

Психотерапия кризисных состояний

Лекция 2. Особенности кризисных пациентов

Соловова Надежда Анатольевна

Кандидат психологических наук

solovovana@gmail.com

Неинтегрированность травмы

У людей с травмой драматически нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни, их травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связанных рассказов, а состоят из интенсивных эмоций и тех соматосенсорных элементов, которые актуализируются, когда страдающий находится в возбужденном состоянии или подвержен стимулам или ситуациям, напоминающим ему о травме

Доминирование травматических воспоминаний

Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания, со временем могут становиться все более и более тонкими и генерализованными, таким образом, иррелевантные стимулы становятся напоминанием о травме

Особенности телесных реакций

на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы; они страдают от гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации

Генерализация ожидаемой угрозы. Устойчивое иррелевантное продуцирование предупредительных сигналов приводит к тому, что физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний и, как следствие, они уже не могут служить в качестве ориентиров при какой-либо активности или деятельности

Нарушение временной перспективы

Трудно определить свои потребности

Трудно предвидеть как их удовлетворить

Трудно выстроить поведение для
удовлетворения потребности

Чувство вины

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать (или заместить) чувства беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля

Компульсивное повторное переживание травматических событий

неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые сходны с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом. Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации

Психологический смысл:

- отыгрывание, отреагирование ситуации
- стремление в подобной ситуации получить иной финал
- нет навыков жить по-другому (не знают как)

Этап установления контакта

Нарушение базового доверия к миру

Высокий процент «обрыва» терапии

Скептическое отношение к терапии

Не верят в возможность излечения

Страх быть еще раз травмированным

Почему трудно принять помощь

Пациенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». Это стремление также стимулируют и ожидания окружающих, которые считают, что пациенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем.

Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: пациенты остаются убежденными в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т. д.), и последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля

Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но пациент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности)

Некоторые пациенты борются за получение правовой и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого права на нее

Выстраивание терапевтических отношений

Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях)

Создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии

Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности пациента в безопасности.

До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.

Обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента