**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Психиатрии**

Доклад

на тему:

«**Психический криз**»

**Пенза 2008**

**План**

1. Определение психического криза
2. Оценка состояния больного

Литература

**1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО КРИЗА**

Из многочисленных определений психического криза (ПК), вероятно, чаще всего цитируется определение, данное Gerald Caplan. Он описывает криз как ситуацию, "когда индивидуум на пути достижения важных жизненных целей сталкивается с препятствием, которое в данное время представляется ему непреодолимым привычными для него методами разрешения проблем". ПК является "внутренне переживаемым" острым расстройством, обусловленным неспособностью (или невозможностью) индивидуума справиться с препятствием, стрессовой ситуацией или собственными чувствами. Пациент, врач и общество по-разному воспринимают сущность криза, но, в конечном счете, особенно в том, что касается оценки степени ПК и ожидаемой реакции ОНП, обычно превалирует общественное мнение.

Медицинская помощь при кризе в оптимальном случае нацелена на нормального индивидуума, который переживает травмирующее его событие, без прошлого анамнеза психических заболеваний и без наличия каких-либо психиатрических симптомов. Одной из целей врачебного вмешательства является предупреждение развития психиатрической симптоматики.

Однако у некоторых вполне нормальных индивидуумов возникают аномальные реакции на стрессорные ситуации (например, панический страх, параноидные реакции или кратковременные эпизоды психоза), которые могут требовать традиционного психиатрического лечения.

Психически больные часто испытывают подобные кризы, поскольку они весьма чувствительны к негативным переменам в жизни. Наконец, у психически больных, находящихся в состоянии криза, может обостриться имеющаяся симптоматика. В таких случаях наряду с плановым психиатрическим лечением может быть показано неотложное вмешательство. Таким образом, и пациенту, и медикам бывает нелегко отличить реакции, обусловленные кризом, от неотложных психических состояний. Однако ОНП должно быть в полной готовности к проведению соответствующих мероприятий, направленных на купирование криза, а также лечение неотложных психических состояний.

**Типы психических кризов**

Ниже приводится классификация эмоциональных (психических) кризов.

* Кризы, обусловленные затруднительным положением индивидуума, например отсутствием еды или жилья, острыми финансовыми проблемами, отсутствием необходимой информации, помощи, совета или защиты.
* Кризы, связанные с возрастными и предсказуемыми периодами жизни, такими как подростковый возраст, начало половой жизни, женитьба (выход замуж), рождение ребенка, "криз середины жизни", уход на пенсию.
* Кризы, обусловленные негативными переменами в жизни и психической травмой: возникновение (или обнаружение) инвалидизирующего заболевания; развод; преследование кем-либо; криминальное преследование; потеря работы; смерть любимого (или близких).
* Кризы взросления: конфликты зависимости/независимости; проблемы сексуальной ориентации; трудности эмоционального порядка в интимной жизни; конфликты выбора личностных ценностей в жизни.
* Кризы, развитию которых способствует предшествующее психопатологическое состояние, нередко провоцирующее их, определяющее их клинические проявления и прогноз.
* Острое психическое расстройство, при котором пациент опасен как для себя, так и для окружающих.

Работники здравоохранения должны хорошо понимать проблему оказания помощи при психических кризах и уметь распознавать множество ориентирующих симптомов.

**Развитие криза**

В реальной жизни лица, находящиеся в психическом кризе, как правило, имеют прошлый анамнез подобных кризов, реакций на стрессовые события в жизни и травм в раннем детстве. Индивидуум может быть генетически и по своему культурному развитию предрасположен к чрезмерной ранимости, предполагающей возникновение психопатических реакций в случае достаточно сильного стресса.

Стрессорное воздействие в той или иной ситуации определяется скорее личностным восприятием и интерпретацией данного события, нежели его объективными характеристиками. Его субъективная интерпретация зависит от индивидуальных особенностей личности и предшествующего жизненного опыта.

Кроме того, существуют индивидуальные механизмы преодоления жизненных трудностей (накопление личного опыта) и так называемые тормоза, действующие как катализаторы в процессе разрешения криза. Примером такого действия могут служить социальная поддержка, общая помощь и оптимистическое отношение к жизни, а также вера в победу добра в человеческой судьбе. В конечном итоге некоторые психопатические реакции на травматизирующие обстоятельства жизни могут трансформироваться в хроническую дизадаптацию к окружающим условиям, включая психические расстройства. Такие реакции, будучи первоначально подавленными, могут, в конце концов, привести к отсроченным психопатическим реакциям, истинная причина которых бывает, сокрыта различными новыми событиями. Симптомами отсроченных реакций могут быть бытовой алкоголизм, межличностные конфликты, разводы и потеря работы.

**2. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО**

При оценке состояния пациента учитывается следующее:

1. имеющиеся жалобы, осложнения и симптомы, включая их выраженность, частоту и длительность;
2. причины предъявляемых жалоб, в том числе стрессорные
3. воздействия и негативные перемены в жизни;
4. влияние критических событий на жизнедеятельность пациента.

Следует выяснить, действительно ли произошли серьезные нарушения межличностных отношений у пациента, существенно ли это повлияло на его учебу или работу. Помимо изменений поведения могут иметь место менее заметные изменения внутреннего эмоционального и ментального состояния личности. Необходимо тщательно оценить изменения в настроении, переживаниях, эмоциональном контроле и логичности мышления. Хотя социальное окружение проявляет большую обеспокоенность аномальным, странным или шумным поведением больного, сам больной скорее озабочен своей депрессией, спутанностью сознания или страхом нервного срыва.

Установление контакта и взаимопонимания с эмоционально неустойчивым пациентом часто бывает весьма трудным. Некоторые симптомы должны быть устранены, прежде чем будет произведена окончательная оценка состояния больного; действительно, получение надежной информации у некоторых сильно возбужденных или некоммуникабельных пациентов может оказаться практически невозможным. Таким образом, иногда бывает трудно отделить стадию оказания неотложной помощи от стадии сбора анамнеза; оба процесса должны происходить одновременно. Для выполнения этого целесообразно отметить расхождения в оценках, даваемых врачом и пациентом. Главной задачей врача может быть получение информации, необходимой для диагностики и назначения лечения, тогда как основной целью больного часто является желание выразить весь свой гнев (например, на мужа-алкоголика). Если это расхождение в целях беседы вовремя не распознать, коммуникация между врачом и пациентом может не состояться, а усилия врача понять пациента окажутся безрезультатными из-за внутреннего сопротивления последнего. Пациент при этом становится замкнутым.

Пациенты очень отличаются друг от друга в отношении желания получения помощи, лечения, госпитализации и т. д. Некоторые из них приводятся в ОНП насильно (или полунасильно) по настоянию родственников или друзей. В большинстве случаев разработанные и хорошо продуманные планы лечения оказываются неэффективными ввиду недостаточной мотивации пациентов для проведения соответствующих мероприятий. Нередко врач затрачивает немало времени на организацию лечения подобного пациента, прежде чем поймет, что последний вовсе не намерен лечиться. Следовательно, это необходимо выяснить как можно раньше: врач должен быть уверен в желании больного лечиться; его следует прямо спросить относительно его намерений.

**Оценка предкризисной ситуации**

Для того чтобы оценить серьезность наблюдаемого криза, полезно сравнить его с обычным (до криза) поведением и психическим состоянием пациента. То, что иногда воспринимается как криз, может представлять собой относительно постоянные или повторяющиеся нарушения поведения, которые лучше поддаются длительному лечению, нежели неотложному вмешательству.

Следует выяснить, как больной раньше реагировал на лечение подобных кризисных состояний. Знание того, что помогало раньше, а что — нет, обычно помогает врачу подобрать наиболее эффективное лечение. Более того, при таком расспросе иногда обнаруживается, что больной уже выработал для себя определенную методику борьбы с подобными кризами на основании предшествующего опыта. Воспоминания пациента о прежнем положительном опыте могут вселить в него уверенность, что и на этот раз он сможет помочь себе. Наконец, оценка ранимости пациента в докризисный период способствует выявлению провоцирующих факторов настоящего ПК.

**Факторы, провоцирующие криз**

Необходимо установить, какое из последних событий побудило пациента обратиться за помощью, особенно при наличии у него множества проблем. Наряду с острыми проблемами могут наблюдаться длительно существующие, причем тяжесть проблем не всегда соответствует выраженности стрессовой реакции. Выяснение всего комплекса проблем в условиях ОНП практически невыполнимо (а часто и не требуется). Необходимо определить непосредственный провоцирующий фактор, поскольку он обычно указывает на проблему, наиболее ответственную за настоящий криз. Мероприятия, направленные на разрешение именно этой проблемы, могут оказаться наиболее эффективным и кратким путем лечения.

Если специфический причинный фактор не удается определить, то рекомендуется попросить пациента описать события дня, предшествовавшего принятию решения обратиться за врачебной помощью. В ходе такого повествования иногда можно выявить событие, спровоцировавшее криз, хотя пациент и не усматривает связи между этим событием и ПК.

Следует также внимательно наблюдать за изменениями поведения пациента во время описания событий. Внезапные изменения (длительные паузы, слезы на глазах или вспышки гнева) часто означают, что при этом была затронута действительно болезненная для пациента проблема, вероятно, вызвавшая криз.

**Стадии ответной реакции**

Люди часто реагируют на стрессовые ситуации вполне предсказуемо (в отношении стадий психический реакций), т. е. идентифицируются те же стадии переживания, как, например, при потере близких. Последовательность переживаний начинается с оглушенности и шока, за которыми следует отрицание случившегося; последнее постепенно угасает, приводя к появлению негативных эмоций, таких как тревога, страх, депрессия или регрессивная зависимость. Неизбежно присутствует чувство собственной вины, поскольку оно весьма типично для лиц, переживающих какую-либо трагедию. Затем наступает стадия навязчивых мыслей о случившемся, которая сменяется апатией и подчинением неизбежному. Наконец, здесь возможен период внутренне или внешне направленной озлобленности.

Хотя обычно реакции на стрессовые ситуации развиваются именно таким образом, в некоторых случаях одна или две стадии могут быть пропущенными или же последовательность стадий бывает иной. У некоторых пациентов стадийности вообще не определяется, чувства у них постоянно изменяются и, достигнув своего пика, ослабевают; наступает период относительного покоя. Эти "волны" в разное время могут включать различные эмоции в самых разнообразных соотношениях, но с преобладанием каких-либо из них. Некоторые индивидуумы могут иметь "предпочтительные" и часто персистирующие эмоции, вероятно, характерные для их личности и прежней (до криза) реакции на стрессовые ситуации. Тем не менее, врачу важно знать, что у ряда пациентов возможно стадийное развитие реакций; это позволяет определить, в какой именно стадии находится больной и, следовательно, выбрать соответствующее лечение. Для рационального подхода к больному вовсе не бесполезно знать, находится ли он в стадии отрицания совершившегося события или в стадии детского страха и зависимости от более сильной личности.

**Дополнительная информация**

Лица, переживающие кризисную ситуацию, часто очень эмоциональны, смущены, обескуражены, испуганы, угнетены или возбуждены. Такое эмоциональное состояние пациента не позволяет рассчитывать на получение от него сколько-нибудь надежной информации; собранные при этом анамнестические данные часто бывают неполными и беспорядочными. Поэтому очень важно дополнить наблюдения и впечатления от беседы с пациентом информацией, полученной из других источников: членов семьи, друзей, полицейских, лечащих врачей, работников местной администрации или домоуправителей (по месту жительства пациента).

Не следует забывать, что место и условия пребывания пациента в значительной мере определяют его поведение и что госпиталь представляет для него скорее искусственную среду; прогнозирование его поведения дома в условиях госпиталя весьма непросто. Поэтому не следует преуменьшать или вовсе игнорировать значение рассказа "истеричной матери" или "чрезмерно реагирующего терапевта", или "немногословного полицейского", которым, возможно, не хватает специальных знаний, чтобы помочь врачу ОНП, но они имеют огромное преимущество в отношении наблюдения за больным в домашних условиях. В условиях госпиталя больной, вероятно, более расслаблен и лучше контролирует свои эмоции. В этих условиях стимул, вызвавший психический криз у больного, уже отсутствует, поэтому неудивительно, что больной ведет себя "нормально". Следовательно, заключение о том, что больной находится вне криза и что неотложность ситуации преувеличена, будет неверным. Если больного отпустить домой, то в условиях воздействия того же "раздражителя" у него может быстро развиться новый криз.

**Самооценка**

Необходимо выяснить, в какой степени критическое событие негативно повлияло на суждение пациента о себе самом. Со временем пациент столкнется с серьезными проблемами, которые нелегко будет решить; при этом его нормальная жизнедеятельность может ухудшиться, появятся постоянные страхи и депрессия.

Однако некоторые пациенты при аналогичных обстоятельствах способны сохранять здоровое чувство самоценности, не считая себя неудачниками. Более слабые типы, напротив, предаются самобичеванию и угрызениям совести, что осложняет и усиливает психическую реакцию на кризисную ситуацию.

Такие пациенты требуют более активного психологического вмешательства, подбадривания и эмоциональной поддержки в дополнение к специфическому лечению. Им необходима помощь в разрешении трудных проблем и определенные изменения в жизни.

**Резервы**

Нередко у психиатров имеет место определенная клиническая тенденция: они ищут (и обычно находят) патологические состояния, объясняющие психоэмоциональную слабость, закомплексованность и другие негативные стороны в жизни пациентов. Для правильной оценки способности пациента преодолеть данный кризис, необходимо также знать его сопротивляемость жизненным трудностям, психоэмоциональные силы и опыт преодоления подобных ситуаций, т. е. его "дух сопротивления". Кроме того, врач должен знать, какими ресурсами для сопротивления стрессу обладает пациент; наибольшее значение при этом имеет социальная поддержка. Важна не количественная, а качественная характеристика помощи и поддержки: несколько близких и заботливых друзей могут оказать гораздо большее положительное влияние на больного, чем многочисленные приятели и знакомые по какому-то клубу или враждебно настроенные родственники.

**Направленность беседы с больным**

Расспрашивая пациента о ходе потрясших его событий, надо стремиться прямо, формулировать фактологические вопросы. Боязливое и косвенное опрашивание пациента может не дать конкретных деталей, необходимых для эффективной помощи. Это особенно важно в случаях повышенного потенциала суицида или насилия. Желательно задать такие вопросы: "Подавлены ли вы в настоящее время настолько, что думаете о самоубийстве?"; "Есть ли у вас план самоубийства и какой-то определенный метод?"; "Все ли готово для его выполнения?"; "Вы уже наметили его место и время?"; "Вам приходилось раньше совершать акты насилия?"; "Были ли они успешными?"; "Имеете ли вы привычку носить с собой оружие?"; "Чем вызваны мысли о совершении насилия, обдумано ли оно заранее, направлено ли оно на определенную личность или носит общий характер?". Возможно, это удивительно, но многие пациенты охотно делятся такой информацией, не проявляя сопротивления. Если же пациент не склонен раскрывать свои планы и намерения, то вряд ли косвенное и более бережное опрашивание даст большие результаты.

**Члены семьи**

Родственники и друзья, сопровождающие больного в ОНП, часто не только являются участниками критической психической ситуации, но и сами могут иметь клинические признаки и симптомы криза. В этом плане они становятся "собольными", нуждающимися во внимании профессионала. Нередко они имеют даже более серьезные расстройства, чем сопровождаемый ими пациент, которого ожидает немедленная помощь врача, госпитализация, соответствующее медикаментозное лечение или получение необходимого направления. И хотя они иногда преувеличивают ургентность состояния доставленного ими больного или представляются "сверхзаинтересованными" (что в результате влияет на принятие решения врачом и сказывается на лечении больного), с ними необходимо побеседовать и как с пациентами. При любом вмешательстве по поводу криза лучше заручиться поддержкой членов семьи и иметь в их лице союзников, а не противников, поскольку для реализации дальнейших планов лечения часто приходится прибегать к их помощи.

**Адекватная оценка состояния больного**

Иногда для принятия правильного решения в отношении проведения дальнейших мероприятий и обеспечения необходимого лечения бывает недостаточно единственной беседы с больным и его близкими. Действительное психическое состояние больного может предопределять неадекватность оценки ввиду настороженности, замкнутости, некоммуникабельности или интоксикации больного. В ряде случаев симптоматика может оказаться чрезвычайно запутанной или неубедительной, что обусловит нерешительность врача или вызовет серьезные сомнения при назначении лечения. Окончательное решение в таких случаях может быть принято лишь после неоднократных осмотров пациента в разное время. При этом можно установить либо нарастание, либо ослабление симптоматики и соответственно изменить план лечения. Если подозреваются суицидальные намерения (или имеется потенциал насилия), то наиболее разумным решением представляется госпитализация пациента (при необходимости на вполне легальных основаниях), позволяющая обеспечить круглосуточное наблюдение и проведение более полного обследования.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Медицина критических состояний. Общие проблемы. Зильбер А.П., Петрозаводск, издательство ПГУ, 1995 год