

**Опыт оказания экстренной психотерапевтической помощи
(методов нейро-лингвистического программирования)
пострадавшим в террористическом акте в г. Каспийске (Дагестан,
2002 г.).**

Статья опубликована в журнале **Вестник НЛП №5.**

Авторы: Сергей Владимирович Тимофеев

Темы, затрагиваемые в статье: Психотерапия

**Опыт оказания экстренной психотерапевтической помощи
(методов нейро-лингвистического программирования)
пострадавшим в террористическом акте в г. Каспийске (Дагестан,
2002 г.).**

9 мая 2002 года в городе Каспийск Дагестан во время военного парада произошел террористический акт, погибло сотни людей, в том числе и детей. Психиатры и психотерапевты Московского Объединения Психотерапевтов приняли активное участие в оказании экстренной психотерапевтической помощи пострадавшим. Среди больных поступивших в местные больницы общего профиля в основном преобладали дети возраста от 5 до 14 лет. Часть тяжело раненых пациентов было госпитализировано в республиканские больницы г. Махачкалы. В экстренной психиатрической и психотерапевтической помощи нуждались не только лица имевшие хирургическую патологию, но и участники очевидцы теракта, родственники пострадавших и т. д. Большинство предъявляемых жалоб сводилось к нарушениям сна (бессонница, кошмарные сновидения), реминисценциям теракта, неконтролируемое переживание горя, уход от социальных взаимодействий, отчаяние и безнадёжность, неадекватная гиперактивность.

В связи с этим хотелось подробнее остановиться на природе

невротических заболеваний вызванных острыми стрессовыми воздействиями, т.н. психогений.

Клинические признаки психогений ("триада К. Ясперса")

1. Совпадение начала заболевания с воздействием психотравмы.
2. Отражение психотравмы в структуре переживаний.
3. Выздоровление по мере дезактуализации психотравмы

Клинические критерии невротизации (по В. Н. Мясищеву, 1960)

1. связь психогений с личностью больного
2. наличие определенного соответствия между клиническими проявлениями и характером психотравмирующей ситуации
3. наличие определенного соответствия динамики состояния с изменением психотравмирующей ситуации
4. более высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биологическими) методов лечения
5. отсутствие психотических расстройств

Невроз (по Б. Д. Карвасарскому)

Психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психотическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах (при отсутствии психотических расстройств)

Классификация психогений.

Уровень расстройств	Группа состояний	Клинические формы	Соответствие критериям К. Ясперса
Непатологический (психическое здоровье)	Психологические Стрессовые реакции	- гиперкинетическая - гипокINETическая	+
	Непсихотические реакции (до 14 суток)	- астеническая - депрессивная - истерическая	+

Непсихотический		- эксплозивная - фобическая	
(пограничные состояния)	Невротические состояния (неврозы) - до 3 мес.; Затяжные невротические состояния - свыше 3 мес.	- истерический - обсессивно-фобический - неврастения	-
психотический	Острые реактивные психозы	- аффектогенный ступор - фугиформная реакция	+
	Затяжные реактивные психозы	- реактивная депрессия - реактивный паранойд - истерические сумеречные состояния	+ -

Диагностические критерии реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (по МКБ 10)

Общие диагностические указания:

А. наличие одного из причинных факторов:

1. исключительного сильного, выходящего за рамки повседневного опыта, стрессового события
2. значительного изменения в жизни, приводящего к постоянному психическому дистрессу

В. Любой из причинных факторов является первичным, и без его воздействия расстройство не возникло бы.

F43.0 Острая реакция на стресс

Диагностические критерии:

А. Развивается как реакция на:

1. исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и тому подобные)
2. резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительного части имущества и тому подобные)

В. Обязательная и четкая временная связь возникновения симптоматики с травмирующим событием

С. Наличие симптомов:

1. инициальное состояние оглушенности
2. быстро сменяющие друг друга или смешанные между собой (но не длящиеся долго) депрессия, тревога, отчаяние, гнев, гиперактивность или отгороженность

Д. быстрая редукция симптоматики (в течение часов) в случае нейтрализации травмирующего фактора или в течение от суток до трех, если травмирующее событие невозможно нейтрализовать.

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические критерии:

А. отставленная и/или затяжная реакция на:

1. исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и тому подобные)
2. резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительного части имущества и тому подобные)

В. Типичными признаками являются:

1. повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, фантазий и представлений.
2. в качестве повторных переживаний психотравмы наблюдаются чувство "оцепенелости" и эмоциональной притуплённости, социальной отчуждённости, сниженной реакции на окружающее,

ангедония

3. избегание ситуаций, напоминающих о психотравме

4. временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на неё

С. Повышенные:

1. вегетативная возбудимость

2. уровень бодрствования с бессонницей

3. реакция испуга

D. начало расстройства - после латентного периода (от нескольких недель до шести месяцев)

E. в большинстве случаев - полное выздоровление.

Лечение включало в себя применение как психофармакологических, так и психотерапевтических методов.

Следует отметить, что на этапе "присоединения" трудностей языкового барьера не возникало, так как межнациональным языком в Дагестане является русский. Сам факт присутствия врачей из Москвы показывал пациенту, что он не один в своём горе. Культуральная разница также не отмечалась. Так как подавляющее большинство пострадавших исповедует ислам, приходилось присоединяться и по религиозным аспектам общечеловеческих ценностей, которые присутствуют в любой мировой религии (победа добра над злом, Вселенский Разум, человек не один, смысл существования).

В зависимости от клинической формы психогении выбирается соответственный метод психотерапии и соответственно техника НЛП. В условиях большого количества пострадавших и недостатка специалистов наиболее эффективным оказались групповые сеансы транса. Улучшение наступало после первых сеансов.

При индивидуальном подходе выбор состоял из следующих техник: Быстрое разрушение навязчивостей, если возникают отдельные статичные реминисценции, достигается изменением субмодальностей, а также следующими простыми техниками:

A. "растрескивание", как будто картина нарисована на стекле.

Б. просмотр "кадров" наоборот.

В. Представление стоп-кадра с прожиганием дырки в центре

изображения

Г. Смысл навязчивого воспоминания как с классной доски или размывание картины.

В более сложных случаях, когда имеются яркие динамические, развернутые реминисценции лучше применять следующие техники:

1. визуально-кинестетическая диссоциация.

1. Установить якоря комфорта и "здесь и сейчас"

2. Представить себе как бы вышедшим из самого себя и увидите как на слайде себя, но в самый первый момент травматического происшествия. В результате окажется, что вы сидите и, одновременно, представляете себя более молодым, по сравнению с собой в настоящем, прямо перед собой.

3. после того, как пациент всё это ясно представит, как бы оставив своё тело таким образом, чтобы он мог представить себя сидящим на прежнем месте и наблюдающим за собой более молодым. В результате он как бы существует в трех лицах. Вся перспектива просматривается из третьей позиции, тело его находится во второй позиции, а себя, более молодым и испытывающим травму, он видит в первой позиции. Как только вы установите эту трехпозиционную диссоциацию, заякорить её.

4. теперь снова проиграть ВАК психотравмы, но при этом оставаясь кинестетически диссоциированным от данного травматического происшествия, а только лишь наблюдающим за молодым, переживающим травму. Для того, чтобы больной оставался таковым, используйте якоря (комфорта и "здесь и теперь"), а также языковые выражения, которые помогут разграничивать 3 случая: "я здесь на "перспективном" месте"; "я в настоящее время"; и "я несколько часов назад, переживающий то, что случилось тогда". Это важно, для определения травмированного "Я" пациента в более молодом возрасте от пациента в настоящем, наблюдавшего за собой сегодня с "места перспективы".

5. "просмотрев" и "прослушав" ситуацию психотравмы перейти из третьей позиции во вторую так, чтобы пациент, который смотрел с перспективы, интегрировался с фактическим положением своего тела.

6. а теперь мысленно подойти к себе молодому - человеку, который пережил травму. Убедить его в том, что он пришел из будущего.

Оказать себе молодому любую необходимую поддержку, проявляя максимальное участие.

7. после того, как он в своем нынешнем состоянии видит, что, будучи визуально представленным молодым, он получили достаточную поддержку и достиг утешения и понимания, интегрировать, перенеся свою более молодую часть в собственное тело, и освободите якорь диссоциированной визуальной перспективы.

2. "быстрое лечение фобий".

3. Отделение себя от контекста. Где контекст является экстремальной ситуацией.

1. Подумайте о неприятном воспоминании и прокрутите его как короткий фильм. Оценить, как пациент реагирует на это воспоминание.
2. увидеть в картине диссоциированный образ себя. Используя различные субмодальные различия отделить себя от контекста.
3. прокрутить фильм вперёд с диссоциированным собой, движущимся на удвоенной скорости и контекстом, движущимся на половинной скорости.
4. прокрутить фильм обратно с самим собой, движущимся на половинной скорости, и контекстом на удвоенной скорости.
5. прокрутить фильм обычным способом, чтобы провести калибровку.
6. если изменений нет, проделать это еще раз - также в диссоциированном состоянии и сделав себя больше, чем контекст.

В общей сложности мной было принято более 200 человек, проведено около 600 сеансов за двухнедельный период пребывания в Каспийске. По отзывам специалистов, прибывших на место трагедии через месяц после трагедии, обращаемость повторно пациентов была низка.

Тимофеев
врач-психотерапевт,
740-50-35, tarkas@mail.ru

Сергей
психиатр,

Владимирович,
мастер НЛП,