелости и социальных требований, предъявляемых к индивидууму на этой стадии». Каждый психосоциальный кризис сопровождается как позитивными, так и негативными последствиями. Если конфликт разрешен, то личность обогащается новыми, положительными качествами, если не разрешен — возникают симптомы и проблемы, которые могут повлечь за собой развитие психических и поведенческих расстройств (E. N. Erikson, 1968).

На 1-й стадии психосоциального развития (рождение — 1 год) уже возможен 1-й важный психологический кризис, обусловленный недостаточным материнским уходом и отвержением ребенка, что лежит в основе «базального недоверия», которое в дальнейшем потенцирует развитие страха, подозрительности, аффективных расстройств.

На 2-й стадии психосоциального развития (1–3 года) психологический кризис сопровождается появлением чувства стыда и сомнения, что в дальнейшем потенцирует формирование неуверенности в себе, тревожной мнительности, страхов, обсессивно-компульсивного симптомокомплекса.

На 3-й стадии психосоциального развития (3–6 лет) психологический кризис сопровождается формированием чувства вины, покинутости и ник-

ченности, что впоследствии может стать причиной зависимого поведения, импотенции или фригидности, а так же расстройств личности.

Дети с чрезмерными страхами и тревогой, связанной с разлукой со значимыми близкими, сопровождающимися неадекватными страхами одиночества и расставания, ночными кошмарами, социальной аутизацией и рецидивирующими соматовегетативными дисфункциями, нуждаются в консультации и лечении психиатра. В МКБ-10 такое состояние классифицируется как «тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте» (F 93.0).

Дети школьного возраста или 4-я стадия по Э. Эриксону (6–12 лет) приобретают в школе знания и навыки межличностного общения, определяющие их личную значимость и достоинство. Кризис этого возрастного периода сопровождается появлением чувств неполноценности или некомпетентности, чаще всего, обусловленных успеваемостью ребенка в школе. В дальнейшем эти дети могут утратить уверенность в себе, способность эффективно трудиться и удерживаться в отношениях.

У младших школьников (в основном после 9 лет) уже наблюдается суицидальная активность, которая, чаще всего, обусловлена не серьезными психическими заболеваниями, а ситуационными реакциями, источником которых являются, как правило, внутрисемейные конфликты.

Подростковый период (12–18 лет) или 5-я стадия психосоциального развития, традиционно считается наиболее уязвимым для стрессовых ситуаций и для возникновения кризисных состояний. Э. Эриксон считает, что в психосоциальном развитии в этот период происходит развитие кризиса идентичности или ролевое смещение, которое проявляется в 3-х основных сферах поведения:

- проблема выбора карьеры;
- выбор группы, на мнение которой он будет опираться в оценках себя, и членство в ней;
- употребление алкоголя и наркотиков, которое может временно ослабить эмоциональные стрессы и позволяет испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности.

Если в этом возрасте возникают мысли о суициде, то носят характер, как мести за обиду, ссоры и нотации со стороны учителей и родителей. Преобладают мысли типа: «вот я умру назло вам и посмотрю, как вы будете страдать и сожалеть о том, что были несправедливы ко мне».

В молодости (или ранней зрелости 6-я стадия по Э. Эриксону — 20–25 лет) молодые люди ориентированы на получение профессии и создание семьи. Главной проблемой, которая может возникнуть в этот возрастной период, является поглощенность собой и избегание близких отношений, это является психологической основой для возникновения чувства одиночества, экзистенциального вакуума и социальной изоляции. Если кризис успешно преодолен, то у молодых людей формируется способность любить.

По миновании подросткового возраста, мысли о смерти все реже посещают молодых людей и они очень редко задумываются о ней. Студенты в 90 % случаев сказали, что они редко думают о собственной кончине, в личностном отношении она для них мало значима (J. Hinton, 1972).

В зрелом возрасте (7-я стадия по Э. Эриксону, 26–64 года) доминируют потребности в самоуважении и самоактуализации (по А. Maslow). Наступает время подведения первых итогов сделанного в жизни. Э. Эриксон считает, что для этой стадии развития личности характерна также забота о будущем благополучии человечества (в противном случае возникает безразличие и апатия, нежелание заботиться о других, самопоглощенность собственными проблемами).

В эту пору жизни возрастает частота депрессий, суицидов, тревожных расстройств и зависимых форм поведения. Смерть сверстников побуждает к размышлениям о конечности собственной жизни. По данным различных психологических и социологических исследований, тема смерти актуальна для 30–70 % лиц этого возраста. Для этого периода также характерно чувство разочарования в профессиональной карьере и семейной жизни. Это обусловлено тем, что, как правило, если ко времени наступления зрелости не реализованы поставленные цели, то они уже мало достижимы.

Пожилые люди находятся на стадии поздней зрелости по Э. Эриксону (8-я стадия, от 65 лет до смерти). Исследованиями геронтологов установлено, что физическое и психическое старение зависит от личностных особенностей человека и от того, как он прожил свою жизнь. Г. Руффин (1967) условно выделяет 3 вида старости: «счастливую», «несчастливую» и «психопатологическую».

«Счастливая» старость наступает у гармоничных личностей с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности, занимающихся длительное время интеллектуальным трудом и не оставивших этого занятия и после выхода на пенсию. Психологическое состояние этих людей характеризуется витальной астенией, созерцательностью, склонностью к воспоминаниям, умиротворенностью, мудрой просветленностью и философским отношением к смерти.

«Несчастливая старость» чаще возникает у личностей с чертами тревожной мнительности, повышенной чувствительности и восприимчивости. Для таких людей характерна утрата смысла жизни, чувство одиночества, беспомощности и постоянные размышления о смерти, как об «избавлении от страданий». У них часты суицидальные мысли, возможны суицидальные действия.

«Психопатологическая старость» проявляется органическими нарушениями личности, депрессией, ипохондрией, развитием деменции. Очень часто, у таких пациентов выражен страх оказаться в доме престарелых.

Все эти кризисные периоды, которыми полна наша жизнь, плавно переходят один в другой, как лестница «длиною в жизнь»: не попадешь на следующую ступеньку, не постояв на предыдущей и уж тем более, не получится перепрыгнуть через несколько ступенек: все равно когда-нибудь придется вернуться и доделать «работу над ошибками».

СТРЕСС КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

На протяжении жизни не только наше развитие ставит нас в «трудное положение», мы постоянно сталкиваемся со стрессовыми ситуациями извне.

Понятие «стресс» пришло в медицину из физики, где оно означает «напряжение». Канадский ученый Ганс Селье применил его впервые в 1936 г. для обозначения неспецифической реакции организма на любое вредное, а в последующем и невредное воздействие. Он описал стрессовую реакцию как защитную реакцию организма на воздействие окружающей среды и определил следующие стадии стресса как процесса:

- 1) непосредственная реакция на воздействие (стадия тревоги);
- 2) максимально эффективная адаптация (стадия резистентности);
- 3) нарушение адаптационного процесса (стадия истощения).

В широком смысле эти стадии характерны для любого адаптационного процесса.

«Нормальный» стресс тонизирует организм и способствует его адекватной деятельности. «Сильный» стресс может вызвать излишнее напряжение адаптационных механизмов и при соответствующих условиях (интенсивность, большая длительность, слабая переносимость и т. д.) нарушать нормальную деятельность организма. Стресс не всегда действует в единственном числе, часто, он чередуется, заменяя один вид воздействия другим. Происходит наложение стрессов, что ведет к истощению и нарушению адаптации.

Сегодня понятие «стресс» стало достаточно размытым, потеряв свой изначальный медицинский смысл. В контексте психолого-психиатрических последствий стресса более адекватным является понятие «психическая травма». Оно отражает (включает) психологическое состояние личности, возникающее на неординарное событие и приводящее к резкому дисбалансу между человеком (личностью) и средой, что сопровождается медицинскими, социальными и психологическими последствиями.

Одним из факторов стресса является эмоциональная напряженность, которая физиологически выражается в изменениях эндокринной системы человека. К примеру, при экспериментальных исследованиях в клиниках больных было установлено, что люди, постоянно находящиеся в нервном напряжении, тяжелее переносят вирусные инфекции.

Основные черты психического стресса:

- 1) стресс — состояние организма, его возникновение предполагает взаимодействие между организмом и средой; это взаимодействие сопровождается «возникновением» угрозы;
- 2) явления стресса имеют место тогда, когда нормальная адаптивная реакция недостаточна.

Так как стресс возник, главным образом, именно от восприятия угрозы, то его возникновение в определенной ситуации может возникать по субъективным причинам, связанным с особенностями данной личности.

Вообще, так как люди не похожи друг на друга, от фактора личности зависит очень много. К примеру, в системе «человек-среда» уровень эмоциональной напряженности нарастает по мере увеличения различий между условиями, в которых формируются защитные механизмы человека, и вновь создавшимися.

ТРЕВОГА КАК ИНДИКАТОР СТРЕССА

Любое нарушение сбалансированности «человек-среда» — недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или рассогласование самой системы потребностей является источником тревоги. Само понятие тревоги включает в себя:

- ощущение неопределенной угрозы;
- чувство неопределенного опасения и тревожного ожидания;
- недифференцированное беспокойство — ощущения угрозы, это центральный элемент тревоги, оно обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности.

Тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли. С возникновением тревоги усиливается и изменяется характер активности личности, происходит включение механизмов интрапсихической адаптации. Но тревога может не только стимулировать активность, но и способствовать разрушению недостаточно адаптивных поведенческих стереотипов, замещению их более адекватными формами поведения. Однако, в отличие от боли, тревога — это сигнал опасности, которая еще не реализована. Прогнозирование этой ситуации носит вероятностный характер, а, в конечном итоге, зависит от особенностей личности. При этом человеческий фактор играет зачастую решающую роль, и в таком случае интенсивность тревоги отражает скорее индивидуальные особенности, а не реальную значимость угрозы.

Тревога, по интенсивности и длительности неадекватная ситуации, препятствует формированию адаптационного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции и всеобщей дезорганизации психики человека. Таким образом, тревога лежит в основе любых изменений психического состояния и поведения, обусловленных психическим стрессом.

Кстати, уже упоминавшийся Ганс Селье выдвинул весьма интересную гипотезу о том, что старение — итог всех стрессов, которым подвергался организм в течение своей жизни. Возникает «фаза истощения» общего адаптационного синдрома, который в некотором смысле представляет собой ускоренную версию нормального старения. Любой стресс, особенно вызванный бесплодными усилиями, оставляет после себя необратимые химические изменения; их накопление обуславливает признаки старения в тканях. Особенно тяжелые последствия вызывает поражение мозговых и

нервных клеток. Но успешная деятельность, какой бы она не была, оставляет меньше последствий старения, следовательно, говорит Ганс Селье, вы можете долго и счастливо жить, если выбираете подходящую для себя работу и удачно справляетесь с ней.

Усиление тревоги приводит к повышению интенсивности действия двух взаимосвязанных адаптационных механизмов, которые приведены ниже:

1) аллопсихический механизм — действует, когда происходит переориентирование поведенческой активности. При этом используется следующий способ действия: изменение ситуации или уход из нее.

2) интрапсихический механизм — обеспечивает редукцию тревоги благодаря переориентации личности.

Существует несколько типов защит, которые используются интрапсихическим механизмом психической адаптации:

- 1) факторы, вызывающие тревогу не осознаются;
- 2) тревога фиксируется на определенных стимулах;
- 3) происходит обесценивание исходных потребностей;
- 4) концептуализация.

Тревога, несмотря на обилие различных смысловых формулировок, представляет собой единое явление и служит облигаторным механизмом эмоционального стресса. Возникая при любом нарушении сбалансированности в системе «человек-среда», она активизирует адаптационные механизмы, и, вместе с тем, при значительной интенсивности лежит в основе развития адаптационных нарушений. Повышение уровня тревоги обуславливает включение или усиление действия механизмов интрапсихической адаптации. Эти механизмы могут способствовать эффективной психической адаптации, обеспечивая редукцию тревоги, а в случае их неадекватности находят свое отражение в типе адаптационных нарушений, приводя к формированию психических расстройств.

Эмоциональный стресс предполагает затруднение реализации целей и задач, то есть вызывает фрустрацию. Совокупность фрустрации, тревоги, а также их взаимосвязь с аллопсихической и интрапсихической адаптациями и составляет основное тело стресса.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРЕССА

Проявления стресса не всегда воспринимаются как болезнь. Вначале возникают психологически понятные личностные или невротические реакции, которые с позиции пациента всегда «обоснованы и мотивированы», из-за которых он (пациент) и не думает обращаться к врачу. В действительности, подобные реакции очень часто исчезают без медицинских вмешательств — душевная беседа с родным человеком, смена обстановки, занятие любимым делом помогают достаточно быстро снять напряжение.

Следует заметить, что стресс редко вызывает только «чистые» психопатологические феномены — тревогу, беспокойство, пониженное настроение, бессонницу и страх. Чаще отмечаются так называемые психосоматические расстройства — различные виды нарушения сна или бессонница, трудности сосредоточения, усталость и общая раздражительность, головные боли, головокружения, шум в ушах, учащенное сердцебиение или наоборот, колебания артериального давления, мышечное напряжение и боли в сердце; спазмы в животе и другие проблемы с желудочно-кишечным трактом и т. д. У 25 % людей в стрессовой ситуации появляются суицидальные мысли. Во многих случаях психические и соматические расстройства сочетаются. Лишь при частом повторении этих нарушений, при усложнения характера жалоб люди обращаются к врачам. И это, в первую очередь, неврологи, терапевты, редко — психологи, психотерапевты и психиатры. Предъявляемые пациентами симптомы врачами-интернистами очень часто не расцениваются как болезнь, поскольку вначале они не укладываются в клинические закономерности известных им соматических заболеваний. Они занимают промежуточное состояние. Это еще не болезнь, но уже и не здоровье. Диагнозы, которые наиболее часто встречаются в этих случаях: «вегетативно-сосудистая дистония» или «нейроциркуляторная дистония».

В то же время состояние проявляется как психическими, так и физическими симптомами. Принято различать 3 стадии. На 1-й стадии характерны раздражительность, постоянные затруднения при принятии решений, потеря чувства юмора, подавляемый гнев, трудности сосредоточения, ощущение недоброжелательности и враждебности со стороны окружающих, слезливость, отсутствие каких-либо интересов вне работы, постоянное чувство усталости.

В случае продолжения воздействия стрессоров, усиления его интенсивности, при наличии предрасполагающих и способствующих факторов наступает 2-я стадия, которая определяется вторичными соматическими симптомами. Например, чрезмерный стресс может влиять на иммунную систему, ослабляя ее, приводя к манифестации соматических заболеваний.

Чем дольше и серьезнее стрессовая ситуация и стрессоры, тем серьезнее симптомы и более неблагоприятен прогноз. Большинство проблем, которые возникают у человека, является следствием взаимоотношений между людьми.

На 3-й стадии стресса негативные эмоции приводят к образованию различных психических и психосоматических расстройств. Чаще всего встречаются **соматоформные расстройства (F45)**.

При этом расстройстве пациента беспокоят повторяющиеся физические симптомы наряду с постоянными требованиями медицинских обследований, вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Несмотря на то, что возникновение и сохранение симптоматики тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликта-

ми, больной противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Характерно поведение, направленное на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований. Некоторые пациенты способны убедить врачей в наличии конкретной патологии, будучи сами в этом убеждены (синдром Мюнхгаузена). Некоторые исследователи убеждены в том, что соматоформные симптомы являются, на самом деле, проявлениями скрытой депрессии, и на этом основании лечат их антидепрессантами, другие считают, что они являются особыми конверсионными, то есть диссоциативными расстройствами, и поэтому должны лечиться психотерапевтическими методами.

ГОРЕ. КАК ЕГО ПЕРЕЖИТЬ

Горе — универсальное переживание всех людей, реакция на утрату значимого объекта, части идентичности или ожидаемого будущего. В течение жизни временами мы все что-то теряем, будет это смерть кого-то, любимого нами, развод, потеря работы или что-либо другое. Общеизвестно, что реакция на утрату значимого объекта — специфический психический процесс, развивающийся по своим законам. Суть этого процесса универсальна, неизменна и не зависит от того, что именно утратил человек. Данную проблему исследовали многие авторы. Один из исследователей Э. Линдемманн выделяет 5 признаков, которые являются типичными для реакции горя: физическое страдание, поглощенность образом умершего, вина, враждебные реакции, утрата моделей поведения. Можно указать еще шестую характеристику, проявляющуюся у пациентов, находящихся на границе патологического реагирования, которая не так бросается в глаза, как предыдущие, но, тем не менее, достаточно выражена. Она состоит в появлении у пациентов черт умершего, особенно симптомов его последнего заболевания или манеры его поведения в момент трагедии. Так, сын обнаруживает, что походка у него стала, как у умершего отца. Он смотрит в зеркало, и ему кажется, что он выглядит точно так же, как умерший. В исследованиях, проводимых Э. Линдемманном, разделяется течение реакций горя на нормальные и болезненные, которые, в свою очередь, делятся на отсроченные и искаженные реакции. Болезненные реакции горя являются искажениями нормального горя. При благоприятных условиях они, трансформируясь в нормальные реакции, находят свое разрешение. Если же соответствующих условий не создается, то человек надолго остается со своим горем, как это часто можно наблюдать на примере близких, чей родственник покончил жизнь самоубийством. Иногда если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если моральной поддержки других будет достаточно, горящий может поч-

ти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Это так называемые отсроченные реакции.

Э. Линдемманн выделяет следующие виды изменений при потере:

- 1) повышенная активность без чувства утраты;
- 2) появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего;
- 3) возникновение определенного заболевания, а именно ряда психосоматических заболеваний;
- 4) изменения в отношениях к друзьям и родственникам;
- 5) яростная враждебность против определенных лиц;
- 6) утрата привычных форм социальной активности;
- 7) ущерб собственному экономическому и социальному положению пациента;
- 8) развитие ажитированной депрессии.

Наблюдения Э. Линдемманна показывают, что в известных пределах тип и острота реакции горя могут быть предсказаны. У пациентов, склонных к навязчивым состояниям или страдавших ранее от депрессии, вероятнее всего, разовьется ажитированная депрессия. Острой реакции следует ждать у матери, потерявшей маленького ребенка. По мнению Э. Линдемманна, продолжительность реакции горя, очевидно, определяется тем, насколько успешно индивид осуществляет работу горя, а именно выходит из состояний крайней зависимости от умершего, вновь приспосабливается к окружающему, в котором потерянного лица больше нет, и формирует новые отношения.

Дж. Вильям Ворден в своей книге «Консультирование и терапия горя» на примере реакции на смерть близкого человека предложил это использовать в консультировании горюющих клиентов. Он выделил следующие этапы в работе:

- 1-я задача для горюющего — это признание факта потери. Как только горюющий признает для себя реальность потери — он способен перейти к решению следующей задачи;

- 2-я задача состоит в том, чтобы пережить боль потери. Имеется в виду, что нужно пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате. Если горюющий не может почувствовать и прожить боль потери, которая есть всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью психотерапевта, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматические заболевания или расстройства поведения. Реакции боли индивидуальны и не все испытывают боль одинаковой силы. Также боль утраты ощущается не всегда, иногда утрата переживается как апатия либо отсутствие чувств;

- 3-я задача, с которой должен справиться горюющий, это формирования нового окружения и новых связей. Ведь когда человек теряет близкого, он теряет не только объект, которому адресованы чувства и от которого чувства получают, он лишается определенного уклада жизни, поведения, исполнения каких-то ролей и обязанностей. Эта пустота должна быть восполнена и жизнь организована на новый лад;

- последняя, 4-я задача — заключается в выстраивании нового отношения к потерянному близкому, оно позволит жить полноценной жизнью. Решение

этой задачи не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Признаком того, что эта задача не решается — горе не стихает, а, по мнению Д. В. Вордена, часто сохраняется ощущение, что «жизнь стоит на месте», нарастает беспокойство. Завершением выполнения этой задачи можно считать возникновение ощущения, что можно любить другого человека, хотя любовь к умершему мужу, например, не стала от этого меньше.

В настоящее время терапия лиц с реакцией горя включает психотерапию, психофармакотерапию, взаимодействие с группой поддержки.

ЧТО СЛЕДУЕТ И ЧЕГО НЕ СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ПРИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В СОСТОЯНИИ ГОРЯ

Следует побуждать пациента к обсуждению его переживаний. Позвольте ему просто говорить об утраченном объекте своей любви, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.

Не следует останавливать пациента, когда он начинает плакать. В случае если пациент потерял кого-то из близких, следует постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного(ую). И попросить их говорить о нем (ней) в присутствии пациента.

Не следует принимать пациенту постоянно транквилизаторы или антидепрессанты. Если возникает возбуждение, лучше не предлагать ему лекарство, а успокоить словами. Однако небольшие дозы лекарственных средств, например 5 мг диазепама (реланиума) можно назначить на короткое время.

Следует предпочесть частые и короткие встречи с психиатром (психотерапевтом) редким и длительным посещениям.

Следует учесть возможное наличие у пациента замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после смерти любимого человека и может характеризоваться изменениями в поведении, беспокойством, раздражительностью и злоупотреблением спиртным или другими психоактивными веществами. Эти реакции также могут проявляться и в годовщину смерти (так называемая реакция годовщины).

Следует учитывать, что реакция на ожидаемое горе проявляется до наступления утраты и может снизить остроту переживаний. Такая реакция может сыграть положительную роль.

СЕМЬЯ И ЕЕ РОЛЬ В ПЕРЕЖИВАНИИ СТРЕССОВ

Обычно степень благополучия семьи рассматривается лишь по внешним и часто очевидным признакам. К ним относят: наличие 2-х родителей или отсутствие одного из них, уровень материального обеспечения, уровень социальных достижений и степень адаптации в обществе, алкоголи-

зация родителей или одного из них. Учитывается также наличие или отсутствие отягощенного психопатологического анамнеза (наличие у родственников суицидов и парасуицидов, психических расстройств, злоупотребления алкоголем). Большая роль отводится типам воспитания детей в семье: гипопека с беспризорностью, гиперопека с подавлением активности и самостоятельности, противоречивый стиль. Эти факторы обычно соотносятся с уровнем образования, уровнем преступности или социальной адаптации.

Однако современные исследования доказывают влияние особенностей родительской семьи и на психическое здоровье ее членов, которая может способствовать или препятствовать формированию эмоциональных расстройств, суицидальных тенденций и психических расстройств. В этом аспекте упомянутые факторы оказываются менее значимыми.

Интегративным показателем семьи является ее функциональность. Признаками функциональной семейной системы принято считать:

1. Понятные семейные правила, гибко изменяемые и легко обсуждаемые. В такой семье принято говорить о чувствах, но никто не принуждает делать этого. Чувства каждого члена семьи принимаются и не высмеиваются. Высказывания типа «Плакса, что разревелась!», «Что ты злишься, не смей на папу сердиться!», «Что кислый сидишь, давай работай!» — недопустимы.

2. Семья справляется с неизбежными трудностями, проходит кризисы, которыми часто становятся этапы взросления детей (школа, подростковый период, переезд в другой город), выход на пенсию, финансовые проблемы.

3. Члены такой системы здоровы, а болезни не используются для решения семейных проблем («Неужели не видишь, как мне плохо, не смей уходить!»).

4. Преобладают «горизонтальные коалиции» — эмоциональные связи между родителями сильнее, чем связи отдельного родителя с ребенком.

Чтобы понять закономерности такой семьи, следует рассмотреть систему, более часто встречающуюся — дисфункциональную семью. Такая семейная система характеризуется следующими параметрами:

1. Жесткие семейные правила и мифы. Даже позитивные семейные установки могут сильно травмировать подрастающего ребенка и подростка (например: «В нашей семье все были врачами» — может способствовать выбору нелюбимой специальности).

2. Жесткие семейные правила поведения, не обсуждаемые и мало изменяющиеся со временем. Даже сроки возвращения домой с прогулок в таких семьях могут не меняться с возрастом подростка. Неизменные правила приводят к нарушению естественных процессов взросления ребенка и подростка, делают его зависимым от родителей, не способствуют формированию нормальной ответственности за свое поведение или формируют «протестное» поведение с грубостью и агрессией.

3. Застревание на кризисных ситуациях с формированием симптомов. Например, у мамы могут начаться гипертонические кризы, когда дочь начинает встречаться с молодыми людьми. Такая мама не может и не хочет

признать тот факт, что «ее девочка» уже взрослая, потому что боится остаться одна, не знает, как жить дальше. А «разумные объяснения» своему поведению («ты еще слишком молода», «никто не будет любить тебя так, как я») приведут к формированию чувства вины у дочери, чем усугубят ситуацию, отношения и будущее девушки. Иногда только болезнь ребенка и подростка напоминает родителям, что они — семья и нужны друг другу, возникает сотрудничество и чувство принадлежности к системе.

4. Вертикальные коалиции. Имеется в виду ситуация, когда эмоциональные отношения «папа-сын» (или «мама-дочь», «мама-сын») теплее и искреннее, чем отношения между самими родителями. Такая ситуация считается практически «нормальной» в современном обществе. Отсутствие любви, доверительных отношений или вечный конфликт родителей может приводить к перераспределению и искажению психологических ролей в семье. Если к пьяному папе имеет «безопасный доступ» без проявлений агрессии только дочь, то на психологическом уровне именно она становится главной женщиной в семье. Что не менее важно — вероятность выйти замуж за человека, склонного к алкоголизму, становится значительно выше.

5. Низкая эмоциональная зрелость, непонимание собственных чувств и желаний. Психологически незрелую ситуацию отражает столь привычный стиль общения, когда мама подростка и утверждает, что «мы приняли таблетки», «у нас была температура», имея в виду болеющего подростка. За этим стоит обычно недоверие и к его чувствам, не признание его права на «нет» («неправда, каша не горячая», если ребенку горячо).

6. Низкая удовлетворенность членством семьи, перекладывание ответственности на других. В такой семейной системе нет представления об ответственности, причины проблем видятся нереалистично. Например, жена считает «если бы он не пил — я была бы счастлива!», не понимая при этом, какую роль в семейной системе играет и его пьянство, и ее поведение.

Дисфункциональных семей в нашем обществе достаточно много. И ребенок в такой семье испытывает множество трудностей, которые приводят к эмоциональным проблемам:

1. Ребенок не знает, чего хочет сам, но «знает», что чувствуют и чего хотят родные. Такого рода проблема границ мешает ребенку взрослеть, доверять своим чувствам. Внешне «удобный» и послушный ребенок, совершающий поступки, чтобы порадовать маму и папу, в подростковом возрасте с трудом сможет адаптироваться в коллективе сверстников или станет аутсайдером. С другой стороны, когда мама подростка жалуется на то, что он закрывается в ванной и не позволяет себя мыть, это свидетельствует о здоровом чувстве телесной идентичности подростка и нереальном представлении женщины о закономерностях взросления подростка.

2. Ребенок сверхзависим от мнения родных, у него нереальная самооценка и низкая устойчивость к стрессам. Свои собственные достижения он обычно оценивает так, как его оценили бы мама и папа, и ставит перед собой нереалистичные задачи.

3. Обычно ребенок «втянут» в отношения родителей, они его используют для урегулирования отношений в виде «козла отпущения», «отдушины», «миротворца» и т. д.

Именно в структуре такой семьи могут возникать предпосылки для возникновения эмоциональных расстройств и суицидов. При этом депрессии и суициды (парасуициды) выполняют определенные внутренние «задачи и функции» в семье, они становятся точками преодоления кризиса. Часто это:

1. Попытка «отделения» при чрезмерной слитности семьи, при наличии агрессии в ней или подавлении активности.

2. Самоустранение. Сознательно или бессознательно, из-за вызванного у него чувства вины ребенок может решить, что «из-за меня всем плохо».

3. Привлечение к себе внимания, крик о помощи при чрезмерной внутрисемейной отстраненности (когда ребенок чувствует себя никому не нужным).

4. Символическое «наказание» родителей за несправедливое отношение или обвинение. Эту функцию болезнь, эмоциональное или поведенческое расстройство или суицид выполняет при нечутком отношении к подростку.

Эти особенности семейной системы необходимо учитывать в работе с семьей болеющего подростка и ребенка. Важно перераспределить ответственность с избеганием крайностей. Неконструктивным является как семейное чувство вины («мы не досмотрели»), так и перекладывание ответственности на врачей, школу и правоохранительные органы («вы виноваты»). Только совместными усилиями можно вылечить ребенка и подростка в контексте семьи. Для этого часто важным является возможность понять структуру семьи и конкретный «смысл» послания в виде болезни, а также разработать и предложить способы изменения семейной системы и преодоления кризиса.

Некоторые семейные отношения способствуют формированию склонности к депрессии у ее членов, особенно у детей. В таких семьях, на фоне общей дисфункциональности, часто наблюдается стиль воспитания, названный «холодный контроль». Это сочетание высокой доминантности одного из родителей, высокого уровня контроля и низкого уровня тепла, заботы и близости. В таких семьях семейные традиции предполагают, что «детей должно быть видно, но не слышно», что детей нужно «ставить в рамки, загонять в угол, сбивать спесь». Обычно в таких семьях много стрессогенных факторов в макродинамике: драки, жестокое обращение, алкоголизация, ранние смерти ее членов, тяжелые жизненные обстоятельства.

При воспитании детей доминируют ценности соблюдения внешних приличий и нормативных требований в ущерб ценностям искренности и открытости отношений («ты должен оправдать наше доверие»), ребенка постоянно «усовершенствуют» в угоду перфекционизму родителей вместо ценностного принятия. Личностные границы при этом не соблюдаются, отмечаются проявления аддикции в отношениях.

Когнитивные паттерны (способы общения) направлены на:

- сверхобобщения («Вечно ты все испортишь!»);
- негативные предписания («Ничего из тебя не получится!»);

- негативные сравнения («Посмотри на соседку — а у тебя руки-крюки!»);
- индукцию (вызывание) чувства вины («видишь, что из-за тебя произошло!»);
- индукцию тревоги («Это приведет к ужасным последствиям»);
- индукцию недоверия к людям («Не будешь стараться — никто тебя любить не будет!»).

Происходит постоянная фиксация на данных переживаниях и при повторях формируется когнитивный депрессивный паттерн.

Особенно сложные отношения в семьях, где есть больные шизофренией. В таких семьях даже при беглом знакомстве бросается в глаза грубо нарушенная дисфункциональная система: нарушение границ и контроля, специфическая коммуникационная среда с несоответствием по содержанию вербальных и невербальных сообщений, «двойным предписанием» («double bind») и «сведением с ума» с критикой и формированием недоверия к собственным эмоциональным реакциям, игнорированием ребенка.

Часто основным источником нарушенных отношений является мать, властная или сверхзаботливая, эмоционально холодная на фоне слабовольного (шизоидного или эмоционального) отца. Существование семей возможно как в гипосоциальной среде, так и со «сверхадаптацией» и внешней «сверхнормальностью».

«Сведение с ума» направлено на подрыв доверия к собственным эмоциональным реакциям и собственному восприятию реальности ребенка. Например, родитель постоянно привлекает внимание к тем чертам характера ребенка, которые он не понимает или не знает: «Маленький извращенец», «Ты дрянь!». Ребенок не может проверить или решить сам. Особенно сложно, если он при этом не согласен — возникает феномен уклонения и притворства на основе фантазирования (девочка притворяется принцессой, которая притворяется простой девочкой).

Родитель в такой семье может лишать «законной» силы чувства и мысли ребенка или приписывает ему свои:

- «У меня болит голова» — «Не выдумывай, ничего у тебя не болит».
- «Я хочу» — «На самом деле ты не хочешь этого».
- «Ты ведь любишь тетю Валю, я знаю», «Не притворяйся обиженным».
- «Ты специально издеваешься надо мной, что одеваешь эту блузку, которая мне не нравится!», «Ты специально порезал палец, чтобы я опоздала на работу!»

Существуют различные варианты игнорирования ребенка:

— Ответ невпопад сообщению («соскальзывающий»): «Я сделал уроки» — «На улице холодно».

— Ответ не учитывает намерение сообщения: «Я сделал уроки» — «Иди поешь».

— Абстрактный ответ, словно не ребенку, а «вообще»: «Я сделал уроки» — «Надо хорошо учиться».

—Деятельность, не берущая в расчет ребенка, подавление эмоциональной активности неподтверждением (отношение к ребенку как объекту).

В случае «double bind» значимый родитель обычно не дает возможности прекратить общение (ребенок сам не может), дает негативное предписание: «не делай, а то накажу», при этом посылает невербальное сообщение, не соответствующее первому (сказать это с улыбкой, или равнодушно, но так, чтобы не верилось). Многократные повторы и привычка к такому общению нарушает логическое мышление.

Для снижения страха, что он никому не нужен, человек формирует новую идею — что он нужен всем: «Обо мне все говорят на улице», что является проявлениями бреда отношения или преследования. Если ребенок адаптируется к этому — отстраняется от эмоций до безразличия, образуя симптомы аутизма, происходит девитализация живого, нарушение ассоциативного мышления.

ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ АГРЕССИЯ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

Внутрисемейная агрессия — это, прежде всего оскорбления, угрозы с целью намеренной обиды, унижения и истязания, а также физические действия, такие как угроза ударить, бросание предметов в человека, толкание, пощечины, причинение вреда здоровью различной степени тяжести, и, наконец, убийства.

Внутрисемейная агрессия часто порождается неблагоприятными факторами, которые извне воздействуют на семью, и поддерживается личностными особенностями ее членов. Косвенная, опосредованная агрессия в семье (без драк, но с принуждением с нежеланной сексуальной близостью, контролем даже мелких денежных расходов), может способствовать возникновению суицидальных мыслей. Когда человек не видит способа изменить ситуацию и не может смириться с ней, считая ее при этом невыносимой — мысли об уходе из жизни могут оказаться «спасительными».

ЭТАПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕМЕЙНОЙ АГРЕССИИ

Агрессивное поведение — это часть простого, предсказуемого цикла:

1. Период напряженности. В этот период жертва часто чувствует, что как-будто ходит по лезвию бритвы или живет на вулкане, ощущает подавленность и беспокойство. Общение сведено к минимуму.

2. «Взрыв». В этот период характерны драка, побои, скандалы, постоянная критика, требовательность со стороны агрессора. Жертва испытывает страх, иногда даже ужас. Насильник угрожает расправой, если жертва пожалуется кому-нибудь.

3. Фаза примирения. Агрессор может извиняться и обещать, что это никогда не повторится. Это дает жертве напрасную надежду на изменение

ситуации. Но цикл совершается снова и снова. Поначалу для его завершения может потребоваться больше года, но со временем цикл завершается все быстрее, а проявления агрессии становятся все более жестокими.

Агрессор может внушать вам, что это именно вы стали причиной его агрессивного поведения. Это ложь. Вы никогда не несете ответственность за поведение другого человека. Это никогда не является вашей виной. Наоборот: это преступление, совершаемое против вас.

Профилактика внутрисемейной агрессии весьма сложна. Успешное профилактическое воздействие невозможно без учета психологических, нравственных и других особенностей личности. Знание причин совершения агрессивных действий и условий, им способствующих, предполагает всесторонний учет внутрисемейных процессов.

Профилактическая работа предполагает:

Во-первых, осознание проблемы и точную диагностику причин семейного конфликта; определение мотива; уровня и типа агрессии; обучение поведению во время вспышки агрессии.

Во-вторых, сочетание принуждения (наказания) с мерами поддержки и помощи, в том числе материальной и медицинской.

В-третьих, совместный подход к работе правоохранительных органов, медицинских учреждений, общественных органов, коллективов школ, других учебных заведений, трудовых коллективов. Предупреждение пьянства, лечение алкоголизма и других психических расстройств — важная составная часть всей профилактической работы.

I этап профилактики внутрисемейной агрессии

1. Осознание проблемы

Большинство людей испытывают хронический стресс в связи с агрессией в семье. Но не всегда удается установить взаимосвязь между этими двумя факторами. Проверить себя — была ли агрессия в вашей семье можно, ответив на следующие вопросы. Случалось ли, чтобы человек, которого вы любили:

- контролировал все ваше время;
- обвинял вас во всех неудачах;
- был против ваших отношений с родительской семьей или друзьями;
- заставлял вас все время находиться дома;
- критиковал вас за любые мелочи;
- легко приходил в ярость под воздействием алкоголя или наркотиков;
- контролировал ваши расходы и заставлял отчитываться за каждую копейку;
- прослушивал ваши телефонные разговоры или запрещал пользоваться телефоном;
- высмеивал вас перед другими;
- разрушал ваши ценности и чувства;
- бил, толкал, пинал или кусал вас или ваших детей;
- заставлял вас вступать в сексуальные отношения против вашей воли;
- причинял боль или угрожал причинить боль вашим домашним животным;

- угрожал делать больно вам или вашим детям;
- угрожал избить вас или ваших детей;
- использовал или угрожал использовать оружие.

Если вы ответили «да» хотя бы на один вопрос, значит, вы подвергались насилию.

Даже если связь установлена, изменить реакции и «побороть» стресс самостоятельно достаточно трудно. Необходимо разобраться, что происходит. Обращение за помощью к специалисту (психологу, психотерапевту) — самый короткий и верный путь помочь себе.

2. Психолог, психотерапевт проводит диагностику типа и уровня агрессии:

а) Агрессия может проявляться по отношению к любому члену семьи. По направленности агрессивного поведения выделяют следующие типы:

- агрессия между супругами;
- агрессия родителя, направленная на ребенка;
- детская и подростковая агрессия, направленная на родителей.

Агрессия между супругами (сожителями), обычно стимулируется ревностью и мстостью за действительные или мнимые обиды, а также переживаниями, связанными с сексуальной неудовлетворенностью. Агрессия между ними может порождаться соперничеством за верховенство в семье; в иных случаях жена (сожительница) руководит мужем, чему он в трезвом состоянии не противится, но в состоянии алкогольного опьянения силой пытается утвердить главенство в семье и одновременно отомстить за все обиды.

Особенную группу агрессии в семье составляет сексуальное насилие, в ряде случаев, сопровождаемое убийством. Чаще всего это изнасилования, совершаемые отчимами в отношении несовершеннолетних падчериц, намного реже — отцами в отношении дочерей. Иногда такие преступления совершаются втайне годами, прежде всего, потому, что жертва запугана отчимом (отцом). Известны довольно редкие случаи, когда об этом знают матери, но из страха перед мужем или сожителем, нежелания их потерять, равнодушия к дочери не предпринимают мер пресечения подобных инцестуальных связей.

Агрессия против родителей (как правило, со стороны сыновей) обычно представляет собой «возвращение ударов», то есть когда, став взрослым, человек мстит за незаживающие обиды, которые причинили ему отец или мать в его детские и юношеские годы. Иными словами, он поступает с ними так, как они прежде поступали с ним. В других случаях агрессия может быть связана с материальными претензиями к родителям. Но, и в случае корыстной агрессии ей, как правило, тоже предшествуют конфликты и неприязнь. Иногда родителей или других членов семьи лишают жизни, если они стары, страдают тяжкими недугами или являются инвалидами, не способными самостоятельно обеспечивать уход за собой.

Выделяют понятие «агрессивные отношения», где власть распределена симметрично. При этом обе стороны в равной степени склонны использовать легкие формы агрессии во время конфликта.

б) Уровни проявления внутрисемейной агрессии:

- **низкий:** словесная (вербальная агрессия). Вербальная агрессия — словесные акты (или невербальные действия, например, отказ говорить), которые причиняют боль другому или содержат угрозу. Вербальную агрессию называют «психологическая агрессия» и «эмоциональное насилие»;

- **средний:** угроза физической расправы без применения физического воздействия. Сюда можно отнести экономическое насилие, которое проявляется в ограничении материальных средств на домашние расходы, телефонную связь, транспорт, медицинскую помощь.

- **высокий:** физическая агрессия. Физическая агрессия — акт, который имеет намерение причинения физического вреда другому. Насилие в семье может охватывать всех членов семьи и проявляться в действии или бездействии. К этой категории относятся избиение, сексуальное насилие, или другие формы жестокого обращения, что препятствует здоровому развитию физических лиц.

3. Как правильно себя вести, чтобы управлять ситуацией и предотвратить агрессию:

- не быть инициатором борьбы. Не допускать, чтобы ответственность за начало нового эпизода борьбы могла быть возложена на вас;

- помочь партнеру прекратить борьбу против вас. Это означает: сделать так, чтобы ему стало понятно, что он своих целей не достигнет, если будет стремиться подавить вас или тайно влиять на вас;

- сделать так, чтобы партнеру было ясно, что бороться невыгодно, в первую очередь, для него же самого.

Если вы подверглись физическому насилию, необходимо срочно обратиться к врачу, зафиксировать в документах все телесные повреждения, обратиться в милицию с заявлением о совершении насилия. Если вы сомневаетесь в тех или иных мерах — обратитесь на телефон доверия, вам подскажут, как лучше поступить.

Ни один человек не может подвергаться избиениям, угрозам, унижениям и всему тому, что приводит к эмоциональным травмам или физическим повреждениям. Уважайте себя. Защищайте свои права.

Если вам угрожает насилие, вы можете составить план, который позволит вам быстро действовать в момент, когда это необходимо. Никто лучше вас не знает вашей ситуации, поэтому составьте такой план, который будет полезен именно вам. Вот пример такого плана:

- Если вы чувствуете, что можете подвергнуться насилию, уходите, пока агрессора нет поблизости. Договоритесь о безопасном месте с кем-то, кому вы можете доверять.

- Вы должны знать, как связаться с ближайшим отделением милиции или кризисным центром.

- Если у вас нет возможности покинуть дом, закройте дверь в комнате с телефоном и позвоните в милицию, или кому-то, кто может помочь вам.

- Кричите так, чтобы ваши соседи могли услышать вас и вызвать милицию.
- Если вы вынуждены оставить дома детей, позвоните в милицию, как только покинете дом.
- Проверьте себя и детей на наличие травм и, если это необходимо, обратитесь в травмпункт или поликлинику.
- Если вы решили уйти насовсем, вам понадобятся паспорт и документы на детей, деньги, необходимые лекарства, вещи первой необходимости или имеющие личную ценность. Предусмотрите это заранее.

II этап профилактики внутрисемейной агрессии

Включает психолого-психотерапевтическую, психиатрическую, медицинскую помощь, а также социальную и юридическую поддержку. При этом обоюдная терапия агрессора и его жертвы повышает эффективность профилактических мероприятий и качество жизни всех членов семьи. В процессе такой терапии предпочтение обычно отдается поведенческим методам, в результате которых улучшаются супружеские взаимоотношения, эмоциональное состояние детей.

И так, после выявления агрессивного поведения, его диагностики и выяснения мотивов прямая задача врача постараться убедить человека в необходимости лечебных мероприятий:

1. Если пациент дает согласие на лечение, лечится основное звено и источник агрессии (как правило, муж). Если отказывается, то врач лечит соматические, психологические, поведенческие и когнитивные последствия семейного стресса у остальных членов семьи. Часто приходится предоставлять пациентам и юридические консультации по способам защиты от насилия в семье. Производится попытка рациональной реструктуризации отношений в семье через остальных членов семьи и выработке рациональных стратегий на будущее.

2. Если человек, жалующийся на агрессивность, согласен на терапевтические вмешательства, первым шагом в терапевтической стратегии является установление генетических предикторов агрессивности. Если агрессивность — черта характера, то нет надежды на значительное продвижение в этом вопросе, хотя правильно подобранная фармакотерапия способна дать некоторый прогресс.

Если вспышки агрессии проявляются на фоне провоцирующего алкоголя, или наркотиков, необходимо специализированное наркологическое лечение.

3. Если вспышки агрессии проявляются с возрастом на фоне провоцирующего терапевтического заболевания, например, патологии щитовидной железы, вегетативной дисфункции, сахарного диабета, аутоиммунного полиэндокринного синдрома, атеросклероза, сосудистого заболевания головного мозга, то эффективная терапия основного заболевания способна значительно смягчить эти явления.

4. Соответственно, в геронтологической практике эти явления требуют глубоко продуманного комбинирования психотропных, сосудистых и метаболических препаратов.

5. Проводится когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на:
А — изменение восприятия тех эпизодов, которые особенно заводят пациента;

Б — выработку по отношению к этим эпизодам противоположной точки зрения из нескольких, выбираемых пациентом;

В — видоизменение реакции на эти события;

Г — выработку альтернативных форм поведения в этих ситуациях;

Д — закрепление альтернативных форм поведения сначала проговариванием вслух, а затем про себя;

Е — последующую репетицию действий с психотерапевтом;

Ж — репетицию действий самостоятельно с мысленным самоинструктированием.

6. Члены семьи обучаются продуктивным способам реагирования на агрессию или избегания триггерных факторов агрессии у близких.

7. Если агрессия отражает какие-то формы реализации подсознательных комплексов или влечений по принципу «клин-клином вышибают», подбираются заместительные действия, ведущие к подобной разрядке, но не вызывающие такой социальной опасности.

8. Важными факторами агрессивной разрядки являются возврат к старым хобби и увлечениям людей, занятия йогой, медитацией, цветоводством, физические нагрузки и прогулки, посещение клуба по интересам или ведение дневника эмоциональных расстройств. Причем женскую агрессию лучше подавить занятием работой, то есть стремление женщины к лидерству, к самоутверждению — это одна из форм агрессии. Мужчинам же рекомендованы спортивные упражнения.

Важно помнить, что семья — важнейшее звено общества. Экономическая неустроенность, материальные и духовные трудности, все тяготы и проблемы общества влияют на функционирование семьи. Значительная часть проявлений агрессии связана с нерешенностью материального обеспечения семьи, с жилищными проблемами, низким уровнем социальной поддержки инвалидов и престарелых, мигрантов и беженцев. Социальная и юридическая профилактика внутрисемейной агрессии предполагает выработку адекватных мер реагирования, внедрение социальных программ, материальную поддержку, организацию и работу кризисных центров.

III этап профилактики внутрисемейной агрессии

Формирование агрессивного поведения происходит под влиянием как личностных особенностей, так и отношений в коллективе, социальных воздействий, то есть является результатом общественных и культурных норм. Следовательно, важным моментом профилактики является совместный подход к работе медицинских учреждений, общественных органов, коллективов школ и других учебных заведений, трудовых коллективов, правоохранительных органов. Цель совместной деятельности — разработка и внедре-

ние специальных образовательных программ, направленных на изменение сознания людей и традиционных отношений, терпимо относящихся к домашнему насилию, ориентация на создание здоровых семейных отношений.

Маркеры здоровых семейных отношений:

- вы ссоритесь, миритесь, злитесь друг на друга, говорите о чувствах, молчите о них — и ничего из этого не мешает вам продолжать оставаться рядом друг с другом;
- рядом с этим человеком ты узнаешь много для себя нового из того, что меняет твои взгляды здесь и сейчас, твоя картина мира дополняется, вам интересно друг с другом;
- вы делаете шаги навстречу друг другу, умея уступать партнеру в какие-то моменты и это для вас не жертва, а добровольное решение и знак того, что для вас эти отношения важны;
- инициатива общения распределена между вами двумя, нет «преследователя» и «убегающего»;
- вы уважаете точку зрения вашего партнера, даже если с ней не согласны;
- вас влечет друг к другу — вы вместе потому, что оба этого хотите.

КАК ОЦЕНИТЬ РИСК САМОУБИЙСТВА

Если у медицинских работников возникают подозрения относительно суицидального поведения, то следует обратить на это внимание и оценить следующие факторы:

- психическое состояние и присутствие мыслей о смерти и самоубийстве в момент исследования;
- наличие плана самоубийства — насколько человек подготовлен, как скоро он собирается совершить суицидальный акт;
- наличие у человека системы социальной поддержки (семьи, друзей и т. д.).

Лучший способ узнать о том, помышляет ли человек о самоубийстве — это задать ему прямой вопрос об этом. Факты не подтверждают расхожее мнение, что разговоры о самоубийстве могут посеять мысли о нем в душе человека и спровоцировать его. Напротив, люди бывают очень благодарны и испытывают облегчение, когда им предоставляется возможность открыто обсудить темы и вопросы, над которыми они бьются уже достаточно долго.

Как следует задавать вопросы?

Задать человеку вопрос о присутствии у него мыслей о самоубийстве бывает весьма нелегко. Лучше всего подходить к этой теме постепенно. Ниже приведен ряд полезных для этого промежуточных вопросов:

- Бывает ли Вам грустно и тоскливо?
- Появляется ли у Вас чувство, что никому до Вас нет дела?
- Появляется ли у Вас чувство, что жить дальше не стоит?
- Возникает ли у Вас желание совершить самоубийство?

Когда следует задавать вопросы:

- когда человек чувствует, что его понимают;
- когда чувство неловкости и скованности преодолено, и он (она) обсуждает свои переживания;
- когда он (она) рассказывает о негативных чувствах одиночества, беспомощности и т. д.

О чем именно следует спрашивать:

- Вы составили план того, как именно собираетесь совершить самоубийство?
- Есть ли у Вас мысли о том, каким образом Вы собираетесь это сделать?
- У Вас уже есть таблетки, пистолет, яд или другие средства?
- Легко ли Вам будет достать оружие?
- Вы уже решили, когда именно Вы собираетесь покончить с собой?
- Когда Вы планируете это сделать?

Все эти вопросы следует задавать с сочувствием, проявляя искреннее участие и заботу.

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДООПАСНЫМ ЧЕЛОВЕКОМ

При наличии незначительного риска

У человека появляются суицидальные мысли, например, «я так больше не могу», «лучше бы я умер», однако никаких определенных планов он не строит.

- Предложить эмоциональную поддержку.
- Проработать суицидальные чувства. Чем более открыто человек расскажет об утрате, одиночестве, чувстве своей никчемности, тем меньшим станет накал его эмоций. Когда утихнет буря чувств, человек, скорее всего, перейдет к размышлениям. Этот мыслительный процесс чрезвычайно важен, так как никто кроме самого индивидуума не сможет отменить его решение о самоубийстве и принять решение в пользу жизни.
- Фокусировать внимание на позитивных, сильных сторонах человека, поощряя его к разговору о том, каким образом ему удавалось разрешить возникавшие ранее аналогичные или иные проблемы, не прибегая к самоубийству.
- Направить человека к психиатру, опытному врачу общего профиля или психотерапевту.
- Постараться встретиться с ним через определенное время и, по мере возможности, наладить постоянные контакты.

При наличии риска средней степени

У человека присутствуют суицидальные мысли и составлен план, однако он не собирается совершить самоубийство немедленно.

1. Предложить эмоциональную поддержку, проработать суицидальные чувства человека, сфокусировать внимание на его сильных сторонах. В дополнение к этому предпринять описанные ниже шаги.

2. Воспользоваться амбивалентностью чувств. Следует концентрировать внимание на неоднозначности чувств и желаний суицидального пациента, чтобы постепенно укрепить его желание жить.

3. Обсудить альтернативы самоубийства. Тот, что оказывает помощь в данный момент, должен попытаться проанализировать различные альтернативные способы решения проблемы. Пусть нет идеальных решений, следует обсудить все варианты в надежде на то, что пациент остановится на одном из них.

4. Заключить контракт. Получите от человека обещание, что он (она) не станет совершать самоубийства: а) без предварительного контакта с медицинским работником; б) в течение определенного периода времени.

5. Направить пациента к психиатру, врачу иного профиля или к психологу-консультанту, организовать его встречу со специалистом как можно скорее.

6. Связаться с семьей, друзьями и коллегами пациента, чтобы привлечь их к оказанию поддержки.

При наличии высокого риска

У человека разработан план, он располагает средствами, необходимыми для его выполнения, и планирует сделать это немедленно.

- Постоянно оставаться с человеком. Не оставлять его одного ни на минуту.
- Осторожно, мягко поговорить с человеком и постараться забрать у него таблетки, нож, пистолет, яд и т. п. (удалить орудия самоубийства).
- Заключить контракт.
- Немедленно связаться с психиатром или опытным врачом иного профиля, вызвать карету «скорой помощи» и организовать госпитализацию.
- Информировать семью и привлечь ее членов к оказанию поддержки.

Направление к специалисту

В каких случаях следует направлять пациента к психиатру

Если у пациента имеет место:

- психическое заболевание;
- история предшествующей суицидальной попытки;
- семейная история самоубийства, алкоголизма или психической болезни;
- тяжелая физическая болезнь;
- отсутствие социальной поддержки.

Каким образом следует направлять

- Медицинский работник, оказывающий первичную помощь, должен не считаясь со временем, объяснить пациенту причину его направления к специалисту.
- Организовать консультацию.
- Объяснить пациенту, что направление его к психиатру не означает, что сам он не намерен более заниматься его проблемами.
- Встретиться с человеком после консультации.
- Поддерживать периодический контакт.

Что следует делать

- Слушать, проявлять эмпатию и сохранять спокойствие.
- Оказывать поддержку и проявлять заботу.
- Относиться к ситуации серьезно и оценить степень риска.
- Задавать вопрос о предыдущих попытках.
- Обсудить возможные варианты решения, кроме самоубийства.
- Задать вопрос о наличии плана самоубийства.
- Выиграть время — заключить контракт.
- Найти источники поддержки.
- Если возможно, изъять орудия.
- Предпринять необходимые действия, сообщить о ситуации другим, организовать помощь.
- Если риск высок, оставаться с человеком.

Чего делать не следует

- Игнорировать ситуацию.
- Показывать, что ситуация вас шокирует, проявлять смущение, паниковать.
- Обещать, что все будет хорошо, давать лживые обещания.
- Бросать человеку вызов, говоря, чтобы он сделал то, что собирается.
- Стараться превратить все в тривиальную ситуацию.
- Обещать хранить все в секрете.
- Оставлять человека одного.

Здоровые семейные отношения, искренние взаимоотношения с друзьями, внимательность медицинских работников могут стать основой психологически здоровой жизни с низким уровнем стрессов, жизни, в которой нет места суицидам.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ефремов, В. С.* Основы суицидологии / В. С. Ефремов — СПб.: Диалект, 2004. — 479 с.
2. *Каплан, Г. И.* Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Д. Сэдок. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1, 2.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб., 1994. — 302 с.
4. *Перлз, Ф.* Гештальт-подход и свидетель терапии / Ф. Перлз — М., 1996. — 240 с.
5. *Перлз, Ф.* Практика гештальттерапии / Ф. Перлз. — М., 2001. — 480 с.
6. Психиатрия: учеб. пособие для мед. вузов / под ред. В. П. Самохвалова. — Ростов н/Д: Феникс, 2002.
7. *Сидорова, Б. Ю.* Четыре задачи горя / Б. Ю. Сидорова // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 1–2. — С. 17–19.
8. *Ялом, И.* Мамочка и смысл жизни. Психотерапевтические истории / И. Ялом; пер. с англ. — М., 2002. — 288 с.
9. *Кочунас, Р.* Основы психологического консультирования и групповой психотерапии / Р. Кочунас. — 2-е изд. — М.: Академический проспект; ОППЛ, 2003. — 464 с.
10. *Столяренко, Л. Д.* Основы психологии: учеб. пособие для студентов вузов / Л. Д. Столяренко. — 5-е изд. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 672 с.
11. *Антонян, Ю. М.* Проблемы внутрисемейной агрессии / Ю. М. Антонян, И. В. Горшкова, Р. М. Зулкарнеев. — М.: НИИ МВД, 1999.
12. Медико-экологическая ассоциация «Биотех» [Электронный ресурс] / Сергей Соколовский (врач-психотерапевт). — Режим доступа: <http://www.bioteh-main.narod.ru>. — Дата доступа: 22.09.2010.
13. *Варга, А. Я.* Системная семейная психотерапия: краткий лекционный курс / А. Я. Варга, Т. С. Драбкина. — СПб.: Речь, 2001. — 144 с.
14. *Витакер, К.* Полуночные размышления семейного психотерапевта / К. Витакер; пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2006. — 208 с.
15. *Желдак, И. М.* Искусство быть семьей: практ. рук-во. — Минск: МП «Лерокс», 1998. — 160 с.
16. *Уорден, М.* Семейная психотерапия. Диагностика, техники, секреты мастерства / М. Уорден. — 4-е междунар. изд. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. — 309 с.

Учебное издание

Шилова Оксана Владимировна
Хмара Наталья Викторовна
Шилова Наталья Петровна

**ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВ,
СЕМЕЙНОЙ АГРЕССИИ И СУИЦИДОВ**

Учебно-методическое пособие
для студентов лечебного и медико-диагностического факультетов
медицинских вузов

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 13.05.2011.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,8. Тираж 70 экз. Заказ № 206

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5

