

Геннадий
СТАРШЕНБАУМ

БИБЛИОТЕКА
УСПЕШНОГО
ПСИХОЛОГА

18+

ПСИХОСОМАТИКА

КАК ПОЧИНИТЬ ДУШУ, ЧТОБЫ ТЕЛО
РАБОТАЛО КАК ЧАСЫ



ПРАЙМ
Ψ

Библиотека успешного психолога

Геннадий Старшенбаум

**Психосоматика. Как
починить душу, чтобы
тело работало как часы**

«Издательство АСТ»

2019

УДК 616.8
ББК 56.14

Старшенбаум Г. В.

Психосоматика. Как починить душу, чтобы тело работало как часы / Г. В. Старшенбаум — «Издательство АСТ», 2019 — (Библиотека успешного психолога)

ISBN 978-5-17-120854-7

Зачастую причиной телесных недугов становится психологическое неблагополучие. Чтобы устранить психосоматические расстройства, нужно научиться понимать телесный «язык» психики. В этой книге описываются признаки и течение психосоматических расстройств, их диагностика и психотерапия. Кроме традиционных психосоматических болезней (гипертонической, коронарной, язвенной, астмы и т. д.) рассматриваются также психогенные нарушения физиологических функций. Приводятся несложные тесты для ранней диагностики, эффективные приемы самопомощи и памятки для родственников больных. Книга будет полезна обучающимся и практикующим врачам и психологам, а также всем, кто заинтересован в улучшении собственного самочувствия, здоровья детей и близких. Данное издание не является учебником по медицине. Все лечебные процедуры должны быть согласованы с лечащим врачом. В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

УДК 616.8
ББК 56.14

ISBN 978-5-17-120854-7

© Старшенбаум Г. В., 2019

© Издательство АСТ, 2019

Содержание

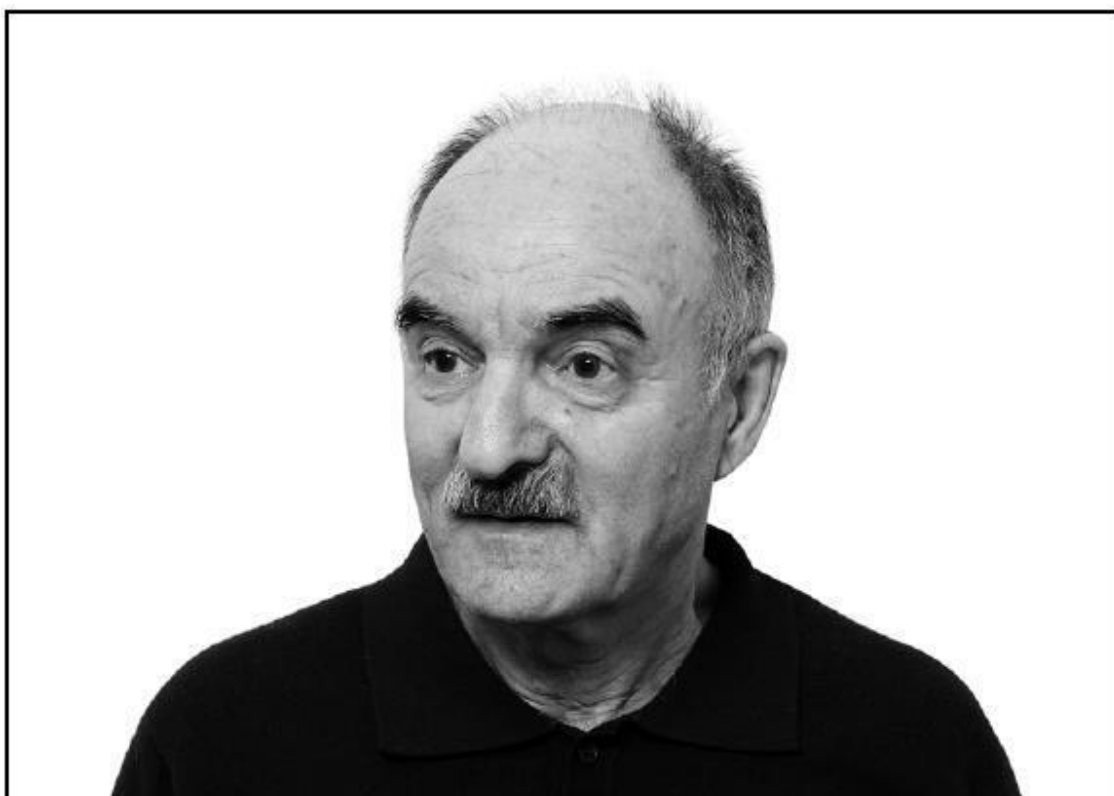
Введение	8
Экзамен на звание психосоматика	10
Соматическая реакция на стресс	10
Определение уровня алекситимии	13
Самооценка социальной значимости болезни	14
Реакции на тяжелый стресс	15
Острая стрессовая реакция	16
Посттравматическое стрессовое расстройство	18
Практикум	20
Экстренная психологическая помощь	20
Рекомендации потерпевшим	20
Расстройства адаптации	23
Стиль жизни	25
Профессиональное выгорание	27
Портрет трудоголика	27
Выгорание профессионала	27
Дополнительные риски для выгорания	28
Конец ознакомительного фрагмента.	29

Геннадий Старшенбаум

Психосоматика. Как починить душу, чтобы тело работало как часы

© Старшенбаум Г. В., 2019

© ООО «Издательство АСТ», 2020



Геннадий Владимирович Старшенбаум – профессор Московского института, кандидат медицинских наук, практикующий врач-психотерапевт высшей категории с многолетним опытом работы в многопрофильных клинических больницах и поликлиниках, автор книги «Психосоматика и психотерапия», выдержавшей 7 изданий.

В данной книге используются новейшие диагностические системы: еще не переведенная на русский язык американская DSM-5 и готовящаяся к выпуску международная классификация болезней МКБ-11. Кратко описываются типичные проявления психосоматических расстройств, иллюстрированные наблюдениями автора, в доступной форме объясняются психофизиологические механизмы нарушений.

Приводятся несложные, но достаточно достоверные тесты для ранней самодиагностики и самоанализа, которые помогают объективно оценить функционирование организма и выявить психологические причины нарушения функций. Основное содержание справочника – простые и в то же время высокоэффективные упражнения для улучшения психофизической саморегуляции и самоконтроля, снятия или облегчения симптомов. Имеются также памятки для родственников и профессионалов, помогающие лучше понять пациентов и помочь им.

Дано мне тело – что мне делать с ним,

Таким единым и таким моим?
За радость тихую дышать и жить
Кого, скажите, мне благодарить?
Я и садовник, я же и цветок,
В темнице мира я не одинок.
На стекла вечности уже легло
Моё дыхание, моё тепло.

Осип Мандельштам

Введение

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения 45 процентов заболеваний связано со стрессом, а 30–50 процентов посетителей поликлиник нуждаются не в лекарствах, а в психотерапии. К сожалению, врачи плохо распознают психосоматические нарушения и безуспешно пытаются лечить их как похожие соматические болезни или отправляют к невропатологу, который ставит диагноз *вегетативная дистония*.

Как известно, вегетативная нервная система состоит из двух отделов – симпатического и парасимпатического. *Симпатическая нервная система* во время стресса организует процесс мобилизации: из коры надпочечников выделяется адреналин, начинает сильнее и чаще сокращаться сердце, повышается давление крови, расширяются артерии, питающие миокард и скелетные мышцы, возрастает сила этих мышц.

Активизируется обмен веществ, из печени в кровь поступает глюкоза, углубляется дыхание, расширяются бронхи, усиливается потоотделение. Краснеет кожа, появляется ощущение жара, повышается способность к концентрации, переключению и распределению внимания, улучшается память. Это нормально и даже полезно – тренирует выносливость к стрессу.

Неотреагированная агрессия приводит к длительному возбуждению *симптоадреналовой системы* с последующим развитием **психосоматических болезней**: гипертонии, мигрени, ишемической болезни сердца, ревматоидного артрита, тиреотоксикоза. Неудовлетворенное пассивное ожидание помощи, признания, сексуального удовлетворения перенапрягает *парасимпатический отдел вегетативной нервной системы*, отвечающий за накопление сил и спасение от угрозы. В результате развиваются астма, язва и диабет.

Если действия человека не приводят к успеху, наступает *дистресс* (то есть плохой, вредный стресс). Хронический дистресс может повлечь за собой полный упадок сил организма и снижение иммунитета. *Иммунная система* предупреждает развитие инфекций и опухолей, обнаруживая и уничтожая антигены – чужеродные субстанции и собственные клетки-мутанты. Этим занимаются лимфоциты, циркулирующие в лимфе и крови. Во время стресса надпочечники выделяют кроме адреналина еще и норадреналин. На ранней стадии стресса он стимулирует активность лимфоцитов, однако затем начинает подавлять ее. В результате иммунитет ослабляется, легко развиваются инфекционные, аллергические и онкологические заболевания.

Психогенные нарушения функций организма приводят к **соматоформным расстройствам**. К ним относятся бессонница, головные, мышечные и суставные боли, психогенные расстройства дыхания, пищеварения и выделения, В эту группу включают также псевдоневрологические и психосексуальные дисфункции, нарушения менструального цикла и осложненную беременность. Нередко соматические симптомы являются лишь фасадом тревожных или депрессивных расстройств.

Соматоформные симптомы по времени их появления или усиления, а также по степени выраженности связаны с волнением. Они быстро сменяют друг друга, блуждая по телу, меняя форму и интенсивность. Многократные медицинские обследования не выявляют достоверных отклонений от нормы. Пациенты считают психологические проблемы результатом плохого самочувствия и не обращаются к психотерапевту. В лучшем случае они воспринимают его как дополнительную «живую таблетку» от своих симптомов: нервного напряжения, плохого настроения, бессонницы.

Пациенты охотно расслабляются под убаюкивающий голос психотерапевта во время аутогенной тренировки и не занимаются потом самостоятельно. Те, кто боится «химии» и верит в магию внушений, ждут чуда от гипноза. Психосоматические заболевания потому, в частности, и относятся к психическим расстройствам, что пациенты, даже если они жалуются на какие-то симптомы, не осознают их природу.

Психосоматические расстройства, как правило, развиваются на фоне *алекситимии* – по-гречески это означает «нет слов для чувств». В сложных ситуациях алекситимики испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания. Им трудно проявлять сочувствие, они редко плачут и почти не видят снов, не могут понять переносный смысл высказываний. Из-за постоянного контроля их движения неуклюжи, речь монотонна и однообразна. Алекситимикам тяжело подобрать слова для описания своих чувств. Язык тела заменяет им язык души.

Проработав много лет в многопрофильных больницах и поликлиниках, я научился понимать язык тела своих пациентов и помогать им. Своим опытом я поделился в книге «Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела», выдержавшей семь изданий. В ней сделан акцент на клинике, диагностике и психотерапии психосоматических расстройств. Эти базовые знания необходимы для понимания психофизиологических механизмов нарушений и готовят к осмысленному применению методов самоисцеления.

Данный справочник служит логичным продолжением упомянутой книги. Он содержит несложные, но достаточно достоверные тесты для ранней самодиагностики, которые помогут вам объективно оценить состояние здоровья и понять психологические причины нарушения функций организма. Основное содержание руководства – простые, но доказавшие на практике свою эффективность упражнения для снятия или облегчения симптомов. Имеются также памятки для родственников, помогающие лучше понять больного человека и помочь ему. Желаю вам успеха в этой интересной и полезной работе!

– Следующий!.. Больной! Ну как вы зашли? Вы больной или думаете, что мы здесь шутки шутим? Выйдите и зайдите, как положено – ноги согнуты, рука на животе, изо рта энергичный стон!

Экзамен на звание психосоматика

Соматическая реакция на стресс

Отметьте то число, которое отражает частоту проявления у вас того или иного симптома, а потом подсчитайте общую сумму.

	Никогда	Редко (чаще, чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем раз в месяц)	Часто (чаще, чем раз в неделю)	Постоянно
1. Усталость или истощение	1	2	3	4	5
2. Болезни зубов и челюстей	1	2	3	4	5
3. Сухость во рту	1	2	3	4	5
4. Тошнота	1	2	3	4	5
5. Рвота	1	2	3	4	5
6. Боли в желудке	1	2	3	4	5

7. Изжога	1	2	3	4	5
8. Метеоризм	1	2	3	4	5
9. Колики	1	2	3	4	5
10. Запоры	1	2	3	4	5
11. Частый стул	1	2	3	4	5
12. Учащенное мочеиспускание	1	2	3	4	5
13. Недержание мочи	1	2	3	4	5
14. Поверхностное частое дыхание	1	2	3	4	5
15. Глубокое частое дыхание	1	2	3	4	5
16. Астма	1	2	3	4	5
17. Головокружение	1	2	3	4	5
18. Мигрени	1	2	3	4	5
19. Затяжные головные боли	1	2	3	4	5
20. Повышенное давление	1	2	3	4	5
21. Пониженное давление	1	2	3	4	5
22. Ощущение тяжести в груди или в области сердца	1	2	3	4	5
23. Сильное сердцебиение	1	2	3	4	5
24. Учащенное сердцебиение	1	2	3	4	5

25. Кожа, идущая пятнами	1	2	3	4	5
26. Сухость кожного покрова	1	2	3	4	5
27. Маслянистая кожа	1	2	3	4	5
28. Холодные кисти рук	1	2	3	4	5
29. Потение рук	1	2	3	4	5
30. Потение ступней	1	2	3	4	5
31. Аллергия	1	2	3	4	5
32. Тремор рук	1	2	3	4	5
33. Игра желваков	1	2	3	4	5
34. Скрежетание зубами	1	2	3	4	5
35. Боли в шее	1	2	3	4	5
36. Боли в суставах	1	2	3	4	5
37. Боли в спине	1	2	3	4	5
38. Нарушение менструального цикла или половая слабость	1	2	3	4	5

Суммируйте баллы.

Если вы набрали **от 40 до 75 баллов**, то ваши шансы заболеть из-за стресса минимальны.

Если **от 76 до 100 баллов**, то существует небольшая вероятность, что вы заболите из-за стресса.

Если вы набрали **от 101 до 150 баллов**, то такая вероятность достаточно велика.

Если ваши показатели **превышают 150 баллов**, то вполне вероятно, что стресс уже сказался на вашем здоровье.

Определение уровня алекситимии

Ответьте на следующие вопросы: «совершенно согласен (1 балл), «скорее согласен» (2 балла), «ни то, ни другое» (3 балла), «скорее не согласен» (4 балла), «совершенно не согласен» (5 баллов).

1. Когда плачу, я всегда знаю, почему.
2. Мечты – это потеря времени.
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.
5. Я часто мечтаю о будущем.
6. Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие.
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений.
8. Мне трудно находить правильные слова для выражения своих чувств.
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам.
11. Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит.
12. Я способен с легкостью описать свои чувства.
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать.
14. Когда расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол.
15. Я часто даю волю воображению.
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим.
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле.
18. Я редко мечтаю.
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так.
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях.
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям.
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства.
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему.
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.
26. Я часто не знаю, почему я сержусь.

Суммируйте баллы, при этом вычитайте баллы за ответы на следующие вопросы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24. Уровень алекситимии у здоровых людей – до **62 баллов**, **63–73 балла** – зона риска, **свыше 74 баллов** – наличие алекситимии.

Самооценка социальной значимости болезни

Ответьте на следующие вопросы: 1 – «наверняка нет», 2 – «скорее нет», 3 – «затрудняюсь ответить», 4 – «пожалуй, да», 5 – «безусловно, да».

1. Из-за болезни у меня снизился прежний уровень работоспособности, я стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а).

2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным со своей болезнью.

3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях.

4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются.

5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы.

6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру.

7. После того как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих.

8. Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все.

9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей.

10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать.

Обработка результатов. Оценки «4» и «5» свидетельствуют о высокой или очень высокой значимости влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса).

1. Ограничение ощущения силы и энергии.
2. Ухудшение отношения к больному в семье.
3. Ограничение удовольствий.
4. Ухудшение отношения к больному на работе.
5. Ограничение свободного времени.
6. Ограничение карьеры.
7. Снижение физической привлекательности.
8. Формирование чувства ущербности.
9. Ограничение общения.
10. Материальный ущерб.

Каждый из нас может убить себя – сразу, выстрелом, или постепенно, с помощью ожирения, голода, алкоголизма, а в некоторых случаях – решив умереть и воплотив это решение в соматической болезни.

Карл Витакер

Реакции на тяжелый стресс

Впечатлительная молодая таксистка попала в аварию. После этого при виде встречного грузовика она бросала руль и в ужасе закрывала лицо руками. Ночью ее преследовали кошмары. Стоял вопрос об увольнении и смене профессии. Начальство дало ей недельный срок на лечение. Я внушил ей в гипнозе ситуацию, в которой она избежала столкновения с грузовиком благодаря своим уверенным и автоматическим действиям. Внушил ей также видеть подобные сны ночью. Перед выходом на работу я ввел ее в транс, и она вместе со мной выехала на улицу. Реакция на дорожные ситуации была безошибочной. Пациентка вышла из транса с чувством триумфа и уверенности в своих возможностях.

Острая стрессовая реакция

Диагностические критерии

1. Воздействие события или ситуации (кратковременной или продолжительной) чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера. Такие события включают (но не ограничиваются ими) непосредственное переживание природных или техногенных катастроф, боевых действий, серьезных аварий, пыток, сексуального насилия, терроризма; нападение, острое опасное для жизни заболевание (например, сердечный приступ); пребывание свидетелем угрозы или фактического увечья или смерти других внезапным, неожиданным или насильственным образом; получение известия о внезапной, неожиданной или насильственной смерти любимого человека.

2. Развитие реакции на стрессор, которая считается нормальной с учетом тяжести стрессора. Реакция на стрессор может также включать временные симптомы, как головокружение, растерянность, грусть, беспокойство, гнев, отчаяние, чрезмерная активность, бездеятельность, социальная изоляция, амнезия, деперсонализация, дереализация или ступор, вегетативные признаки тревоги (например, учащенное сердцебиение или потливость), все они являются общими и могут быть характерной чертой.

3. Симптомы обычно появляются в течение нескольких часов или дней после стрессового события и обычно начинают стихать в течение нескольких дней после события или после удаления из угрожающей ситуации, когда это возможно. В тех случаях, когда стрессор продолжается или удаление невозможно, симптомы могут сохраняться, но обычно они значительно уменьшаются в течение примерно одного месяца, поскольку человек приспосабливается к изменившейся ситуации.

Симптомы, которые возникают сразу после события, но разрешаются менее чем за 3 дня, не отвечают критериям острого стрессового расстройства. При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее чем через 8 часов, а при сохранении стресса – не ранее чем через 48 часов. Затем начинается процесс выздоровления: отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникающим обстоятельствам.

Клиническая картина **острого стрессового расстройства (ОСР)** обычно проявляется как тревожная реакция с навязчивыми воспоминаниями о событии. Воспоминания являются спонтанными или вызванными напоминаниями о событии стимулами, отсылающими к травматическому опыту (например, звук выхлопа автомашины, вызывающий воспоминания о выстрелах). Эти навязчивые воспоминания часто включают сенсорные компоненты (например, ощущение жара, которое испытывал в горящем доме), эмоциональные (например, страх при мысли о том, что пациента можно было заколоть) или физиологические (например, нехватка воздуха, которую человек испытывал, когда тонул).

Очень часто люди с ОСР испытывают сложности со сном, связанные с повышенным возбуждением или повторяющимися снами, которые тематически ассоциируются с травматическим событием. Некоторые пострадавшие не имеют навязчивых воспоминаний о самом событии, но вместо этого испытывают сильное психологическое расстройство или физиологическую реактивность, когда они подвергаются воздействию событий, которые напоминают или символизируют аспект травматического события. Включающий сигнал может быть физическим ощущением (например, головокружение для выжившего после травмы головы), особенно для людей с выраженной соматизацией.

Люди с ОСР могут реагировать на неожиданные раздражители, проявляя повышенную реакцию испуга или нервозность при громких шумах или неожиданных движениях (например,

человек может резко подпрыгнуть в ответ на телефонный звонок). В течение первого месяца после воздействия травмы часто возникают панические атаки, что может быть вызвано напоминаниями о травме или может возникать спонтанно.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические критерии

1. Воздействие события или ситуации (кратковременной или продолжительной) чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера. Такие события включают (но не ограничиваются ими) непосредственное переживание природных или техногенных катастроф, боевых действий, серьезных аварий, пыток, сексуального насилия, терроризма; нападение, острое опасное для жизни заболевание (например, сердечный приступ); пребывание свидетелем угрозы или фактического увечья или смерти других внезапным, неожиданным или насильственным образом; получение известия о внезапной, неожиданной или насильственной смерти любимого человека.

2. После травмирующего события или ситуации развивается характерный синдром продолжительностью не менее нескольких недель, состоящий из трех основных элементов.

- Повторное переживание травмирующего события в настоящем, в котором событие (события) не просто запоминается, но переживается как происходящее снова здесь и сейчас. Это обычно происходит в форме ярких навязчивых воспоминаний или изображений; ретроспективных картин, которые могут варьироваться от легких (временное ощущение события, происходящего снова в настоящем) до серьезных (с полной потерей осознания присутствующего окружения), или повторяющихся снов или ночных кошмаров, которые тематически связаны с травмирующим событием. Повторное переживание обычно сопровождается страхом или ужасом и сильными физическими ощущениями. Повторное переживание в настоящем может также включать в себя чувство подавленности или погружения в те же интенсивные эмоции, которые испытывались во время травмирующего события, и может возникать в ответ на напоминания о событии.

- Умышленное избегание напоминаний может привести к повторному переживанию травмирующего события. Это может принимать форму либо активного внутреннего избегания соответствующих мыслей и воспоминаний, либо внешнего избегания людей, разговоров, действий или ситуаций, напоминающих о событии. В крайних случаях человек может изменить свое окружение (например, переехать в другой город или сменить место работы), чтобы избежать напоминаний.

- Постоянное восприятие повышенной текущей угрозы, например, на что указывает повышенная бдительность или усиленная реакция испуга на раздражители, такие как неожиданные шумы. Люди с повышенным вниманием постоянно защищают себя от опасности и чувствуют, что они или другие близкие им люди находятся под непосредственной угрозой либо в конкретных ситуациях, либо в более общем плане. Они могут принять новое поведение, разработанное для обеспечения безопасности (например, не сидят с кем-то спиной к двери, часто смотрят в зеркало заднего вида автомашины).

3. Все это приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования. Если функционирование поддерживается, то только благодаря значительным дополнительным усилиям.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может возникать в любом возрасте, начиная с первого года жизни. В группу риска входят дети и пожилые люди, что связано с несформированностью или ригидностью механизмов совладания. Маленькие дети могут сообщать о появлении страшных снов без содержания, отражающего травматическое событие, например, они видят в сновидениях монстров. У них могут развиваться склонность к изоляции и даже психогенная немота.

Взрослые, подвергшиеся травматическим событиям в зрелом возрасте, могут проявлять больше избегания, повышенной возбудимости, проблем со сном и истерик, чем молодые люди, подвергшихся таким же травматическим событиям. Для пожилых людей ухудшение состояния здоровья, снижение возможностей адаптации и социальная изоляция могут усугубить симптомы ПТСР.

В течение года после стрессового воздействия в ситуации, напоминающей стрессовую или связанной с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые стойкие воспоминания пережитого (флешбэки), которые находят свое отражение и в повторяющихся сновидениях. Отмечаются также обманы восприятия, содержащие чувства, мысли и действия, отражающие суть травмы. Некоторые люди испытывают чувство отрыва от своего тела (деперсонализацию) или от окружающего их мира (дереализацию).

Наблюдается возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах: повышенная настороженность и бдительность, раздражительность или вспыльчивость, повышение уровня бодрствования. Характерно возрастание чувствительности к потенциальным угрозам, включая те, что связаны с травматическим опытом, и те, что не связаны с ним (например, страх сердечного приступа). Сохраняется повышенная реакция испуга или резкая реакция на громкие звуки или неожиданные движения.

Особенностью течения ПТСР является его волнообразный характер. На какое-то время симптомы полностью исчезают, а затем под воздействием стрессора, напоминающего первоначальную травму, а иногда и без видимой причины возвращаются вновь. Повторение симптомов и их усиление могут возникать в ответ на напоминания о первоначальной травме, постоянных стрессовых ситуациях жизни или недавно пережитых травматических событиях.

Полное выздоровление происходит в течение трех месяцев примерно у половины взрослых, в то время как у некоторых пациентов симптомы сохраняются дольше 12 месяцев, а иногда и более 50 лет. Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего события, могут вызвать сильную психологическую и физиологическую реакцию.

Практикум

Экстренная психологическая помощь

Пострадавшему, находящемуся в *ступоре*, согните пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему позитивные точки, расположенные над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. Говорите пострадавшему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные), чтобы добиться его реакции.

В случае *двигательного возбуждения*, находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя. Изолируйте пострадавшего от окружающих. Массируйте позитивные точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, избегайте начинать фразы с частицы «не».

В случае *паники* положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Дышите глубоко и ровно, побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме. Выслушайте пострадавшего, проявив заинтересованность, понимание, сочувствие. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

В случае *дрожи* нужно усилить ее. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, чтобы он не принял ваши действия за нападение. Не обнимайте пострадавшего и не прижимайте его к себе, не укрывайте его чем-нибудь теплым, не призывайте взять себя в руки. Дайте пострадавшему возможность отдохнуть, постарайтесь уложить его спать.

В случае *истерического припадка* удалите зрителей, создайте спокойную обстановку, оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (с грохотом уроните предмет, облейте водой, резко крикните на пострадавшего, дайте ему пощечину). Говорите с пострадавшим уверенно, короткими фразами: «Выпей воды», «Умойся». Уложите пострадавшего спать.

Рекомендации потерпевшим

1. Говорите с людьми о ваших переживаниях, а не о том, что случилось. Даже если вас тянет быть в одиночестве и никого не хочется видеть, старайтесь сохранять связи с людьми. Сохраняйте контакт с семьей и друзьями. Проводите больше времени с вашими близкими – возможно, они тоже находятся в тревоге. Разговаривайте с теми, кто перенес в прошлом тяжелые утраты. Попытайтесь организовать группы обсуждения и поддержки там, где это возможно, – на работе, среди друзей, соседей. Если вы религиозны или у вас есть кружок духовных друзей – сохраняйте связь с ними. Уделите внимание вашей вере и духовным потребностям.

2. Позаботьтесь о питательной пище, достаточном сне и физических упражнениях. Помните: переживает не только ваша душа, но и тело, оно нуждается в уходе и поддержке. Постарайтесь не избегать занятий, которые доставляют вам удовольствие. Уделите внимание вашему внутреннему состоянию и вашим потребностям: например, не смотрите «Новости», если вы чувствуете потребность в покое.

Попытайтесь отметить, что в истории вашей жизни оказалось оживленным тяжелыми событиями. Что вдруг всплыло в памяти, с кем из вашей прошлой жизни и о чем вам хотелось

бы поговорить, что вдруг выяснилось из прошлого и т. д. Воздержитесь от разговоров о больших новых проектах, изменениях в жизни, о том, как вы будете справляться с возможными новыми трудностями. Оставьте это на потом.

3. Постарайтесь быть в устойчивом обществе близких, которые сочувствуют вам. Делайте повседневные житейские дела – они могут помочь вам вновь почувствовать себя самим собой и успокоить тревогу. Период больших стрессов – не лучшее время для принятия ответственных решений и серьезных изменений в жизни; если у вас есть выбор – не спешите принимать решение. Важно использовать привычные для вас подходы и придерживаться, как только это возможно для вас, тех способов и темпа жизни и повседневных дел, которые обычно вам свойственны.

4. Делитесь своим мнением с кем-нибудь, связанным с пережитым, кого вы хотите спросить, проинформировать или поблагодарить. Не избегайте тех сфер жизни, в которых вы можете проявить себя. Подумайте, что хорошего можно найти в вашем теперешнем положении? Может быть, настоящая жизнь только теперь и начинается? Недаром говорят: «Не было бы счастья, да несчастье помогло!»

5. Помогайте вашим детям справиться со стрессом. Говорите с детьми о случившемся, об их переживаниях и страхах. Побуждайте детей спрашивать и отвечайте на их вопросы, сообразуясь в своих ответах с их потребностями, интересами и возможностями. Помогите им понять, как событие затронуло их, их жизни и тех людей, которых они любят. Убеждайте детей в том, что они теперь в безопасности. Просветите их (сами или, если не можете, найдите кого-нибудь) – объясните, что такое пожар, наводнение, терроризм и т. д., в зависимости от характера происшедшего. Если вы потеряли кого-то из любимых людей, расскажите детям об этом человеке. Ваши отношения с этим человеком продолжают существовать, поскольку вы сохраняете память о пережитом вместе с ним.

6. Ищите дальнейшей помощи. Устанавливайте контакты с помогающими организациями. Если вы чувствуете, что не очень справляетесь со стрессом, вызываете очень большую озабоченность у близких или склонны к саморазрушительному или опасному поведению – алкоголь, наркотики, агрессия – обратитесь к психологу или психотерапевту.

Если симптомы не начали уменьшаться в течение примерно 1 недели после прекращения действия стрессора (или в течение примерно 1 месяца в случае продолжающихся стрессоров), диагностируется расстройство адаптации или посттравматическое стрессовое расстройство.

Для профилактики развития ПТСР важно в течение первых нескольких недель чрезвычайной ситуации организовать для потерпевших серию занятий по программам психологической саморегуляции состояний.

Используется 4-шаговый подход.

1. Нормализация реакции людей на катастрофу (людей информируют о симптоматике и течении стрессовых реакций, тем самым дается разрешение иметь «нормальные» для такой ситуации симптомы; это ослабляет тревогу и связанные с ней симптомы).

2. Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций (людям дают выговориться, отреагировать и разделить переживания с товарищами по несчастью; в результате уменьшается аффективное напряжение, структурируются и лучше контролируются эмоции, активизируется целенаправленная деятельность).

3. Обучение навыкам самопомощи – в первую очередь умению справляться со стрессом.

4. Обеспечение помощи (людей направляют к различным специалистам для получения специализированной и долговременной помощи).

Первую фазу терапии следует посвятить обеспечению безопасности – как в плане внешних факторов, так и в отношении воспоминаний. Например, если пациент с ПТСР живет вместе с виновником насилия, необходимо подумать о другом месте жительства для пациента или обеспечить ему социальную поддержку и научить избегать провоцирования агрессора. Надо

побудить пациента к улучшению навыков самозащиты и избеганию саморазрушительных действий, например, отказу от приема алкоголя и употребления средств, вызывающих зависимость. Ознакомить пациента с ранними признаками ПТСР и посоветовать рассказать о них близким. Научить его справляться с навязчивыми воспоминаниями и флешбэками. Наконец, следует настроить пациента не позволять симптомам ПТСР останавливать его деятельность в повседневной жизни.

Во второй фазе надо помочь пациенту переписать свою личную историю: интегрировать травму в значимые события его жизни и, в то же время, рассматривать ее в перспективе. Важно учитывать, что пациенту трудно рассказывать о травме, поскольку его чувства слишком сильны. Можно использовать рассказы других жертв, сообщения очевидцев, информацию СМИ, больничные записи и т. д.

В третьей фазе терапии пациент должен объединить травму с системой своих убеждений или изменить свои убеждения так, чтобы они лучше соответствовали реальности. Его исходный взгляд в отношении самого себя и мира нуждается в переосмыслении. Это потребует корректировки ощущения «Я» и идентичности. Они меняются непрерывно, как, например, при пересмотре старых и построении новых взаимоотношений. Пациенту необходимо принимать участие в деятельности, позволяющей ему ощутить свое мастерство и получить удовольствие.

Для индивидуальной коррекции стрессовых состояний у лиц с начальными признаками ПТСР широко используются внушение и самогипноз. Эффективным средством для более глубокой коррекции проявлений ПТСР является метод систематической десенсибилизации. В нем сочетаются возможности комплексного использования релаксационных техник, самовнушения и собственно психотерапевтических воздействий для снятия остроты эмоционального восприятия элементов травмирующих ситуаций.

Учитываются следующие психодинамические механизмы, лежащие в основе происхождения ПТСР: тревога блокирует бессознательные конфликты Суперэго, воссоздает тревожное состояние и пытается преодолеть его; включаются такие защитные механизмы, как регрессия, подавление, отрицание, девальвация.

Расстройства адаптации

Катя обратилась по поводу конфликта с мужем, переедания и лишнего веса. Ей 35, она коммерческий директор в рекламе, 15 лет в браке. Муж – лентяй, мало зарабатывает, но не старается. Ее отец такой же лентяй. Последние полгода муж не работает, сидит с дочкой вместе с няней. Дочери его любят. У них двое дочерей, младшей – годик. Муж уже год не предлагает секса. Катя прогоняет его к его маме. Может, после этого исправится.

Катю заносит то в диктат, то в жалость. Ей нужно много внимания, в детстве его не хватило. Она не всегда отличает реальность от своих фантазий, хорошая притворщица, могла бы быть артисткой. Катя располнела в 13 лет, когда стала запихивать в себя еду, чтобы ей не запихнул какой-нибудь парень, что уже позволяли некоторые одноклассницы. У нее нет сейчас влечения к мужу, пусть хотя бы лампочку вкрутит.

В процессе терапии Катя перестала давить на мужа, занялась работой над своей женской привлекательностью, начала ходить в группу. Она перестала переедать, сбросила лишний вес. У нее ожило влечение к мужу, они хорошо провели вместе отпуск. Муж опасается выходить на работу, так как тогда некому будет заниматься детьми. Она просит его самого решить этот вопрос, подбадривает его.

Диагностические критерии

1. Дезадаптивная реакция на идентифицируемый психосоциальный стрессор или множественные стрессоры (например, одиночное стрессовое событие, продолжающиеся психосоциальные трудности или сочетание стрессовых жизненных ситуаций), которая обычно возникает в течение месяца после стрессора. Примеры включают развод или потерю отношений, потерю работы, выявление болезни, недавнее появление инвалидности и конфликты дома или на работе.

2. Реакция на стрессор характеризуется озабоченностью стрессором или его последствиями, включая чрезмерное беспокойство, повторяющиеся и тревожные мысли о стрессоре или постоянные размышления о его последствиях.

3. Симптомы не лучше объясняются другим психическим расстройством (например, расстройством настроения).

4. Как только стрессор и его последствия закончились, симптомы исчезают в течение 6 месяцев.

5. Неспособность адаптироваться к стрессору приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование поддерживается, то только благодаря значительным дополнительным усилиям.

Расстройство адаптации представляет собой неадекватную реакцию на обычный стресс (например, поступление в учебное заведение, уход из родительского дома, женитьба, становление родителем, супружеская измена, развод и возвращение в родительский дом, неспособность достичь профессиональных целей, выход на пенсию).

Если стресс является острым событием (например, увольнение с работы), начало нарушения обычно происходит в течение нескольких дней, а продолжительность его – не более шести месяцев. Лица с расстройством адаптации обычно восстанавливаются, когда стрес-

сор удаляется, когда обеспечивается достаточная поддержка или когда у человека возникают дополнительные механизмы или стратегии преодоления. Если стрессор или его последствия сохраняются, расстройство адаптации также может сохраняться и стать постоянной формой поведения.

У детей характерные симптомы озабоченности стрессором или его последствиями или постоянные размышления о стрессоре часто не выражаются напрямую, а скорее проявляются в соматических симптомах (например, боли в животе или головные боли), подрывном или оппозиционном поведении, гиперактивности, истериках, проблемах с концентрацией, раздражительности и повышенной прилипчивости.

Другие реакции на стрессовые факторы, включая регрессию, недержание мочи и нарушения сна, могут быть проявлением расстройства адаптации, если они сохраняются не менее месяца. У подростков поведенческие проявления расстройства адаптации могут включать употребление психоактивных веществ и различные формы отыгрывания или принятия риска. Пожилые люди, страдающие от расстройства адаптации, обычно выражают большую тревогу за свое здоровье, выглядят деморализованными и часто демонстрируют стойкую соматизацию психологических симптомов.

Стиль жизни

Человек, имеющий стрессовый стиль жизни	Человек, имеющий нестрессовый стиль жизни
Полностью поглощен только одним видом деятельности (только семья или только работа).	Реализует себя в различных сферах (семья, работа, друзья, хобби, общественная деятельность и т. д.).
Считает свою работу (деятельность) неинтересной, скучной, не приносящей никакого самодовольствия.	Считает свою работу (деятельность) интересной, благодарной, стоящей.
Испытывает постоянную нехватку времени, берет слишком большой объем нагрузки за короткий промежуток времени.	Способен планировать деятельность, периоды напряженной работы чередуются с отдыхом или малой нагрузкой.
Задолго суетливо беспокоится по поводу потенциально возможных или наступающих событий.	Эффективно распределяет время, хорошо планирует дела и умеет избегать напряженных ситуаций. Допускает наличие «творческого» стресса в определенные периоды напряженной деятельности.
Считает, что трудно просто провести время, отдохнуть, расслабиться.	Умеет доставить себе удовольствие, расслабиться.
Соглашается с выполнением угнетающих, неблагодарных социальных ролей.	Не соглашается с выполнением угнетающих социальных ролей, выражает потребности и чувства без оправданий.

Не имеет круга социальной поддержки, воспринимает тяжелые или стрессовые ситуации пассивно, страдает молча, не ищет ресурсов их преодоления.	Имеет круг социальной поддержки.
Постоянно драматизирует события, воспринимает жизнь в «черном цвете»; постоянно обвиняет себя или других, обидчив, насмешлив или не обладает чувством юмора.	Оптимистичен и жизнерадостен, заразительно, доброжелательно шутит.
Имеет трудности или предубеждения относительно общения с людьми другого пола, тяжело преодолевает стрессовые межличностные отношения.	Тщательно выбирает друзей и имеет с ними одобряющие и спокойные отношения.
Имеет вредные для здоровья привычки (привык к пассивному отдыху, не занимается спортом, не заботится о своей физической форме, постоянно нарушает режима сна, курит, выпивает, неправильно питается и др.).	Заботится о хорошей физической форме, правильно питается, не имеет вредных привычек и зависимостей от алкоголя и курения.

Профессиональное выгорание

Портрет трудоголика

- Он считает, что можно чувствовать удовлетворение только во время работы.
- Ему приходится работать на износ, потому что на нем вся ответственность за общее дело.
- Неудача на работе – это катастрофа.
- Он чувствует себя энергично, уверенно и самодостаточно, только работая или думая о работе.
- Заканчивая дело, он испытывает неудовлетворенность от того, что скоро «все закончится».
- Заканчивая какое-то дело, он сразу начинает размышлять о следующем.
- Когда он не работает, он чувствует раздражительность и неудовлетворенность.
- После напряженной работы ему трудно переключиться на другую деятельность.
- Он избегает состояния «ничегонеделания».
- Беспокойство о работе мешает ему во время отдыха.
- Он не понимает смысла и радости от отдыха.
- Его мысли даже дома постоянно сосредоточены на работе.
- О нем говорят, что в быту он мрачен, неуступчив, раним, но «преображается» на работе.
- Бывает, что у него нет сексуальных желаний, но его успокаивает мысль: «Сегодня я очень сильно устал. Завтра все будет нормально».
- Для него характерны слова «всегда», «я должен».

Трудоголик постоянно боится что-то не успеть сделать, не может спокойно стоять в очередях, не терпит опаздывать, ненавидит пробки на дорогах. Все его мысли сосредоточены на делах. Он постоянно куда-то торопится и пребывает в постоянном напряжении, а это чревато сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Многие женщины сочетают профессиональный и домашний трудоголизм, обосновывая это жизненной необходимостью, ленью мужа и детей и своим «слишком заботливым характером». Вариантом трудоголизма могут быть модные увлечения обеспеченных женщин: престижные виды спорта, шейпинг и массаж, тренажерные залы и сауны, фитнес-центры и различные диеты, чистки организма и т. п.

Выгорание профессионала

Все начинается с эйфории и энтузиазма и похоже на медовый месяц. На этом этапе профессионал полностью поглощен решением проблем, думает и говорит только о своих делах, на работе ему не хватает времени, чтобы выпить чашечку кофе или перекусить, он увлеченно работает без отпусков и выходных, мало спит.

На втором этапе у профессионала появляется раздражительность, нарастает усталость, периодически возникают проблемы со сном. Третий этап отличается развитием хронических симптомов. Появляются чувство беспомощности, измождения, «загнанности», нежелание идти на работу. От попыток симбиотической близости профессионал переходит к формальной, бюрократической дистанции.

На четвертом этапе наступает кризис: учащаются жалобы на здоровье – усталость, раздражительность, мышечное напряжение, плохой сон, расстройства пищеварения, частые простуды. Развиваются психосоматические расстройства, приводящие к временной утрате

работоспособности. На конечной, пятой стадии развивается заболевание, угрожающее трудоспособности.

Большой риск выгорания имеют люди, стремящиеся эмоционально воздействовать на других, «заряжая» их своей энергией, но нечувствительные к эмоциям клиентов. Расстройство особенно легко развивается у холостых мужчин с низкой профессиональной самооценкой, связывающих свое благополучие с внешними факторами. Для женщин характерны бурный темп жизни, соперничество, стремление к совершенству и контролю.

Дополнительные риски для выгорания

1. Ублажение себя. Делать только то, что доставляет удовольствие.
2. Беспредметное общение с другими. Продолжительные разговоры по телефону. Постоянные предлоги для «пустой» болтовни.
3. Длительное времяпрепровождение у компьютера, «переливание из пустого в порожнее».
4. Непродуктивные способы работы. Делать работу за других, решать чужие проблемы. Переживать за других. Давать советы другим, когда этого не просят.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.