

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ практикум

В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ
В КРИЗИСНЫХ
СИТУАЦИЯХ

4

РЕЧЬ

Санкт-Петербург
2004

ББК 88.5
Р 70

Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И.

Р 70 Психологическая помощь в кризисных ситуациях —
СПб.: Речь, 2004. - 256 с.
ISBN 5-9268-0247-4

В пособии рассматриваются относительно новые направления психологической практики и терапии, возникшие в ответ на потребности нормализации психического состояния людей, пинавших и кризисную ситуацию» Пособие посвящено практическим проблемам кризисной интервенции: принципам кризисной помощи, распознаванию признаков трансформации естественного процесса переживания утраты в патологический, диагностике степени суицидального риска. В качестве примера психотерапевтических интервенций представлены поведенческие методы психотерапии кризисных состояний.

Пособие предназначено для практикующих психологов, психотерапевтов и студентов психологических факультетов.

Главный редактор *И. Ю. Авидон*

Зав. редакцией *Т. В. Тулупьева*

Художественный редактор *В. В. Бороженец*.

Директор *Л. В. Янковский*

ООО Издательство «Речь». Т. (812) 323-76-70, 323-90-63, (095) 502-67-07

E-mail: info@redhsbu.ru, <http://www.redhsbu.ru>, <http://www.international.ru>

199004, Санкт-Петербург, 3-я линия, 6 (лит. «А»)

Лицензия ЛП № 000364 от 29.12.99

Подписано в печать 23.12.2003. Формат 60х88 %6.

Печ.л 16,00. Тираж 4000 экз. Заказ №3.51.

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ООО «Северо-Западный печатный двор»,
г. Гатчина, ул. Солодухина, 2

© В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. 2004

С¹ Издательство «Речь», 2004

1 II II Нораіііііі (оформление), 2004

ISBN 5-9268-0247-4

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
----------------	---

Глава 1 . КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ: КРИТЕРИИ И СТРАТЕГИИ ПОМОЩИ

(Е. И. Крукович, В. Г. Ромек)	9
Критерии кризисного состояния	9
Принципы кризисной интервенции	24
Методы кризисной психотерапии	31
Практические задания	37
Рекомендуемая литература	41

Глава 2. СТРЕСС И ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

(В.А. Конторович)	42
Концепция стресса Г. Селье	42
Понятие травматического стресса	48
Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства	54
Психологические механизмы возникновения посттравматического стресса	62
Факторы риска развития ПТСР	65

Глава 3. МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПТСР-(Я. А. Конторович)

Принципы коррекции и терапии при ПТСР	67
Методы коррекции и терапии ПТСР	70
Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ)	73
Ослабление травматического инцидента (ОТИ)	92
Визуально-кинестетическая диссоциация (ВКД)	96
Психологическая помощь вскоре после участия в кризисной ситуации — психологический дебрифинг ...	99
Рекомендуемая литература	116

Глава 4. СОСТОЯНИЕ ГОРЯ (Е. И. Крукович)

Горе как естественный и патологический процесс	117
Психологическая помощь при переживании горя	126

Практические задания	145
Рекомендуемая литература	151
Глава 5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФОРМА	
КРИЗИСНОГО РЕАГИРОВАНИЯ (Е. И. Крукович)	153
Распознавание суицидальной опасности	153
Определение степени суицидального риска	161
Помощь при потенциальном суициде	182
Практические задания	186
Рекомендуемая литература	191
Глава 6. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	
В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ (В. А. Конторович)	193
Семейная кризисная психотерапия (СКП)	193
Позитивная семейная психотерапия	201
Практические задания	204
Рекомендуемая литература	204
Глава 7. МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	
КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ В. Г. Ромек	205
Особенности поведенческой психотерапии	206
Этапы поведенческой психотерапии кризисных состояний ..	212
Методы поведенческой терапии последствий	
кризисных ситуаций	216
Методы поведенческой психотерапии кризисных состояний ..	220
Практические задания	225
Рекомендуемая литература	225
Приложение 1. Практикум по поведенческой терапии	
генерализованной тревоги (Е. И. Крукович)	227
Приложение 2. Интервью по генограмме (В. А. Конторович) ...	
251	
Приложение 3. Вопросы интервью для исследования структуры	
семейной системы (В. А. Конторович)	
255	

ВВЕДЕНИЕ

Кризисная психология и психотерапия — относительно новые, но интенсивно развивающиеся сферы психологической практики. Своим/возникновением они обязаны, прежде всего, негативным плодам цивилизации — техногенным катастрофам, военным действиям, авариям. Исследования психического состояния людей — участников, жертв или свидетелей подобных событий либо стихийных бедствий — выявили у многих наличие различных нарушений психики, в том числе и особого состояния — посттравматического стрессового расстройства. Общество постепенно осознало наличие проблем дезадаптации ветеранов войн, свидетелей аварий на АЭС, природных катастроф и других экстремальных событий. Выявление большого количества суицидов, актов насилия, совершаемых бывшими участниками войн, нарушений психики и проблем дезадаптации у жертв и свидетелей катастроф заставило развернуть программы по изучению долговременных последствий травматических событий и способов их профилактики и устранения. Таким образом появились клинические теории кризиса и соответствующие разделы в медицине катастроф. Однако понимание кризиса и кризисной ситуации в психо-

логической практике несколько шире, нежели в клинической. Понятия кризиса развития, жизненных кризисов разрабатывались в рамках психологии личности и психологии развития, и исследования в этих областях также предоставили информацию о возможных серьезных неблагоприятных последствиях кризисов, не связанных с глобальными и широкомасштабными бедствиями. Например, к намерению совершить самоубийство человека могут привести и безответная влюбленность, и потеря работы, и чувство вины за вынужденные преступления, совершенные во время военной службы. Кризис как поворотный пункт человеческой судьбы, в котором рушатся сами основы предыдущей жизни, а новой еще не существует, требует особого подхода и специфических форм помощи человеку, его переживающему. К счастью, большинство людей могут справиться с кризисом самостоятельно, причем это утверждение верно и по отношению к жертвам травматических событий. Часто задача профессионала состоит, прежде всего, в выявлении потенциальных возможностей преодоления кризисного состояния и их активизации либо в определении степени риска развития кризиса в неблагоприятном направлении.

Именно этим практическим целям и посвящено данное пособие. Оно ни в коей мере не является полным и исчерпывающим руководством по кризисному вмешательству, а представляет подробное изложение нескольких тем, которые авторы посчитали важными и показательными для обучения будущих психологов практическим основам профессиональной помощи человеку в кризисном состоянии. Мы исходим из предположения,

что кризис — это прежде всего состояние потери, утраты (утратить можно убеждения, веру, прошлую жизнь, любимого человека, детство или базовые иллюзии; в любом случае, нужно учиться жить без утраченного и создать нечто новое) и затем — экзистенциальный выбор между продолжением жизни и отказом от нее (реальным или символическим). Поэтому своего рода «алгоритм» работы с кризисной проблематикой рассматривается на примере помощи человеку, понесшему утрату, и помощи при суицидальном поведении.

Основная часть пособия посвящена практическим проблемам кризисной интервенции. В первой главе излагаются общие представления о кризисе и кризисных ситуациях, принципы кризисной помощи; во второй главе рассматриваются понятия стресса и травматического стресса, механизмы возникновения травматического стресса, вводятся диагностические критерии посттравматического стресса и определяются факторы, которые являются важными при развитии ПТСР. В третьей главе описываются методы работы с ПТСР. Причем, один из указанных методов, а именно Терапия Мысленного Поля, не описан в данном пособии, поскольку он слабо формализован, и его лучше изучать на практических семинарах, чтобы не запутать наших читателей. В четвертой главе рассматривается кризисная помощь человеку, переживающему горе. Суицидальное поведение рассматривается в пятой главе, основное внимание направлено на диагностику степени суицидального риска и конкретные интервенции. В шестой главе предложены к ознакомлению некоторые подходы в семейной терапии,

когда причиной психологического кризиса служит семейный конфликт. В качестве задания для самостоятельного изучения предложены работы в рамках феноменологического подхода в психотерапии, когда кризисы и травмы рассматриваются в череде повторяющихся семейных проблем.

В седьмой главе пособия в качестве примера психотерапевтических интервенций представлены поведенческие методы психотерапии кризисных состояний. Эффективность их применения уже не требует доказательств. Однако, на наш взгляд, в литературе, посвященной кризисной помощи, этим методам уделяется недостаточно внимания. Практичность и ориентированность на конкретные цели, а также возможность применять их параллельно с другими достижениями психотерапии позволяют авторам рассчитывать на интерес к поведенческой психотерапии кризисных состояний со стороны читателей, прежде всего, будущих практических психологов. Именно с этой целью в приложении представлена подробная программа *тренинга управления тревогой*, одной из наиболее распространенных форм поведенческой психотерапии, пригодной для работы с негативными последствиями кризисных состояний.

Глава 1

КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ: КРИТЕРИИ И СТРАТЕГИИ ПОМОЩИ

КРИТЕРИИ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ

ПОНЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КРИЗИСА

Кризисная психология и кризисная психотерапия — это новые области науки и практики, поэтому ключевые понятия, такие как кризис и кризисное состояние, пока еще не имеют четких дефиниций. К тому же, в клинической теории кризиса эти понятия обычно связываются с травматическим или катастрофическим событием, а в кризисном психологическом консультировании наряду с этим используется представление о кризисе как о состоянии, характерном для критических периодов в естественном течении человеческой жизни. Это последнее понимание кризиса заимствовано из психологии развития.

Таким образом, психологическое и клиническое определения кризиса различаются. Психологи понимают кризис как острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, как дискретный момент развития личности*. Характерно то, что человек не может преодолеть кризис способами, известными ему из прошлого опыта.

* См.: Кризисная интервенция // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998. С. 226.

В клинической теории кризиса это понятие используется для обозначения такой реакции на опасные события, которая переживается как болезненное состояние*. Такое понимание кризиса, сужая границы понятия, оказывает влияние на формирование критериев кризисного состояния. Например, в клинической теории кризиса одним из основных критериев считается наличие в недавнем прошлом ситуации, опасной для здоровья или жизни человека. Однако, если мы будем определять кризис как состояние экстремального напряжения сил для преодоления принципиально новых препятствий, понимание кризисной помощи и представление о тех, кто в ней нуждается, станет более широким.

Обычно человек может самостоятельно преодолеть кризисное состояние. В начале кризиса усиливаются напряжение и тревога, затем активизируются стратегии решения проблем. Для разрешения кризиса и облегчения состояния используются все психологические и физические ресурсы. В этот период человек восприимчив к самой минимальной помощи и может извлечь значительную пользу из простой поддержки и выслушивания. Поэтому кризисное состояние не входит в категорию болезненных нарушений, это — **нормальная реакция человека на аномальные события**.

В процессе преодоления кризиса человек может приобрести новый опыт, расширить диапазон адаптивных реакций. С другой стороны, в том случае, если человек склонен реагировать на кризис дезадаптивными реакциями,

* См.: Катан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия М: Медицина, 1994. С. 68.

кризис может углубиться, а болезненное состояние — усилиться. Развитие клинических симптомов вызывает новые дезадаптивные реакции, которые могут принять катастрофический характер и привести к тяжелым нарушениям психики, смерти или суициду*.

Негативные изменения в результате кризиса (осложненные кризисы)

Многие негативные изменения мыслей, чувств, поведения и физического состояния в кризисном состоянии по симптомам соответствуют категориям международной классификации психических болезней (здесь и далее — МКБ-10). Очень часто характер изменений таков, что мы не можем говорить о каком-то конкретном заболевании; изменения проявляются в комплексе, специфичном для разных групп расстройств.

Рассмотрим эти группы в порядке категорий МКБ-10.

Депрессивный эпизод (32)

Рекуррентное депрессивное расстройство (33)

Социальные фобии (40.1)

Специфические (изолированные) фобии (40.2)

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (41.2)

Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации (43)

Бессонница неорганической природы (51.0)

Ночные ужасы (51.4)

Кошмары (51.5)

Отсутствие или потеря полового влечения (52.0)

* Более детальное описание клинической теории кризиса см.: Катан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. С. 68-70.

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения (52.1)

Вагинизм неорганической природы (52.5)

Тревожное расстройство личности (60.6)

Хроническое изменение личности после пережитой экстремальной ситуации (60.2)

Расстройство сексуальных отношений (66.2)

Конечно, на почве пережитой кризисной ситуации могут возникнуть (или обостриться) и иные нарушения. Фактически все категории МКБ-10 так или иначе соотносятся с рассматриваемой темой, поэтому предложить единый универсальный рецепт кризисной психотерапии не представляется возможным. В каждом конкретном случае приходится проводить тщательную индивидуальную диагностику и индивидуально составлять план терапии, включающий в себя комбинацию разнообразных приемов, не только тех, о которых идет речь в следующих разделах пособия, но и многих других.

Затяжной, хронический (осложненный) кризис приводит к социальной дезадаптации, невротическим и психосоматическим расстройствам, суицидальному поведению.

Ниже перечислены и описаны основные типы кризисов.

Травматические кризисы

Травматические кризисы вызываются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям*, то есть ситуациями угрозы потери здоро-

* Определение травматических ситуаций также см.: *Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер, 2001. С. 52.

вья или жизни (природные и техногенные катастрофы, дорожные аварии, нападения, несчастные случаи и т. п.*). Подобные события, независимо от их результатов, существенно нарушают базовое чувство безопасности человека и могут приводить к развитию болезненных состояний — травматического и посттравматического стресса, других невротических и психических расстройств**.

Кризис целостности спровоцирован угрозой целям или системе ценностей, «перекрытием» источников жизненного смысла (блокада жизненных целей, представление о невозможности самоактуализации, разрыв между «должным» и «сушим», между собственной жизнью и жизнью окружающих). Результирующая всех этих воздействий выражается в утрате жизненного смысла, интереса к жизни, перспективы, а следовательно, и стимулов к деятельности. Возникают феномены отчуждения и безнадежности. Появляется отрицательное эмоциональное отношение к жизни: от ощущения ее тягостности, мучительности до отвращения. Подобные состояния могут возникать как в итоге длительного ряда жизненных трудностей, так и под действием острых, одномоментных тяжелых психотравм. Любое изменение в жизни означает потерю некоторых аспектов привычных представлений о собственном «Я» и объекте, неизбежно

* Ознакомиться с материалами по классификации бедствий, психосоциальными последствиями бедствий и методами психологической помощи пострадавшим можно по книге «Кризисные события и психологические проблемы человека» под ред. Л. А. Пергаменщика (Минск: НИО, 1997. С. 28-48).

** Подробно о типах травм, посттравматическом стрессе, его биологических и психологических механизмах и терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) см. в книге *Тарабриной Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса*. С. 16-75.

влекущую за собой их постоянное тестирование и ревизию. Такой кризис трудно выявить. Обычно при таком кризисе чаще обращаются к друзьям или родственникам, а не к профессиональным психотерапевтам.

Кризис «пересадки корней» — это ситуация, когда человек как бы переходит в иную культурную, информационную и коммуникативную среду. Для многих людей этот кризис связан со вступлением в брак. Многое зависит от качества «почвы», на которую они попадают.

Кризис лишения представляет собой наиболее частый тип, он связан с утратой близкого человека. Реакция на утрату особенно тяжела, когда отношения с утраченным человеком были сложными и ничего уже не исправить. Это событие может вызвать травматический кризис, если оно неожиданно, если смерть безвременна и трагична. Но даже если это событие естественно и закономерно, оно заставляет страдать и горевать об умершем, по-другому увидеть свою собственную жизнь и изменить систему ценностей.

Ситуационный кризис — это некая утрата, не связанная с потерей близкого человека. Эмоционально значимой утратой, вызывающей переживания, могут оказаться события, не столь трагичные на первый взгляд: разрушение Советского Союза, разрушение социалистической системы (не только для людей старшего поколения), кража, особенно кража из личного жилища, утрата невинности, измена, гибель домашнего животного.

Кризисы становления

На разных этапах жизни люди могут переживать психологические кризисы, оказываясь перед необходимостью выдержать новые испытания, связанные с взрослением

и достижением социальной зрелости. Без этого невозможна социализация, поскольку по мере превращения ребенка во взрослого требования к нему и его ответственность возрастают. Вот несколько примеров таких испытаний: поступление в школу, экзамены, первая работа, безработица, смена работы или специальности, эмиграция.

Кризисы развития и кризисы жизни

Эти кризисы связаны с особенностями человеческого существования и постоянными изменениями в жизни человека. Появление новых качеств, физиологических и психологических, зачастую требует перестройки всего организма и личностных изменений, что само по себе может быть трудным и болезненным. С точки зрения статистической нормы, кризисы развития считаются нормативными, однако каждая конкретная история жизни имеет свою вариацию кризисных периодов. Приведем ряд примеров подобных кризисов.

Половое созревание. Период физиологического и психологического взросления может быть кризисным периодом, поскольку подросткам трудно контролировать свои эмоции и сексуальное влечение. Свойственное возрасту стремление к независимости от родителей порождает множество конфликтов. С этим периодом часто связана первая любовь, которая также может привести к кризису, особенно если чувства безответны. Хотя первая влюбленность далеко не всегда надолго сохраняет свою интенсивность, многие ее «жертвы» знают, что ощущение потери при разрыве может быть таким же сильным и оставлять не менее болезненный след, как и при

расставании с близким человеком, с которым проведена большая часть жизни.

Начало супружеской жизни. Процесс адаптации партнеров к нуждам и потребностям друг друга сопровождается напряжением, которое может привести к кризису отношений. Часто кризис в начале совместной жизни означает не утрату взаимных чувств, а необходимость научиться жить вместе.

Отцовство и материнство. Беременность, рождение ребенка требует осознания разницы между состояниями «только мы вдвоем» и «мы — семья», ответственности и заботы о ребенке. Этот период также связан с сильным напряжением, которое может привести к серьезному кризису у обоих супругов, к кризису семьи.

Обособление детей от родителей, уход из родительского дома. Родители могут переживать стресс, чувствовать себя ненужными, что тоже иногда приводит к кризису. Кризис становится еще серьезней, если дети не хотят поддерживать близкий контакт с родителями. Тогда изоляция, которой так боялись родители, становится реальностью.

Болезнь. Тяжелое заболевание, в результате которого человек становится частично или полностью нетрудоспособным, — это сильный стресс, который ведет к кризису. С началом заболевания для некоторых людей заканчивается жизнь, к которой они привыкли. Больному необходимо смириться с инвалидизацией, но это нелегко. Его близкие люди, с другой стороны, сталкиваются с необходимостью приспособить свою жизнь к произошедшим изменениям и заботиться о нем.

Самопроизвольное или искусственное прерывание беременности. Выкидыш, который обычно происходит в течение первых трех месяцев беременности, может быть серьезным ударом, особенно если супруги хотят иметь ребенка. Проблема усложняется, если у женщины и раньше были выкидыши или трудности, связанные с беременностью. Искусственное прерывание беременности на ранних стадиях также может привести к кризису, поскольку женщина может испытывать сильное чувство вины, даже если она решила или добровольно согласилась сделать аборт. Решение сделать аборт уже само по себе может быть причиной многочисленных серьезных проблем в зависимости от того, как было принято это решение: самой женщиной либо под давлением мужа (других людей).

Менопауза может привести к многостороннему кризису у женщины, ее мужа, к кризису их отношений. Многие женщины воспринимают потерю способности к деторождению как однозначный признак того, что определенная фаза жизни заканчивается. Они могут переживать депрессивные состояния. Гормональные изменения также вызывают физический дискомфорт, что усугубляет проблемы.

Очень важный кризис — это **кризис середины жизни** в 35—45 лет, делящий жизнь пополам, он переживается обычно весьма болезненно. Он связан с утратой смысла жизни, когда меняются работа, друзья, личная жизнь. Идет обесценивание того, чего человек достиг. К этому периоду накапливаются противоречия.

Если в 30 лет приходится существенно корректировать свои жизненные планы, отказываться от свойственных молодости нереалистических притязаний и опускаться на

грешную землю, то в 40 лет все гораздо глубже и сложнее. Может показаться, что жизнь проходит незаметно и совсем не так, как хотелось. Занимаешься не своим делом. Живешь рядом не с теми людьми. Все вроде бы благополучно, но все катастрофически не так. Мужчины и женщины несколько по-разному переживают этот кризис.

Достигшему жизненного апогея мужчине вдруг начинает казаться, что у него остался последний шанс сделать свое дело, такое, которое без него не сможет никто. У сорокалетнего мужчины нередко появляются увлечения на стороне. А у женщины, которая находится с ним рядом, в это же время приближается собственный кризис. Она уже не нужна практически взрослым детям, многие из них просто вылетают из гнезда, оставляя родительский дом пустым. У нее обычно нет таких профессиональных успехов, как у мужа. Ей трудно спрятаться в работу, быстро найти себе достойное профессиональное занятие. Она все чаще разглядывает себя в зеркале, и ее выводы неутешительны. Мужчина в 40 лет тоже начинает предъявлять претензии к своей внешности: ему не нравится лишний вес, намечающаяся лысина. Страхи мужчины связаны с роковым, как ему кажется, снижением потенции. Мужчина, переживающий этот кризис, становится непредсказуемым даже для самого себя.

Следующий серьезный кризис — это *кризис предпенсионного возраста*, когда человека ожидает автоматическое изменение его социального статуса. Те люди, которые хотели бы, чтобы их оставили на работе, начинают работать даже лучше, чем их коллеги, пребывающие в кризисе среднего возраста. Открывается второе дыхание. Примерно лет в 65 или чуточку позже, когда постепенно закончится ак-

тивная трудовая деятельность, будет еще один возрастной кризис. Главной задачей станет необходимость принять свое прошлое, свою жизненную историю, принять все, что успел в этой жизни сделать. Не отвергать, не стыдиться, не обвинять себя и других, а принять.

Последний кризис — это *«узелковый период»*. Он не имеет временных рамок. Условно — это когда человек собирает вещи в узелок и хранит их, готовясь к смерти. Он существует как бы в двух мирах. Некоторые больше себе позволяют, стремятся получить то, чего у них не было. Отсюда поздняя любовь, творчество, большая свобода.

Кризис по определению означает «развилку на дороге» или поворотную точку. Это подразумевает напряженное, тревожное состояние, которое не может переноситься индифферентно. Кризис ограничен во времени: что-то должно измениться, нельзя оставаться в кризисе постоянно. Решение любого кризиса невозможно без решимости на какое-либо действие.

Кризис в жизни — это всегда неприятно. Человек выбивается из привычного ритма. Кризис — это не тупик, а некие противоречия, которые накапливаются у человека.

Все жизненные кризисы подобны матрешке. Тяжело, когда человек не выходит из очередного кризиса, а накапливает их. Множественные кризисы, к сожалению, достаточно обычны и с высокой вероятностью вызывают очень серьезные проблемы. Прежде чем завершится приспособление к первому стрессору, дальнейшее развитие кризиса требует расходования ресурсов, которые и без того уже достаточно истощены. Многочисленные трагические события не обязательно ведут к психологи-

ческим нарушениям, но повышают их вероятность больше, чем одиночный кризис.

Каждый кризис характеризуется индивидуальным и, присущим и только ему признаками, соответственно, используются разные виды помощи и выбираются разные профилактические мероприятия. Интервенция, или вмешательство в кризис, осуществляется по определенным принципам, исходя из особенностей данного кризиса.

В отличие от травматических кризисов, когда серьезная психологическая травма связана с травматической ситуацией*, кризисы развития и жизненные кризисы разворачиваются в течение определенного периода.

В типичных случаях продолжительность психологического кризиса ограничивается сроком от одной до шести недель. Благоприятный исход психологического кризиса способствует повышению адаптационного уровня индивида, включая его способность противостоять кризисам в будущем.

Негативный исход кризисного состояния ведет к суицидальному поведению либо к патологической дезадаптации индивида, выражающейся в возникновении очерченных психопатологических состояний и расстройств.

Можно условно выделить следующие стадии таких кризисов:

- 1) развитие кризисной проблематики;
- 2) пик проблемы;
- 3) кризис.

* Травматические ситуации могут быть непродолжительными, но очень интенсивными по воздействию (автомобильная авария, изнасилование и т. п.), либо длительными или регулярно повторяющимися (боевые действия, повторяющееся физическое насилие и т. п.).

1. Развитие кризисной проблематики. Можно описать два варианта такого развития: а) накопление нерешенных, восторженных проблем в конце концов достигает кризисной точки. Незначительная последняя проблема обычно является той каплей, которая переполняет чашу терпения; б) человек ожидает важного, центрального события, которого невозможно избежать на самом деле или по его представлению. В процессе приближения этого события развивается кризис. В качестве примеров можно привести приближение важного экзамена, который необходимо сдать, чтобы продолжить обучение; тяжелую болезнь с предполагаемым смертельным исходом; наступление менопаузы; период, когда дети покидают родительский дом; выход на пенсию.

На стадии развития кризиса человек постоянно думает о том, что проблема усугубляется, он вспоминает о ней часто и непроизвольно; как следствие, могут возникать тревожные симптомы: ощущение, что «сердце ушло в пятки», сильное сердцебиение, расстройства сна. Приближающееся событие принимает неясное очертание в виде непреодолимого барьера или неотвратимой угрозы.

2. Пик проблемы. Страх перед тяжестью проблемы может быть настолько сильным, что, когда она достигает своего пика, у человека не остается психологических ресурсов. Решающая ситуация — экзамен, смерть, развод, побег из дома, потеря работы и т. д. — оказывает громадное давление на человека, который уже исчерпал большую часть психологических сил.

3. Кризис (после события). Поскольку для кризиса характерно ощущение невыносимости происходящего, человек напрягает все свои силы, чтобы каким-то образом

изменить ситуацию, разрешить проблему всеми известными способами. Если же кризисная ситуация приобрела травмирующий характер, последующий кризис похож на травматический. Кризис — «поворотный пункт»*, он может привести или к разрешению проблемы, приобретению нового опыта, развитию личности, или к развитию болезни, регрессии, стагнации.

ЧУВСТВА В КРИЗИСЕ

Как чувствует себя человек во время кризиса? *Тревога* — главное составляющее и универсальное сопровождающее кризис чувство, наиболее распространенное и общее для всех людей. Любая значимая угроза вызывает тревогу, которая помогает мобилизовать силы в этой ситуации. Тревога помогает в мобилизации против угрозы, следовательно, вполне нормальна. Однако сильная тревога создает замешательство, искаженные, негативные суждения, сомнительные решения и пораженческое поведение, дезорганизует деятельность, приводит к неверному восприятию событий, оборонительному поведению. Поскольку в кризисных состояниях всегда выражена сильная тревога и она появляется первой, необходимо выяснить ее связь с другими чувствами.

Другое общее чувство — это *беспомощность*. Почва уходит из-под ног, а происходящие внешние события и множество незнакомых эмоций продуцируют это чувство.

* В буквальном смысле, ибо в переводе с греческого это слово и обозначает «поворотный пункт».

Человеку, находящемуся в состоянии кризиса, намного труднее формулировать мысли и обсуждать деловые проблемы. Сильные эмоции и загруженность психических процессов срочными событиями снижают способность к ясному мышлению. Импульсивные действия во время кризиса нередко создают проблемы, с которыми человек столкнется в будущем. Иногда люди в состоянии кризиса продолжают пытаться решать ответственные и сложные задачи, а затем испытывают чувство подавленности из-за провала, рассматривая его как признак личной слабости.

Часто сопутствующим чувством в кризисе бывает *стыд*. Человек чувствует себя некомпетентным, неспособным справиться с ситуацией, зависимым от других. Человек стыдится этого состояния. Ведь до этого он был уверенным в себе и независимым, чувствовал себя способным решать жизненные проблемы. Стыд, как правило, переживается людьми, которые являются жертвами насилия. Стыд жертвы — один из факторов, из-за которых особенно трудно помочь ей.

Печаль обычно отмечается как результат переживания утраты. Это часть общей реакции горя.

Присутствует и *чувство гнева*, которое направлено либо на себя, либо на другого человека, либо на ситуацию. Гнев включается в любой кризис, вызванный потерей, унижением или оскорблением. Однако гнев часто спрятан за другими сильными эмоциями, гнев иногда может переживаться как замещение ущемляющих человеческое достоинство эмоций, таких как страх, стыд или вина. Когда гнев возникает в ситуации кризиса, всегда есть возможность развития событий от плохого к худшему.

Человек переживает *противоречивость*, вызванную внутренней борьбой между потребностью в независимости и ощущением своей зависимости от других, потребностью в помощи.

Все эти чувства отрицательно влияют на самооценку и делают человека, оказавшегося в кризисе, очень уязвимым. Именно снижение самооценки и повышенная ранимость дают основание описывать кризис как состояние, несущее опасность для личности. Однако в кризисе открываются и новые возможности.

Человек, оказавшийся в кризисе, обнаруживает, что его упорядоченный, тщательно выстроенный мир стал шатким и неопределенным. Все привычные способы, с помощью которых он справлялся с жизненными трудностями, подвергаются сомнению, и он вынужден искать новые пути решения проблем, вырабатывать новые способы поведения, которые могут оказаться более эффективными, чем предыдущие. Какие это будут способы, во многом зависит от того, к кому он обращается за помощью.

ПРИНЦИПЫ КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Кризисная интервенция — это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Она базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности профессионала или добровольца кризисной помощи и симптомоцентрированного контроля.

Ведущими методами кризисной интервенции являются *кризисное консультирование* и *кризисная психотерапия*.

Кризисная психотерапия показана при так называемых *осложненных кризисах*, то есть при развитии или высоком риске развития болезненных состояний у человека, переживающего кризис.

Конечно, любая угрожающая или ранящая ситуация вызывает изменения в чувствах, поведении и мыслях человека. Если эти трансформации подконтрольны человеку и он в силах самостоятельно справиться с ними, то вмешательства психотерапевта не требуется. Если же негативные изменения приобретают длительный характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи.

В последующих главах на примере психологической помощи человеку, перенесшему психологическую травму, в состоянии горя, других кризисных состояниях и при суицидальной активности мы рассмотрим подробнее, какую именно помощь в зависимости от прогноза течения кризиса надо предлагать. Данный же раздел посвящен изложению общих подходов к кризисной интервенции и программы кризисной помощи.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ*

1. *Эмпатический контакт*. Это важнейшее условие кризисной помощи. Сопереживание и понимание психологического состояния другого человека — это самое

* Эти принципы применимы и к телефонной кризисной помощи.

простое и самое сложное. С установления эмпатического контакта начинается кризисное вмешательство.

2. **Безотлагательность.** Кризисное вмешательство характеризуется безотлагательностью, предельной срочностью.

3. **Высокий уровень активности консультанта.** Консультант должен проявлять максимальную активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис, и в сборе информации, чтобы как можно скорее оценить ситуацию и наметить план действий.

4. **Ограничение целей.** Ближайшая цель кризисной интервенции — предотвращение катастрофических последствий. Основная цель — обучение пользоваться адаптивными способами преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия.

5. **Поддержка.** При работе по преодолению кризиса консультант (доброволец, психолог, психотерапевт) в первую очередь обеспечивает пациенту поддержку.

6. **Фокусированность на основной проблеме.** Кризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, чтобы помочь сосредоточиться на основной проблеме, приведшей к кризису.

7. **Уважение.** Человек, переживающий кризис, воспринимается консультантом как знающий, вполне компетентный, независимый, стремящийся обрести уверенность в себе, способный сделать самостоятельный выбор.

Кризисная помощь должна быть реалистичной и целенаправленной, поэтому ее общая стратегия может быть построена по типу обучения стратегии решения проблем.

Программа кризисной помощи как модели решения проблем

1. **Выявление проблемы.** Задача кризисного консультанта — помощь в прояснении центральной проблемы кризиса. Развитие проблемы предполагает изменения в жизни и в способности человека справиться с новыми обстоятельствами. Поэтому полезно задавать следующие вопросы: «Что сегодня изменилось по сравнению со вчерашним днем?», или: «Что нового произошло в последние дни (недели)?». Важно выяснить все обстоятельства кризисной проблемы, а также роль значимых людей в ее развитии, поскольку они могут помогать либо являться причиной кризиса*. Если кризис вызван травматическим событием, крайне необходимо восстановить картину произошедшего и помочь пострадавшему объяснить травматические события.

2. **Выяснение действий человека, переживающего кризис.** Важно узнать, что *уже делалось* для разрешения проблемы. Вопрос «Что вам удалось сделать для улучшения ситуации (своего состояния)?» и подобные ему отражают уверенность консультанта в том, что человек может восстановить контроль над событиями и найти выход из кризиса. Это

* При травматическом кризисе на первом этапе помощи также важно максимально прояснить ситуацию, однако, «что именно является проблемой», в этом случае очевидно. Важно понять, что, где, как и в какой последовательности происходило, чтобы упорядочить картину травматического события. Эту крайне необходимую процедуру — «дебрифинг» — трудно выразить по-русски одним словом, так как кроме расспроса в это понятие входят информирование и эмпатическое слушание. Целью дебрифинга является эмоциональное отреагирование и когнитивное структурирование, необходимые для восстановления у пострадавших чувства контроля над происходящими событиями. (См. описание техники «дебрифинга» в уже упоминавшейся нами книге «Кризисные события и психологические проблемы человека» под ред. Л. А. Пергаменщика. С. 183-188.)

помогает также переосмыслить произошедшее. Человек, переживающий кризис, захвачен сильными эмоциями, он может испытывать страх, отчаяние, растерянность. Его способность ясно мыслить блокирована. Одна из целей прояснения событий и действий — уменьшение эмоционального напряжения пациента и помощь в восстановлении способности к рациональному мышлению.

3. *Помощь в поиске путей выхода из кризиса.* Иногда следует начать с очень маленькой цели, главное, чтобы она была реальной, достижимой. На первых порах очень важно просто изменить эмоциональное состояние переживающего кризис, повысить активность или, наоборот, успокоить его. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека в ближайшие дни: «Что вы будете делать через час, сегодня вечером?» и т. п. Очень полезно составить *конкретный план действий* на период до следующей встречи («антикризисный план»), но, если этого не получится, не следует форсировать события, принуждая человека сделать больше, чем он может в данный момент. Любые чрезмерные интервенции могут привести к усугублению чувства беспомощности и тупика. Важно помнить, что самооценка человека, переживающего кризис, зачастую резко снижается. Поэтому следует позаботиться о ее восстановлении, заведомо не предлагая какие-либо образцы весьма эффективного поведения в качестве примера, так как это может усилить тревогу и ощущение слабости пациента. Совместно обсуждаются возможные негативные и позитивные последствия намеченных действий, выбираются наиболее практичные варианты. В итоге кризисного вмешательства человек должен осознать, что он самостоятельно решил свои проблемы, а не получил го-

товые «рецепты» поведения от специалистов; только в этом случае психотерапевтическая помощь не будет ограничена выведением клиента из данного кризиса, а усилит адаптационные возможности личности, послужит профилактике кризисных состояний в будущем. Таким образом, на этапе кризисной интервенции позиция психотерапевта должна быть скорее партнерской, нежели директивной, а методы воздействия — косвенными и мягкими.

Итак, общим смыслом описанной стратегии действий является помощь (1) в понимании смысла происшедшего, то есть в «построении» субъективной теории кризисного события, (2) в восстановлении чувства контроля над своей жизнью, (3) в восстановлении реалистичной самооценки.

СХЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРИЗИСЕ

1. *Установите контакт на уровне чувств:*

- Не концентрируйте внимание исключительно на чувствах, так как человек, оказавшийся в кризисе, возможно, не всегда точно знает, как он себя чувствует. Если вы слишком долго будете останавливаться на этом предмете, это может расстроить клиента и привести его в замешательство.
- Определите чувства клиента и согласитесь с его правом чувствовать себя именно таким образом.
- Выразите сочувствие.

2. *Исследуйте проблему(ы), которую он или она переживают в данный момент:*

- После того как контакт установлен, попытайтесь сделать так, чтобы человек начал говорить о своей

проблеме, о конкретных деталях и подробностях проблемы.

- Сконцентрируйте внимание на последних шести неделях.
- Попробуйте определить то событие (события), которое вызвало кризис.

3. Суммируйте все сказанное о проблеме вместе с клиентом:

- Вы должны прийти к согласию относительно определения центральной проблемы и основных составляющих.

4. Сосредоточьте внимание на той области проблемы, которую вы будете рассматривать:

- Попадал ли клиент в такую ситуацию раньше и если да, то как справлялся с ней?
- Каким образом клиент избегает проблем?
- Что произойдет, если проблема будет решена?
- Что находится на пути к решению проблемы?
- Существуют ли альтернативные варианты решения проблемы, можно ли найти другие способы решения проблемы, не опробованные ранее?
- Какова цена решения проблемы? Какова цена оставления проблемы без решения и каковы выгоды и вознаграждение в случае разрешения проблемы?

Чтобы быть успешным кризисным терапевтом, вы должны понимать, что человек в кризисном состоянии находится во власти чувств, а это может быть растерянность, страх и т. д. Его поведение может быть довольно

необычным и непредсказуемым, однако ваша задача — прежде всего помочь ему понять и принять свои чувства, а не воздействовать на его поведение.

МЕТОДЫ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Элементы *рациональной психотерапии* имеют место при каждом контакте с клиентом. Они основаны на принципах логического анализа состояния, разъяснения его природы, причин, симптоматики, течения и прогноза. Этот неспецифический вид терапии устраняет неопределенность в представлениях клиента, способствует уменьшению характерных для психологического кризиса элементов психического напряжения и тревоги.

Когнитивная психотерапия ставит перед собой цель исправления неадаптивных когний, то есть мыслей, вызывающих неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющих решение какой-либо проблемы, мыслей, которые привели к кризису. Пациента обучают умению идентифицировать свои неадаптивные когнии и рассматривать их объективно. Необходимо максимально использовать опыт клиента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Затем наступает этап модификации правил регуляции поведения с целью сделать их более гибкими, менее персонифицированными, более учитывающими реальность.

Гештальт-терапия. Используются методы, направленные на коррекцию процессов восприятия, переработки и актуализации информации клиентом в состоянии

кризиса. Известно, что гештальт-подход основывается на пяти ключевых понятиях: отношения фигуры и фона, осознания и сосредоточенности на настоящем, противоположности, функциях защиты, зрелости и ответственности.

«Гештальт» определяется как специфическая организация частей, составляющих определенное целое, которую нельзя изменить без ее разрушения. Мы выбираем из фона то, что важно или значимо для нас, — это становится гештальтом. Как только потребность удовлетворена, гештальт завершается, то есть теряет свою значимость. Формируется новый гештальт. Этот ритм формирования и завершения гештальтов является естественным ритмом жизнедеятельности организма.

В кризисных ситуациях с последующей дезадаптацией гештальт остается незавершенным. Гештальт-приемы помогают найти выражение невыраженным чувствам. Таким образом, травмирующий индивидуума гештальт завершается и возникает возможность перейти к работе над неосознаваемыми проблемами, которые и привели к кризису.

Гештальт-терапия способствует актуализации внутриличностных конфликтов, что может приводить к поиску и личностному росту. Актуальность осознания и сосредоточенности на настоящем обусловлена тем, что люди, попавшие в кризисные ситуации, имеют тенденцию переживать только травмирующие события прошлого — вспоминать, отчаиваться. Они не живут в настоящем и постоянно не обращают внимания на необходимость осознания того, что происходит в данный момент в мире и внутри себя.

Гипноз и трансовые техники. Гипносуггестивный метод применяется при кризисных ситуациях, связанных с актуальной утратой (смертью) близкого человека; при дезактуализации кризисных состояний, сопровождаемых аффектами гнева и обиды (в тех случаях, когда ни рациональные, ни групповые методы психотерапии не эффективны, например, у ригидных и инфантильных личностей в связи с эффектами отрицания и вытеснения).

Гипнотерапия применяется также как симптоматическая методика для снятия психического напряжения при реакциях острого горя, для купирования астенической и фобической симптоматики, нормализации вегетативных функций.

Экзистенциальная терапия. Основная цель экзистенциальной терапии — помочь человеку лучше разобраться в своей жизни, лучше понять предоставляемые ею возможности и границы этих возможностей. При этом экзистенциальная терапия не претендует на изменение клиента, на перестройку его личности; все внимание сосредоточено на понимании процесса конкретной жизни, в ее повседневности проявляющихся противоречий и парадоксов. Если человек воспринимает реальность не искаженной, он избавляется от иллюзий и самообмана, отчетливее видит свое призвание и свои цели в жизни, видит смысл в повседневных заботах, находит в себе мужество быть свободным и ответственным за эту свободу. Другими словами, экзистенциальная терапия не столько лечит, сколько учит дисциплине жизни. Это также можно назвать гармонизацией жизни человека.

Другой фундаментальной особенностью экзистенциальной терапии является стремление к пониманию человека

через призму его внутренних онтологических характеристик, или универсальных экзистенциальных факторов. Это факторы, которым подвластна жизнь каждого человека. Выделяется семь таких универсальных характеристик человека:

- 1) чувство бытия;
- 2) свобода, ее ограниченность и ответственность за нее;
- 3) конечность человека, или смерть;
- 4) экзистенциальная тревога;
- 5) экзистенциальная вина;
- 6) жизнь во времени;
- 7) смысл и бессмысленность.

В процессе психотерапии рассматриваются установки клиента по отношению к этим универсальным обстоятельствам жизни, в которых и скрыты корни психологических трудностей и проблем.

Психологическое здоровье и возможность психологических расстройств связывается с подлинным и неподлинным способами существования. Жить подлинной жизнью, согласно экзистенциальному терапевту Дж. Бьюдженталу, значит полностью осознавать настоящий момент жизни; выбрать, как прожить этот момент, и принять ответственность за свой выбор. В реальности это достаточно сложно, поэтому большую часть жизни люди живут неподлинной жизнью, то есть склоняются к конформизму, отказываются от риска, связанного с выбором, ответственность за свою жизнь пытаются переложить на других. Неподлинный способ жизни неминуемо приводит к обострению чувства вины, страха перед смер-

тью, потере смысла жизни. Однако, не осознавая неподлинность своего существования, человек может мучиться от страха, боли, апатии, либо пережить кризис, в процессе которого «прозреет», станет мудрее.

В экзистенциальной терапии терапевтические изменения связываются, прежде всего, с расширением сознания клиента, с появлением нового понимания своей жизни и возникающих в ней проблем. Что делать с этим новопоявившимся пониманием — дело и ответственность самого клиента. С другой стороны, реальные результаты терапии должны проявляться не только во внутренних изменениях, но и обязательно в реальных решениях и действиях. Тем не менее, эти действия должны быть обдуманными, учитывая их возможные негативные последствия, скорее сознательными, чем спонтанными.

Метод прогрессивной мышечной релаксации, метод аутогенной тренировки. Кризис вызывает мышечное напряжение, однако очень часто это состояние не осознается тем, кто его переживает. Мышечное напряжение влечет за собой много неприятных последствий: беспокойство, усталость, бессонницу, боли в спине, нарушения координации. Вместе с другими характерными трудностями кризиса, проявляющимися в плохой концентрации внимания, перечисленные состояния повышают риск возникновения несчастного случая. Поэтому борьбе с мышечным напряжением всегда следует уделять первостепенное внимание. Широкое применение в системе психотерапевтических воздействий находят **методы прогрессивной мышечной релаксации и метод аутогенной тренировки**, ориентированные на снижение напряжения

и активацию личности. Ближайшая цель — ускорить выход из кризисного состояния, купировать сопутствующие аффективные и вегетативные расстройства, создать базу для дальнейшей психотерапевтической работы. Более отдаленная цель — обучить клиентов навыкам саморегуляции в стрессовых ситуациях в будущем.

В аутогенную тренировку входят приемы создания позитивного эмоционального фона, отреагирования агрессивных тенденций; конечная цель этих упражнений эмоционально-образной регуляции — повышение самооценки и уверенности в себе, ощущение внутренней свободы и раскованности, повышение уровня оптимизма, усиление контроля над эмоциями и поведением.

Групповая поведенческая терапия. Эта форма психотерапии основана на обучении знаниям и отдельным навыкам. В ходе групповой психотерапии также создаются благоприятные условия для отреагирования чувств или, по крайней мере, появляется возможность переключения с изучения и фиксации собственных переживаний на отвлекающую деятельность. В результате терапии изменяются когнитивные стереотипы восприятия клиентами себя, ситуации и окружающего мира. Поощрение к выражению агрессивности помогает клиентам преодолеть неуверенность в себе, так как наличие эмоции гнева в норме свидетельствует о силе и наличии ресурсов для изменения. Вовлечение в совместную деятельность, каковой, по существу, является групповая психотерапия, способствует возрастанию активности и спонтанности поведения, его направленности на преодоление ситуаций безвыходности и безнадежности, стимулирует поиск адекватных средств решения про-

блемы. В конечном итоге групповая терапия достигает своей главной цели — обеспечения личностной самореализации, депривация которой является постоянным и кардинальным условием психологического кризиса.

Поведение клиента в группе помогает психотерапевту и психологу увидеть систему отношений в том виде, как она реализуется в жизни клиента. Поведенческая терапия может включать в себя элементы других психотерапевтических методов (например, психодраматические приемы и техники).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 1

Прочитайте в любом издании комментариев к М КБ-104 описание названных выше категорий. В какой комбинации можно встретить эти нарушения как последствия следующих травматических событий:

- участие в боевых действиях;
- изнасилование;
- смерть ребенка при родах;
- разбойное нападение на улице;
- незаслуженный арест и заключение в тюрьму;
- дорожно-транспортное происшествие, приведшее к потере автомобиля?

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 2

В кризисной психологии составлены перечни внешних стимулов (событий), которые часто приводят к кризисным состояниям.

1. Попробуйте сначала дополнить этот список другими кризисными событиями.

2. Затем предложите своим коллегам ранжировать позиции из общего списка в отношении того, что в максимальной степени могло бы затронуть и «выбить их из колеи», и в заключение дополнить список событиями, которые, на их взгляд, могут положить начало развитию кризиса.

3. Оказались ли ваши дополнения на первых или последних ранговых местах? Много ли поступило дополнений? Чем вы это можете объяснить?

Кризисные события:

- Смерть родственников.
- Смерть близких людей, друзей.
- Ограбление на улице.
- Ограбление квартиры.
- Потеря собственности, крупных сумм денег.
- Стихийное бедствие, приведшее к потере собственности.
- Публичное унижение.
- Изнасилование.
- Измена любимого (любимой).
- Неожиданно низкая оценка на экзамене.
- Вынужденная разлука с любимым (любимой).
- Развод.
- Вынужденная смена места жительства.
- Дорожная катастрофа.
- Физическое увечье.
- Болезнь.
- Старение.
- Резкое ухудшение материального положения.

- Участие в боевых действиях.
- Провал на экзамене.
- Потеря работы.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 3

Самостоятельно проработайте литературу, посвященную работе с кризисами, вызванными травматическими событиями, в частности помощи жертвам аварий, стихийных бедствий, катастроф. Например: *Joseph St., Williams R., Yule W. Understanding Post-traumatic Stress. A Psychological Perspective on PTSD and Treatment. Chichester: John Wiley & Sons. 1997. P. 109-138 (Intervention and Treatment). Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2002.*

Сравните принципы и стратегии кризисной помощи пострадавшим с общими принципами и стратегиями, изложенным и в этой главе. Опишите специфику кризисной превенции в ситуациях катастроф.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 4

Абстрактное знание о кризисе не имеет особой ценности. Полезнее обдумать все эти идеи в связи с реальными примерами и лучше на материале собственной жизни. Выполните следующее упражнение. Вам потребуется бумага и ручка.

Вспомните кризис, который вы пережили (лучше в недалеком прошлом). Для того чтобы выяснить природу взятого для анализа кризиса, запишите ответы на следующие вопросы.

- Какое событие или осложнение вызвало кризис? Опишите, что произошло.

- Были ли какие-либо исходные обстоятельства, которые осложнили переживание данного события именно в тот период времени? Опишите общее состояние дел в то время, когда случился кризис.
- Был ли кризис неожиданным? Сколько предупредительных знаков, говорящих о том, что события развиваются к худшему, вы получили? Оглянитесь назад: имелась ли у вас какая-нибудь возможность предотвратить кризис?
- Когда кризис случился, в какой мере вы могли контролировать развитие событий? Возвращаясь к прошлому, обозначьте, насколько реалистична была ваша оценка происходящего.
- В какой степени изменился ваш привычный образ жизни в результате кризиса? Отметьте любые нарушения привычных стереотипов поведения во время работы, отдыха, сна, пробуждения и встреч с разными людьми.
- Какие чувства вы испытывали во время переживания кризиса?
- Насколько неопределенным представлялся вначале выход из кризиса? Представляли ли вы, что может случиться в будущем? Если нет, то почему?
- Включал ли кризис какую-нибудь личную потерю? Если да, то что это была за потеря (смерть любимого человека или родственника, утрата значимого идеала, статуса, независимости, телесных функций)? Опишите, что значила эта потеря для вас.
- Включал ли кризис какую-либо угрозу или опасность? Если да, то какую?
- Сопровождался ли кризис вашим унижением? Попытайтесь объяснить, что именно вы сочли унижительным для себя.
- Сопровождался ли кризис каким-либо неприятным открытием для вас, то есть обнаружением чего-то огорчительного, о чем вы до того не подозревали?

- Оглядываясь назад, можете ли вы определить, содержалось ли в вашем кризисе какое-либо скрытое обращение к вам? На что в вашей жизни в это время открыл вам глаза кризис?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Joseph St., Williams K, Yule W. Understanding Post-traumatic Stress. A Psychological Perspective on PTSD and Treatment. Chichester John Wiley & Sons. 1997. P. 109-138 (Intervention and Treatment).

Амбрумова А. Г. Анализ состояний психологического стресса и их динамика // Психологический журнал. Т. 6. № 6. 1985. С. 107-115.

Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. № 1, 1994. С. 3-19

Василук Ф. Е. Психология переживания. М.: МГУ, 1984.

Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2002.

Квинтин Л. Состояние после психотравмы: психотерапия или превентивный подход? // Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Л. А. Пергаменщика. Минск: НИО, 1997. С. 183-188.

Пергаменщик Л. А. Психосоциальные последствия катастроф // Там же. С. 28-48.

Пэрри Г. Как справиться с кризисом. М.: Педагогика-пресс, 1995.

Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. С. 16-75.

Глава 2 СТРЕСС И ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Научный термин «стресс» уже давно вошел в обиходный язык, о стрессе пишут в популярной и художественной литературе, ищут способы, как избежать стресса, как снять стресс. Однако мало кто различает, что есть стресс и СТРЕСС, который называется травматическим.

КОНЦЕПЦИЯ СТРЕССА Г. СЕЛЬЕ

Начало созданию биологической концепции стресса положил Ганс Селье в 1936 г. Одна из главных функций психики, по его мнению — это уравнивание деятельности организма с постоянно изменяющимися условиями внешней среды.

Термин «стресс» часто употребляется весьма вольно. Он используется в медицине, физиологии, социологии, психологии и других науках. В силу этого представление о стрессе необычайно расплывчато и многозначно, и в литературе встречается множество путаных и противоречивых определений и формулировок, поэтому необходимо определить, чем *не* является стресс. Стресс — это не просто нервное напряжение (хотя нервное напряже-

ние тоже стресс). Этот факт нужно особенно подчеркнуть. *Стресс есть неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления.* Чтобы понять это определение, нужно сперва объяснить, что подразумевается под словом «неспецифический». Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно или специфично. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потери тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Мышечное усилие, например, бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть *сущность стресса*. С точки зрения стрессовой реакции, не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели сына, испытывает страшное потрясение. Если окажется, что сообщение было ложным, и если сын неожиданно войдет в комнату, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий — горе и радость — совершенно различны, но их стрессорное действие — неспецифическое

требование приспособления к новой ситуации — может быть одинаковым.

Многие неспециалисты и даже некоторые исследователи феномена стресса склонны отождествлять биологический стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным напряжением. По Г. Стокфелду, стрессогенными являются ситуации, связанные с выполнением опасной работы (борьба с пожарами, авария, участие в боевых действиях), и ситуации, когда деятельность затруднена (дефицит времени, влияние отвлекающих факторов, помех и т. д.). П. Фресс указывает, что стрессогенными являются условия, при которых человек не способен, не умеет или не готов действовать (новизна, необычность, внезапность ситуации), то есть несогласованность побуждений к действию и возможности действовать адекватно сложившейся обстановке. По Р. Лазарусу, изучение стресса требует учета интеллектуальных и личностных особенностей, позволяющих индивидууму анализировать значение действующего раздражителя и решать вопрос о его возможном вреде. Как видим, в психологии распространено понимание стресса как состояния, возникающего в ответ на ситуацию, в которой человек вынужден решать трудную задачу, превышающую его психические и интеллектуальные возможности. Таких ситуаций в современных условиях социально-экономической нестабильности общества множество, поэтому в психологии выделяется такое же множество разновидностей стресса и стрессовых состояний. В литературе встречается описание таких стрессов, как стресс межличностный, стресс достижений, индустриальный, боевой, информационный, мотивационный и др.

По типу воздействия на человека стрессы можно подразделить на следующие виды:

- системные стрессы, отражающие напряжение преимущественно биологических систем. Они вызываются отравлением, воспалением тканей, ушибами и т. п.;
- психические стрессы, возникающие при любых видах воздействий, вовлекающих в реакцию эмоциональную сферу.

В принципе, состояние стресса — это одно из нормальных состояний человека. Стресс (от англ. stress — нажим, давление) — это любое более или менее выраженное напряжение организма, связанное с его жизнедеятельностью. Речь идет о совокупности стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма, вызываемых воздействием различных интенсивных стимулов окружающей нас среды, трудными жизненными ситуациями. По своей начальной сути возникающие реакции организма имеют адаптационный характер. И в этом качестве стресс — неотъемлемое проявление жизни. Следовательно, дело не в наличии стресса как такового, а в его количестве (выраженности), перерастающем в качество.

Г. Селье выделяет три основные стадии развития стресса:

- первая стадия — аларм-стадия, или стадия тревоги;
- вторая стадия — стадия резистентности, или сопротивления;
- третья стадия — стадия истощения.

На первой стадии происходит мобилизация адаптационных ресурсов организма, человек находится в состоянии напряженности и настороженности. На этой фазе

часто проходят заболевания, которые относятся к разряду так называемых «психосоматических»: гастриты, колиты, язвы, мигрени, аллергии. Правда, к третьей стадии они возвращаются с утроенной силой.

Если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие, то наступает стадия резистентности, которая характеризуется практически полным исчезновением признаков тревоги; уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного. На этой стадии осуществляется сбалансированное расходование адаптационных ресурсов. Если стрессогенный фактор является чрезвычайно сильным или же действует длительно, развивается стадия истощения.

На стадии истощения энергия исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными. Вновь появляются признаки тревоги. В отличие от первой стадии, когда стрессовое состояние организма ведет к раскрытию адаптационных резервов и ресурсов, состояние третьей стадии больше похоже на «призыв о помощи».

По образному сравнению Селье, эти три фазы общего адаптационного синдрома напоминают стадии человеческой жизни: детство (с присущей этому возрасту низкой сопротивляемостью и чрезмерными реакциями на раздражители), зрелость (когда происходит адаптация к наиболее частым воздействиям и увеличивается сопротивляемость) и старость (с необратимой потерей сопротивляемости и постепенным одряхлением), заканчивающаяся смертью.

Селье предложил различать «поверхностную» и «глубокую» адаптационную энергию. Первая доступна сразу и может быть восполнена за счет второй — «глубокой».

Последняя мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо. По мнению Селье, наши запасы адаптационной энергии сравнимы с унаследованным богатством: можно брать со своего счета, но нельзя делать дополнительные вклады.

Селье выделяет два вида стресса — эустресс и дистресс. Дистресс всегда неприятен, он связан с вредоносным стрессом. Эустресс сочетается с желательным эффектом — активизируются психические процессы, эмоции носят стенический характер.

Один и тот же стрессор может вызвать неодинаковые последствия у разных людей. Селье связывает это с «факторами обусловливания», которые избирательно усиливают или тормозят то или иное проявление стресса. «Обусловливание» может быть внутренним (генетическое предрасположение, возраст, пол) и внешним (прием внутрь гормонов, лекарственных препаратов, диета). Играет роль и реактивность организма, изменяющаяся в зависимости от внутренних и внешних условий. Одна и та же ситуация может вызвать тревогу у одного человека, фрустрацию у другого, конфликт у третьего. Кроме того, один и тот же человек способен проявлять разные состояния — от безразличия до психического срыва. Так, психолог О. Микшик выделял различные пределы «прочности» поведения человека в критических ситуациях:

- один тип личности «распадается» уже на физиологическом уровне (погружается в сон от переутомления, перестает реагировать на окружающее, впадает в ступор);

- другой тип «ломается» на психическом уровне (теряет силу воли, способность думать, принимать решения и т. д.);
- третий — на социально-психологическом уровне (сохраняет физическую и психическую мобилизованность, но изменяет своим жизненным принципам и установкам; например, жертвует жизнью окружающих ради своего спасения или бежит с поля боя).

ПОНЯТИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Травматический стресс — особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим. Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Были выделены следующие четыре характеристики травмы:

- 1) происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- 2) это состояние обусловлено внешними причинами;
- 3) пережитое разрушает привычный образ жизни;
- 4) происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Травматический стресс — это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружа-

ющего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, например, угрозу жизни, смерть или ранение другого человека, участие в боевых действиях, насилие, стихийные бедствия и катастрофы и т. п. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я».

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза — *фаза психологического шока* — содержит два основных компонента:

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности;
- отрицание происшедшего (своеобразную охранительную реакцию психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза — *воздействие* — характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение — эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией *критики* или *сомнения в себе*. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример —

описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередко доходящее до уровня глубокой депрессии.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующая хронификация постстрессового состояния.

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у очевидцев, и у членов их семей.

Результаты многочисленных исследований показали, что состояние, развивающееся под действием травматического стресса, не попадает ни в одну из имеющихся в клинической практике классификаций. Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время, на фоне общего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным. Было описано множество разнообразных симптомов подобного изменения состояния, однако долгое время не было четких критериев его диагностики. Также не существовало единого термина для его обозначения. Только к 1980 году было накоплено и проанализировано достаточное для обобщения количество информации, полученной в ходе экспериментальных исследований. Комплекс симп-

томов, наблюдавшихся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название *«посттравматическое стрессовое расстройство»* (PTSD — Posttraumatic Stress Disorder). Критерии диагностики этого расстройства были включены в американский национальный психиатрический стандарт. С 1994 года эти критерии включены и в европейский диагностический стандарт МКБ-10.

Согласно МКБ-10, вслед за травмирующими событиями, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Под «обычным» человеческим опытом понимают такие события как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, хроническая тяжелая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. К стрессорам, выходящим за рамки обычного человеческого опыта, относятся те события, которые способны травмировать психику практически любого здорового человека: стихийные бедствия, техногенные катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности (диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, попадание в «ситуацию заложника», разрушение собственного дома и т. д.).

ПТСР представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Предполагается, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической

ситуации, а могут возникнуть спустя много лет — в этом особая каверзность посттравматического стрессового расстройства. Описаны случаи, когда у ветеранов второй мировой войны симптомы ПТСР проявились спустя сорок лет после окончания военных действий.

В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвида посттравматических стрессовых расстройств:

- **острое**, развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);
- **хроническое**, имеющее продолжительность более трех месяцев;
- **отсроченное**, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травматизации.

В настоящее время ряд зарубежных авторов предлагает дополнить диагностику постстрессовых нарушений еще одной категорией — **посттравматическими личностными расстройствами (или PTPD — posttraumatic personality disorder)**, что представляется достаточно логичным шагом, поскольку присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массированную психотравму. Безусловно, что такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности.

Схематически взаимосвязь различных по времени возникновения, продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений представлена на следующей схеме (рис. 1).

Травматический стресс
(во время критического инцидента и сразу после него — до 2 суток)

ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
(в течение 1 месяца после критического инцидента — от 2 суток до 4 недель)

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ
СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО**
(спустя более месяца после критического инцидента — более 4 недель)

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО
ЛИЧНОСТИ**
(на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму)

Рис. 1. Стадии формирования постстрессовых нарушений

«Черной дырой травмы» назвал состояние посттравматического стресса один из американских исследователей Р. Питман. Это тяжелая ноша, которую носит в своем сердце и мыслях вернувшийся в мирную, нормальную жизнь человек.

Разрушительное действие войны, пережитой катастрофы, террористического акта продолжает оказывать

влияние на всю жизнь, лишая чрезвычайно важных, определяющих поведение человека чувств безопасности и самоконтроля. Это вызывает сильное, порой непереносимое напряжение. И если это напряжение не снимается, то целостности психики угрожает реальная опасность. В общих чертах это и есть тот путь, по которому идет развитие посттравматического стрессового состояния.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В международной классификации психических нарушений в травматическом стрессе выделяют три группы симптомов: *симптом повторного переживания (или симптом «вторжения»)*, *симптом избегания* и *симптом физиологической гиперактивации*.

К первой группе симптомов относятся повторяющиеся вновь и вновь переживания травматического события. Этот комплекс реакций включает несколько форм:

- 1) повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли или представления (человек всеми силами стремится забыть о нем, но они всегда найдут способ, чтобы напомнить);
- 2) повторяющиеся кошмарные сны о событии;
- 3) действия или чувства, соответствующие переживаемым во время травмы (сюда относятся иллюзии, галлюцинации и так называемые «вспышки воспо-

минаний», когда в памяти всплывают эпизоды травматического события, часто еще более яркие и отчетливые, чем это было в действительности; причем неважно, возникают они наяву, или во время сна, или же при интоксикации);

- 4) интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающим (символизирующим) травматическое событие;
- 5) физиологическая реактивность, если что-то напоминает или символизирует травматическое событие: спазмы в желудке, головные боли и другое.

Прошое «не отпускает»: навязчиво и неотступно возвращаются травмирующие картины, постоянные мысли о том, «что было». В памяти внезапно всплывают ужасные, неприятные сцены, связанные с пережитым. Каждый намек, все, что может напомнить о том, что было именно с тобой: какое-то зрелище, запах, напоминающие «то», как будто извлекают из глубин этой «черной дыры» памяти картины и образы травматических событий. Сознание как бы раздваивается: ты дома, но одновременно и там, где весь этот кошмар происходил. Такого рода явления называются диссоциативной симптоматикой (ощущение эмоциональной зависимости, сужение сознания, дереализация с ощущением «там и здесь», деперсонализация). Пережившие военные действия рассказывают, что бывает достаточно услышать звук пролетающего вертолета, чтобы травмировавшие образы и представления вновь охватили сознание, чтобы человек вновь «вернулся» и вновь пережил «как наяву» наиболее травмировавшую его ситуацию. Или жертвы сексуального насилия могут от-

реагировать на нечто, напоминающее ситуацию насилия. Эти неожиданные, «непрощенные» воспоминания могут длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов. И, как следствие, человек снова испытывает сильнейший стресс. Возникает реакция повышенного испуга на неожиданный или громкий звук. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения, он может броситься на землю, если услышит звук низко пролетающего вертолета, он резко оборачивается и принимает боевую позу, если почувствует со спины чье-то приближение. Такого рода явления называются «флэш-бэк-эпизодами», они вызывают выраженный дистресс, физиологические реакции на ключевые стимулы, ассоциированные с травмой. «Непрощенные» воспоминания приходят и во сне в виде ночных кошмаров, которые иногда, как видеозапись, воспроизводят травматическую ситуацию, и с такой же пугающей точностью человек во сне переживает собственные реакции на эту ситуацию. Он просыпается в холодном поту, задыхаясь, с сильно бьющимся сердцем, с напряженными мышцами, чувствуя себя совершенно разбитым. Когда человека посещают ночные кошмары, у него естественно возникают проблемы со сном, ему бывает трудно заснуть из-за неосознаваемого страха вновь очутиться в их плену. Иногда нарушения сна выглядят как постоянное раннее пробуждение, плохой сон усугубляет тяжелое состояние, возникают усталость и апатия.

Вторая группа симптомов проявляется в том, что травматический опыт вытесняется. Человек старается избежать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в те ситуации, которые могли бы напомнить, вы-

звать эти воспоминания, пытается делать все так, чтобы не вызвать их снова. Он упорно избегает всего, что может быть связано с травмой: мыслей или разговоров, действий, мест или людей, напоминающих о травме. Он становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило. Выражено снижение интереса к тому, что раньше занимало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает. Проявляется чувство отстраненности и отчужденности от других, ощущение одиночества. Один из признаков посттравматического состояния — очень тяжело переживаемая утрата способности (полностью или частично) устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Многие пережившие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости (эмоциональная притупленность). У них реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема. Вместо этого их охватывает чувство отделенности от людей, отчужденности от окружающего мира. Человек начинает ощущать эти изменения как глубоко затрагивающие его личность, в этих случаях психологи говорят о возникновении другого «Я». Эти ощущения трудно, иногда просто невозможно выразить, осознать, и, как следствие, вырастает реальное, отчуждение от близких — «им меня не понять». Возникает депрессия, человек начинает чувствовать себя никчемным и отвергнутым, у него развивается неуверенность в себе. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчаяния, человек утрачивает смысл существования, и все это сопровождается истощением и апатией.

Появляется чувство укороченного будущего, то есть короткая жизненная перспектива, когда человек планирует свою жизнь на очень небольшое время. Очень часто появляется чувство вины («Я виноват в том, что я что-то не сделал: не спас, не помог, не предугадал...»), которое способствует возникновению приступов самоуничижительных мыслей и поведения, вплоть до саморазрушающих поступков. С другой стороны, может возрасть агрессивность. Возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обязательно применяется грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки гнева, которые часто бывают маломотивированы и чаще всего возникают под влиянием алкогольного опьянения, превращаются в приступы яростного гнева.

Третья группа симптомов — *физиологическая гиперактивация* — проявляется в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства». Нам известны случаи, когда комбатанты, вернувшиеся в мирную жизнь, выходя на улицу, проводили «рекогносцировку», искали в окнах снайперов и ощущали себя буквально «голыми» без оружия.

Пребывание в травматических ситуациях — это только одна сторона, одна из основных причин, вызывающих посттравматическое стрессовое состояние. Другая и не менее важная сторона связана с тем, *как* человек реагирует на само травматическое событие и *как* он «перерабатывает» пережитое, то есть речь идет об уровне эмоци-

ональной устойчивости индивида, о его личностных ресурсах, качественном своеобразии защитных психологических механизмов, наличии или отсутствии тесных эмоциональных связей с окружающими людьми, поддержки с их стороны и др. Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего, имеется в виду то, что человек пережил травмирующее событие, то есть с ним произошло что-то ужасное и у него есть некоторые из перечисленных симптомов. Но это событие — лишь часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые им события, которая в каждом случае индивидуальна.

Можно условно разделить лиц, переживших травматическое событие, на несколько категорий.

1, Компенсированные личности, которые нуждаются в легкой психологической поддержке на уровне дружеской или семейной.

2: Личности с дезадаптацией легкой степени, которые нуждаются как в дружеской психологической поддержке близких людей и окружения в коллективе, так и в профессиональном вмешательстве психолога и психотерапевта. У них нарушено психофизическое равновесие (в физической, мыслительной или эмоциональных сферах), возможны эмоциональная возбудимость, конфликтность, наличие страхов и другие проявления внутренней дисгармонии. Адаптация нарушена, но при определенных условиях восстанавливается без осложнений

3. Личности с дезадаптацией средней степени, которые нуждаются во всех видах помощи, в том числе фармакологической коррекции состояния. Психофизическое равновесие заметно нарушено во всех сферах, имеются психические нарушения на уровне пограничных: постоянное чувство страха, выраженной тревоги или агрессивности в случаях, когда обстоятельства не являются жизненно важными. Физический статус таких лиц может быть нарушен травмами или ранениями.

4. Личности с дезадаптацией тяжелой степени, которая выражена во всех сферах и требует длительного лечения и восстановления. Это могут быть выраженные нарушения психического состояния, которые требуют вмешательства психиатра; или физические травмы, приведшие к инвалидизации и сопровождающиеся развитием комплекса неполноценности, депрессии, суицидальными мыслями; или психосоматические нарушения сложного генеза.

Травмирующие события, глубоко затронувшие психику человека, очень отличаются от всего его предыдущего опыта, и он отвечает на них сильной отрицательной реакцией.

ПТСР — не редкое явление. На протяжении жизни им болеет около 1% населения, а до 15% населения после тяжелых травм (связанных с физическим нападением или военными действиями) могут обнаруживать отдельные симптомы ПТСР. В исследованиях Шора на основании общей выборки американских граждан (без учета групп риска), сообщается, что количество страдающих ПТСР в Америке в среднем равняется 2,6% от общего числа населения. Для лиц, относящихся к опреде-

ленным группам риска (например, жители области, пострадавшей от вулканического извержения), эта цифра повышается до 3,6%.

У некоторых людей течение ПТСР становится хроническим, а также сочетается с другими психическими и психосоматическими заболеваниями, включая аффективные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и другие виды расстройств, связанных с зависимостью.

Единой классификации нарушений психики вследствие воздействия стрессов на человека пока нет. Наибольшей популярностью у психологов пользуется классификация психических состояний дезадаптации, возникающих в экстремальных условиях, разработанная Ю. А. Александровским. В основу этой классификации положен динамический принцип — возникновение пограничных и глубоких изменений постстрессовых состояний в зависимости от этапа (периода) жизненной ситуации; эти изменения проявляются в виде непатологических и патологических расстройств психики:

- непатологические невротические проявления (адаптационные состояния);
- психогенные расстройства с непсихической симптоматикой (психогенные реакции, невротические состояния);
- психогенные расстройства с психотической симптоматикой (реактивные психозы — острые и затяжные);
- патохарактерологические расстройства (неврозоподобные, невротические, посттравматические стрессовые; невротическое и психопатоподобное развитие личности и др.).

Интерес представляют результаты исследований, проведенных в США (Национальный институт психического здоровья) в Центре по изучению психики при критических состояниях, обусловленных стихийными бедствиями и катастрофами. Психические реакции и самосознание участников подразделяется на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления. Фаза разочарования и восстановления характеризуется тем, что участник чрезвычайных событий испытывает сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи вследствие крушения надежд, в том числе и надежды на помощь со стороны государства.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Пострадавший от травмы человек часто говорит себе: «Я стараюсь забыть то, что со мной произошло», «Мне надо взять себя в руки, мне надо успокоиться, отвлечься, и тогда все забудется». То есть он хочет сделать так, чтобы травма перестала причинять душевную боль, хочет избавиться от болезненных переживаний, не меняя ничего в себе. Эти переживания отторгаются сознанием, поскольку они слишком тяжелы и непереносимы. По сути дела, человек как бы отделяет их от себя, помещая их, условно говоря, в «контейнер»... В результате эмоциональные состояния не развиваются, оставаясь фиксированными на травме.

В метафорический «контейнер» заключены травматические переживания чрезвычайно негативные, разрушительные: гнев, вина, страх и др.

Травмированный человек, переживший чрезвычайно сильные, разрушительные эмоции, больше всего на свете боится их повторения. Он предпринимает все возможное, чтобы избежать эмоций, связанных с травматическим событием. Если же им удастся вырваться наружу, травмированный человек, как правило, теряет контроль над собой. Зная это, он вынужден прилагать титанические усилия, чтобы «контейнер» не расконсервировался и разрушительные сверхсильные эмоции не вырвались наружу.

Личность, имеющая подобный «контейнер», может казаться и себе и другим вполне благополучной, так как на первый взгляд полученная рана зажила и как будто не напоминает о себе.

Однако любой стимул, напоминающий травматическую ситуацию (запах, звук и т. д.), мгновенно оживляет все переживания, и человек вновь и вновь вынужден погружаться туда, где меньше всего на свете хотел бы оказаться. Тогда возникает то, что называется «неконтролируемым опорожнением контейнера» — человек ощущает, что захлестнут чувствами и для окружающих выглядит в этот момент сумасшедшим. Иногда в эти моменты он может совершать непоправимые поступки, о которых будет сожалеть в дальнейшем.

Поэтому человек вынужден защищать свой «контейнер» от того, чтобы случайно не наткнуться на соответствующий стимул, — он вынужден постоянно быть вни-

мательным, избегать всего, что может напомнить травматическую ситуацию. Всякое переживание, похожее на травму, усугубляет положение. Так, при частой демонстрации по телевидению сцен насилия жертвы насилия многократно сталкиваются со своими травматическими переживаниями. Чтение газетных статей с этой же тематикой может вернуть соответствующие воспоминания. Таким образом, возможности и пространства, где личности удастся избежать воспоминаний и осознания травмы, становится меньше и меньше.

Сохранение «контейнера» со временем требует все больше и больше сил и, в конце концов, может получиться так, что вся энергия человека начнет уходить на это, истощая его. Отсюда переутомление, бессонница, раздражительность, нарушение внимания, памяти и другое. Человек истощается в борьбе с самим собой. Хроническое эмоциональное напряжение приводит к ухудшению физического здоровья. Возникают так называемые психосоматические нарушения, расстройства. Поэтому люди, перенесшие психологическую травму, часто имеют проблемы с физическим здоровьем, причем можно установить связь между телесными проблемами и типом травмы.

«Контейнеры» имеют свойство объединяться. Так, если кто-то в детстве подвергся насилию, а впоследствии прошел войну в Афганистане, то его травматические переживания не составляют два отдельных эпизода. Они объединяются, и в итоге создается одна, но многокомпонентная, большая травма, в основе которой лежит, например, идея о том, что все люди вокруг — насильники.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПТСР

К основным факторам риска развития ПТСР относятся личностные особенности человека, включая акцентуации характера, социопатическое расстройство, низкий уровень умственного развития, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Если человек склонен к экстернизации стресса, то он менее подвержен ПТСР. Генетическая предрасположенность (наличие в анамнезе психических расстройств) может увеличивать риск того, что после психотравмирующего события разовьется ПТСР; также влияет предшествующий травматический опыт (например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом и семейными разводами). Следует учитывать и возрастной фактор. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Важно принимать во внимание и социальный контекст. Например, сложная социально-экономическая ситуация в стране не позволяет оказать должную материальную помощь людям, пострадавшим в результате катастроф, стихийных бедствий, что усугубляет их состояние. Риск ПТСР возрастает также в случае изоляции человека на период переживания травмы, утраты семьи и близкого окружения. Велика роль того, насколько своевременно была оказана человеку помощь, как реагируют члены семьи, которые могут поощрять некоторые болезненные проявления.

Можно выделить еще ряд условий, влияющих на развитие ПТСР:

- насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая;

- насколько объективно реальна была угроза для жизни;
- насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он не обязательно сам пострадал, но мог видеть последствия катастрофы, трупы жертв);
- насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Ведь если родители очень болезненно воспринимают происшедшее, панически реагируют, то и ребенок не будет чувствовать себя в безопасности.

Глава 3 МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПТСР

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ ПРИ ПТСР

После того как человек подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации — необычными и пугающими. Поэтому первым принципом терапии ПТСР является *принцип нормализации*. Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии, таким образом, становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности. Это может помочь пострадавшему понять причины своих симптомов, их динамику и более активно участвовать в процессе терапии.

Второй принцип, на котором должна базироваться терапия ПТСР, — *принцип партнерства и повышения достоинства личности*. Люди, страдающие ПТСР, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Особенно это касается жертв сексуального насилия (необходимо учитывать, что мужчины переносят это значительно болезненней), других тяжких преступлений, мигрантов, пострадавших в местах своего прежнего проживания от национальных

преследований и жертв тоталитарных сект. Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества и является таким необходимым.

Третий принцип — *принцип индивидуальности*. Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса. И это также важно учитывать в процессе терапии.

Чем больше времени прошло с момента получения травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется при оказании психологической помощи из-за того, что посттравматический стресс все теснее связывает с другими психологическими проблемами.

Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от одного месяца до нескольких лет.

Оценка длительности терапии — важный параметр для прогноза эффективности реабилитации и во многом зависит от экспертного психолога-психиатрического заключения, где определяется уровень ограничения жизнедеятельности и социальной дезадаптации. Положительный реабилитационный прогноз, скорее всего, будет у тех, кто способен сохранять хорошие отношения на работе и дома, кто имеет позитивную установку на терапию.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим, или образовательным. Как правило, субъекту тем или иным образом сообщают о том, чего он может ожидать

через несколько дней, недель или месяцев. Если ожидаемые изменения не происходят, то это может переживаться им как чувство утраты контроля или «ненормальность». Эти чувства могут еще более усилить травматизацию личности, временно повышая тревогу и задерживая восстановление. Этот аспект терапии нуждается в проработке либо в индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должна осуществляться под руководством подготовленного психолога или психотерапевта, который имеет опыт групповой и индивидуальной работы.

Терапевтический процесс может быть условно разделен на три стадии:

- 1) установление доверительного, безопасного контакта с клиентом, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;
- 2) терапия, центрированная на травме; с исследованием травматического материала, с работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;
- 3) помощь пациенту в «отделении» от травмы и воссоединении с семьей, друзьями и обществом.

Программы психотерапевтической помощи в основном должны быть направлены на:

- коррекцию образа «Я»;
- достижение объективности собственной оценки;
- реабилитацию «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии;
- приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;

- коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ ПТСР

Существует много методов, которые эффективно используются в процессе коррекции и терапии ПТСР. Все методы можно разделить на четыре категории:

1. Образовательные. Включают в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с клинической симптоматикой ПТСР помогает людям осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации.
2. Вторая группа методов находится в области холистического (целостного) отношения к здоровью. Здоровый образ жизни с достаточной физической активностью, правильным питанием, отказом от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков создает основу для быстрого и эффективного восстановления после травмирующих событий.
3. Третья категория включает методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интегра-

цию. Семейная и групповая терапия, развитие сети самопомощи, формирование и поддержка общественных организаций необходимы для социальной реабилитации.

4. Четвертая категория — это собственно терапия. Она включает в себя работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и т. д. и направлена на «переработку» проблемы и совладание с симптомами.

Чарльз Фиглер из Центра психического Здоровья во Флориде разослал специалистам аналогичных центров, занимающимся психологической травмой, опросник, в котором было необходимо отметить тот тип терапии ПТСР, который они находят наиболее эффективным и чаще используют в своей практике. Всего было разослано около 1000 анкет. Проанализировав полученные данные, Фиглер пришел к выводу, что чаще всего специалисты при работе с ПТСР предпочитают следующие методы терапии:

- десенсибилизация и проработка движений глаз (ДПДГ);
- визуально-кинестетическая диссоциация;
- ослабление (или редукция) травматического инцидента;
- терапия мысленного поля (ТМП).

Если человек подвергается стрессу, у него возникает адреналиновая реакция, он не обращает внимания на телесные реакции, испытывает страх, гнев. Это состояние мобилизует его к борьбе или к побегу. Когда этот стресс чрезмерен, развивается ПТСР. Человек чувствует беспомощность и ужас. Возбуждается правое полушарие мозга, зрительная часть коры активизируется. При этом тормозится левое полушарие, отвечающее за анализ, логику, тормо-

зится речевой центр коры, то есть человек переживает сильное эмоциональное потрясение без последующей вербализации состояния. Иными словами, он находится в определенном эмоциональном состоянии, но не способен понять и вербализовать свои переживания. Представим себе неврозы военного времени, психологический шок от перенесенного насилия или зрелища кровавого побоища. Эти страдания не могут быть излечены простым забвением фактов, их вызвавших. По сути дела, большинство людей, перенесших психологическую травму, как раз чаще всего и заболевают от того, что они стремятся — и им кажется, что им удастся — забыть эти обстоятельства, то есть, выражаясь точнее, удалить из содержания сознания некоторое содержание их жизненного опыта. Однако на «забытом», бессознательном уровне память продолжает свое существование в форме психосоматической патологии, кошмаров, трудностей в установлении длительных партнерских отношений и т. д. Как ни парадоксально, этим людям необходимо совершенно обратное: надо, чтобы они все вспомнили и даже более, чем просто вспомнили, — самым интенсивным образом оживили в себе эмоционально, визуально и кинестетически весь объем своего травматического опыта.

Но для того чтобы вызвать это оживление памяти, нет никакой необходимости опять помещать человека на поле боя или вновь наносить ему раны и травмы. Содержание оживает в памяти, фантазии, направляемом воображении или под воздействием транса, иначе говоря, процесс происходит в «десубстанционализированной», символической или подобной форме, а не идентично исходной ситуации. Перечисленные виды терапии дают че-

ловеку возможность повторного переживания и, что особенно важно, — возможность вербализовать и понять, что же с ним произошло. Основа этих методов терапии — повторное переживание с последующей проработкой.

Во всех четырех видах терапии терапевт ничего не интерпретирует, не прерывает процесс терапии. Абсолютная нейтральность терапевта! Терапевтический сеанс может длиться от одного до трех часов (кроме терапии мысленного поля, при которой сеанс продолжается около 10 минут).

МЕТОД ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (ДПДГ)

Оригинальный психотерапевтический метод ДПДГ разработан Ф. Шапиро (США) и стал известен в 1987 г. Применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также для лечения фобий, панических и диссоциативных расстройств. Следует отметить, что эффективность метода пока не получила прямых подтверждений. Описываются также случаи негативных последствий его применения, в связи с чем сама автор ДПДГ призывает использовать его крайне осторожно и только после курса обучения в основанном ею специальном учебном заведении — Институте ДПДГ.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка

и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может связываться с изолированной информацией о травмирующем событии. В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого человека проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. Повторные ночные кошмары с пробуждениями, весьма характерные для людей, страдающих ПТСР, прерывают и искажают

БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным.

Ф. Шапиро и ее последователи считают, что использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1—2 до 6—16, а продолжительность каждого из них составляет от 30 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1—2 раза в неделю.

ВОСЕМЬ СТАДИЙ СТАНДАРТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ ДПДГ

1. *Оценка факторов безопасности и планирование психотерапии.* Основным критерий отбора клиентов для ДПДГ — их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, который может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда

и между психотерапевтическими сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость клиента и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут приносить неблагоприятные жизненные обстоятельства (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т. п.). В большинстве случаев следует вначале оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности на стадии подготовки целесообразно обучить клиентов приемам снижения эмоционального стресса: упражнению по созданию в воображении безопасного места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если психотерапевт принимает решение об использовании метода ДПДГ у конкретного человека, ему необходимо провести анализ всей картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях лица, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных, связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще необходимо последовательное избирание в качестве целей воздействия как травмирующих событий прошлого, так и нынешней ситуации, стимулирующей болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии — работа с будущим, которая предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

Для лиц, страдающих ПТСР, можно выделить четыре основные цели воздействия:

- 1) воспоминания о действительно происшедшем травмирующем событии;
- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально происшедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например, звуки, похожие на выстрел, и т. п.).

Для полноценного разрешения травматического опыта и достижения стабильного эффекта в качестве цели должен поочередно избираться каждый из четырех вышеуказанных элементов.

2. *Подготовка.* Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить смысл ДПДГ-терапии, например, следующим образом: «Если происходит травмирующее событие, оно может блокироваться и длительно сохраняться в мозге вместе с первоначальной картиной стрессовой ситуации и имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. При любом напоминании о психической травме переживания оживают с прежней остротой, серьезно нарушая душевное и физическое состояние человека. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволят мозгу

перерабатывать травматический опыт. Нечто подобное происходит на стадии «быстрого сна», когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать полученную информацию. По сути, методика активизирует естественный процесс самоисцеления от душевных травм, причем клиент сам может его контролировать, давая психотерапевту обратную связь о том, что с ним происходит в ходе сеанса».

На этой же стадии определяется способность клиента выполнять движения глаз. В ДПДГ используют несколько видов движений глаз. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить наиболее комфортные движения для конкретного человека. Следует учесть, что боль в глазах при выполнении движений требует немедленного прекращения процедуры с последующей консультацией с окулистом на предмет выявления возможных противопоказаний к нагрузкам на глазодвигательные мышцы.

Задача психотерапевта — вызывать у клиента движения глаз от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, однако следует избегать появления чувства дискомфорта. Клиенту предлагают следить за двумя пальцами психотерапевта. Два пальца руки психотерапевта (указательный и средний) используют как точку фокусировки взгляда клиента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально с ладонью, обращенной к пациенту на расстоянии 30—35 см от его лица. Далее психотерапевт просит пациента следить за его пальцами глазами, не поворачивая головы, и начинает медленно, а затем все быстрее двигать ими горизонтально от право-

го края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Необходимо подобрать оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т. п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что клиенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или произвольные движения), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль над движением глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.

Обычно в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 движений глаз (туда и обратно — 1 движение). В зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 движений, а при возникновении эмоционального отреагирования — до еще большего их числа.

Если у клиентов есть проблемы со зрением, если они носят контактные линзы или испытывают неприятные ощущения при движениях глаз, можно использовать альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуку). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серий движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенным вверх ладоням клиента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно шелкает пальцами то у одного, то у другого уха.

Для снижения уровня беспокойства клиентов перед началом переработки, во время и между сеансами полезно обучить их технике «Безопасное место». Клиенту предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт использует суггестивные инструкции, чтобы усилить чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция клиента может быть усилена, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (дерева, озеро, запах леса, покой и т. п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими им картинками, звуками и ощущениями. При этом отмечается чувство полной безопасности, которое подкрепляется психотерапевтом дополнительными суггестиями и проведением 4–6 серий движений глаз. В последующем при необходимости снизить эмоциональное напряжение клиент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

Сильные отрицательные эмоции, которые иногда возникают в ходе сеанса ДПДГ, также могут потребовать для клиента передышки и усиления чувства безопасности, что достигается его обращением к приятным и успокаивающим событиям прошлого.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапев-

ту. Установление сигнала «стоп» служит дополнительным фактором безопасности клиента. Фактически две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

3. *Определение предмета воздействия.* На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы, сцены насилия и т. д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения, любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают выбрать образ, который лучше всего соответствует ему (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения по поводу травмирующего инцидента. Клиента просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (отрицательное самопредставление) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т. п.

Следующий шаг — определение желаемого положительного самопредставления, то есть более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь клиент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей ситуации. Например: «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим», и т. п.

Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления на пятой стадии — инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное переструктурирование (переоценку) клиентом травмирующих событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения. На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по семибалльной шкале соответствия представлений (ШСП), где 1 балл — полное несоответствие, а 7 баллов — полное соответствие истинному представлению о себе. Клиент дает оценку, не опираясь на логические построения, исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, психотерапевт должен взвесить, насколько реалистичны пожелания клиента, и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем шаге клиент определяет негативные эмоции, которые возникают у него при сосредоточении на картине травмирующего события и повторении слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает ему оценить уровень беспокойства, причиняемого

воспоминаниями, по шкале субъективного беспокойства (ШСБ), где 0 — состояние полного спокойствия, а 10 — максимальное беспокойство (наихудшее из того, что только можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

4. *Десенсибилизация.* Стадия сосредоточена на снижении негативных эмоций клиента при его обращении к воспоминанию о травме до 0—1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации ему предлагают вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев, одновременно удерживая образ, отражающий наиболее неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т. п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. Если клиент испытывает трудности с визуализацией травмирующего эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об этом.)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?» Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и физических ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала. В ряде

случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии в ходе повторяющихся серий движений глаз, которые чередуются с отдыхом, приводит к снижению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают прежний болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0—1 балла.

Нередко в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает абреакция (отреагирование). В случае отреагирования клиент как бы заново переживает ситуацию психической травмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку клиент сохраняет двойную фокусировку — и на осознании прошлого, и на чувстве безопасности в настоящем. Начало отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 и более, чтобы по возможности завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку абреакция в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4–5 раз быстрее, чем в трансе, а клиент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном ключе.

Возможен другой вариант, когда после двух подряд серий движений глаз клиент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях

и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таком случае, — сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений глаз свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий (см. ниже).

В случаях, когда при обращении к травмирующему эпизоду у клиента возникают новые отрицательные идеи и представления, перед началом очередной серии ему предлагают сосредоточиться на этих негативных мыслях и связанных с ними ощущениях в теле, после чего серии движений глаз следует повторять до нейтрализации этих мыслей и ощущений. Если клиент начинает высказывать более адаптивные суждения о пережитом, их следует закрепить в сознании, предложив сосредоточиться на позитивных мыслях во время последующих серий, а затем снова возвратиться к первоначальной цели (воспоминание о травме, отрицательное самопредставление, дискомфортные ощущения и эмоции).

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания являются объектом фокусировки для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, клиенту предлагают сосредоточиться на наиболее беспокоящем из них. Нередки случаи, когда клиенты с ПТСР предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо под-

вергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды боевых действий или сцены насилия; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с этим; отдельные звуки или ощущения в теле и т. п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным, избранным в качестве цели травмирующим событием.

Каждое из вновь приходящих воспоминаний поочередно становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций истощается и ничего нового не приходит в голову, клиента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травмирующему событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2—3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не возникают, а уровень беспокойства клиента не превышает 1 балла (оптимальный вариант — 0 баллов) по ШСБ, можно переходить к следующей стадии — инсталляции.

Следует отметить, что всплывшее в сознании дополнительное воспоминание иногда бывает чрезвычайно беспокоящим и дискомфортным. В таком случае оно может быть избрано новой целью для следующего сеанса ДПДГ. Однако полномасштабная работа с новой целью должна начинаться лишь после завершения переработки предыдущего воспоминания, связанного с травмой.

5. Инсталляция. Цель стадии — связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели связанной с травмой информацией, что ведет к повышению самооценки личности клиента.

Сначала следует попросить клиента оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности после проведения десенсибилизации: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление) или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — полностью не соответствуют, до 7 — полностью соответствуют (истинны)?» После этого клиенту следует удерживать вместе картину события (думать о нем) и положительное представление. После проведения очередной серии движений глаз психотерапевт спрашивает: «А теперь насколько истинными, в баллах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Психотерапевту нужно провести столько серий движений глаз, сколько необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удастся, серии движений повторяют до тех пор, пока соответствие представления и чувство его пригодности не достигнуто максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травмирующим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4-5 баллов. С учетом временных рамок

сеанса работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

6. Сканирование тела. Стадия сосредоточена на устранении возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле. Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного человека), начинают сканирование. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройти по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Ему следует сообщать вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие необычные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную серию для усиления позитивных чувств. В случае когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может проявить новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуются время.

7. Завершение. Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завер-

шена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить трансовые техники или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т. п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом клиент может испытывать тревогу различной степени, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить клиенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

8. Переоценка. Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает его реакцию для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

СТРАТЕГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЗАБЛОКИРОВАННОЙ ПЕРЕРАБОТКЕ

Примерно в половине случаев применение стандартной процедуры ДПДГ приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых психических

травм. Однако если переработка соответствующего материала тормозится, ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов.

1. Изменение направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, их постепенное сдвигание то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

2. Сосредоточение клиента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (без образов и представлений) в то время как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимулирование клиента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

4. С началом очередной серии движений клиенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуются, не меняясь, дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травмирующим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Клиента просят сосредоточиться на другой части образа травмирующего события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т. д. Можно предложить пациенту припомнить звуковой стимул, вы-

зывающий наибольшее беспокойство, и сконцентрироваться на нем.

6. В сложных случаях применяется когнитивное взаимопереплетение. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у клиента.

Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает клиенту новую информацию, которая позволяет ему лучше понять драматические события прошлого и собственную роль в них. Затем клиенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз.
- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам. Например, один из ветеранов продолжал обвинять себя за то, что когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил его: «Если бы это был ваш шестнадцатилетний сын, что бы вы велели ему сделать?» «Пригнуться!» — ответил ветеран. Психотерапевт предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины стало не таким болезненным и переработка была успешно завершена.
- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни,

контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движением глаз, так и вне ее, с последующим предложением клиенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей сессии.

- Сократический диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз.

Применение указанных приемов даже в трудных случаях способствует полной переработке и нейтрализации травматического материала и устранению основных клинических проявлений ПТСР.

ОСЛАБЛЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИНЦИДЕНТА (ОТИ)

Автор методики — Франк Джербод. Техника ослабления травматического инцидента состоит в просмотре, визуализации, повторном переживании происшедшей травмы (без прерываний, интерпретаций и ободрений). Это может быть просмотр одного обособленного события или серии событий, обобщенных одной темой (Основное или Тематическое ОТИ), которая ведет к сути

травмы. При помощи этого метода происходит когнитивная переоценка события.

В этом методе подчеркивается нейтральность терапевта. Клиенты в этом методе — обозреватели, терапевт — фасилитатор, а процесс называется «просмотр».

Необходимыми условиями для работы является достаточно бодрое состояние клиента в начале сеанса, доверие к терапевту и готовность разрешать проблему. Одна из задач психотерапевта — обеспечить клиенту безопасное терапевтическое окружение, а также убедиться в том, что он хочет работать с проблемой.

Место для терапии должно быть изолированным, чтобы ходу работы ничего не мешало. Процедура может занять много времени, но ни психотерапевт, ни клиент не должны торопиться.

Общение с клиентом схематично, четко определено. Никаких интерпретаций! Психотерапевт нейтрален, он принимает без комментариев все, что бы клиент ни говорил. Психотерапевт не должен позволять себе оценку ни в каком виде. Возможно, клиент начнет угрожать психотерапевту, но и в этом случае — никаких обсуждений. Даже если у психотерапевта возникают эмоциональные реакции, их не следует проявлять. У клиента может быть сильная эмоциональная реакция, он может захотеть остановиться — психотерапевт должен его поддержать, чтобы он продолжал работу, помочь ему вновь встретиться с тем, что он пережил во время травматического события. Задача терапевта — довести сессию до успешного завершения.

Техника проведения ОТИ очень простая. Терапевт объясняет основные правила и описывает процедуру: «Вам

нужно следовать инструкции и делать то, что я скажу. Мы должны работать не прерываясь. Ваша задача — вспомнить эпизод, пройти через него многократно. Работаем до результата, остановимся, когда почувствуете себя лучше. Возможно, вам захочется со мной что-либо обсудить, спросить совет, но этого мы не будем делать. Я не буду давать советы, не буду вас оценивать. Что было, то было. Сейчас перед нами стоит задача, чтобы эти воспоминания не мешали жить. Мы не будем подробно обсуждать ваш случай, я объясню, что нужно делать. Вам не следует с кем-либо обсуждать то, что произойдет на сеансе.

ПРОЦЕДУРА ОТИ

Вспомните травматический инцидент. Представьте себе, что вы об этом смотрите фильм на видео. Просмотрите событие и скажите:

1 шаг. Когда это произошло?

2 шаг. Где это произошло?

3 шаг. Как долго это длилось? Если это цепочка событий, вспомните первое.

Когда вы определите, как долго длилось событие, то:

4 шаг. Вернитесь к началу инцидента.

5 шаг. Включите кнопку «видео», начните просмотр. (Если необходимо, закройте глаза.) Что Вы представляете, видите, чувствуете? Кратко расскажите об этом.

6 шаг. Просмотрите событие, пройдите через инцидент до конца. Дайте мне знать, когда завершите просмотр.

7 шаг. Скажите, что произошло? Что вы представляете, видите, слышите, чувствуете? Кратко расскажите.

8 шаг. Вам нужно пройти через этот эпизод много раз. Это похоже на повторный просмотр фильма, когда его смотришь несколько раз и замечаешь все больше деталей и менее эмоционально реагируешь. Скажите вслух «начало», когда вернетесь к началу эпизода, просмотрите эпизод вновь. Можете рассказать то, что захотите, можете мне рассказать только о новых деталях, которые вы замечаете при повторном просмотре. Когда закончите просмотр опять возвращайтесь в начало. Пройдите все до конца.

9. После того, как вы несколько раз просмотрите, я хочу узнать, лучше вам или хуже. Инцидент становится легче или тяжелее?

Если клиент говорит, что легче, необходимо начать сначала; если тяжелее или без изменений, спросите: «Может, инцидент начался раньше?» При положительном ответе следует попросить обратиться к более раннему эпизоду, пройдя шаги 5—8.

Если клиент не может вспомнить более ранние эпизоды, следует спросить клиента, есть ли в его опыте что-либо, напоминающее ситуацию травмы? Если ответ положительный, терапевт просит клиента вспомнить это событие, свои чувства, мысли. В этом случае следует повторить шаги 1—8.

Когда у психотерапевта создается впечатление, что клиент достиг «финала», он задает вопросы типа: «Как инцидент представляется Вам теперь? Сознаете ли, какие решения вы принимали во время события?»; «Есть ли что-либо, что Вы хотели бы спросить или сказать до конца сессии?»

Как узнать, что можно закончить процедуру ОТИ? Обычно можно наблюдать изменение эмоциональных и вегетативных реакций. Кроме этого, клиент при каждом просмотре замечает больше деталей, делает больше комментариев, высказывает больше суждений. Можно задать вопрос, стало ли ему легче? Если хуже, то либо событие начиналось раньше, либо еще есть травматичные события, которые связаны с прорабатываемым.

Если психотерапевту приходится работать с неопределенным запросом, например: «Я боюсь быть среди людей», то необходимо предложить клиенту просмотреть последний случай, когда он испытывал это чувство, затем возвращаться до первичной травмы.

ВИЗУАЛЬНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДИССОЦИАЦИЯ (ВКД)

Данный метод используется в практике нейролингвистического программирования (НЛП), он разработан Ричардом Бендлером и Джоном Гриндером. Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек обладает скрытыми, неиспользованными психическими ресурсами. Главные задачи терапии — обеспечение доступа клиента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение клиента тому, как ими пользоваться.

Метод визуально-кинестетической диссоциации эффективен в отношении любых фобий, неприятных воспоминаний и ПТСР. Этот метод похож на Ослабление Трав-

матического Инцидента, поскольку он представляет собой просмотр травматичных сцен, но просмотр осуществляется с установлением якоря на безопасное место.

Опишем процедуру по шагам, но деление на шаги чисто условно и используется только для облегчения запоминания.

Шаг 1. Идентифицируйте проблему. Попросите клиента вспомнить неприятный случай, страх или травмирующее событие.

Шаг 2. Установите сильный ресурсный якорь на состояние комфорта, безопасности и силы. Для того, чтобы это сделать, попросите клиента вспомнить такой момент из своей жизни, когда он был наиболее уверен в себе, чувствовал себя в безопасности и комфорте. Попросите клиента в тот момент, когда его переживание будет максимальным, подать вам сигнал, кивнув головой или подняв указательный палец. На высоте переживания мягко надавите в области предплечья, плеча или колена. Теперь это ресурсное состояние ассоциировано с вашим прикосновением. Когда вы в следующий раз прикоснетесь точно таким же образом в том же месте — это будет возвращать человека в ресурсное состояние. На это состояние вы поставили якорь.

Шаг 3. Удерживая якорь, попросите клиента увидеть себя перед началом травматического события. «Представьте, что вы находитесь в кинотеатре или смотрите видео. Посмотрите на себя в черно-белом изображении: что вы делаете перед началом травматического события, последняя благополучная сцена перед травмой» (двойная диссоциация).

Шаг 4. Предложите клиенту «выйти» из своего тела и увидеть себя сидящим рядом с вами и смотрящим на себя до начала травмирующего события. Таким образом,

сейчас клиент может наблюдать как бы из трех позиций (тройная диссоциация). Это состояние якорится.

Шаг 5. Попросите клиента начать просмотр «фильма», который содержит травму. Попросите его просмотреть травматическое событие, но как бы наблюдая за собой, смотрящим фильм. Следите за тем, чтобы он постоянно сохранял кинестетическую диссоциацию от травматического опыта. Для этого используйте ресурсный якорь и словесную поддержку, поощряя его идти дальше и напоминая, что он сейчас находится рядом с вами в полной безопасности и наблюдает за собой, смотрящим фильм. «Наблюдатель» должен обсудить, что происходит на «экране» после последней благополучной сцены. Теперь «наблюдатель» видит, что происходит в фильме, и может обсуждать это более объективно. По мере раскрытия новых моментов, событие переживается без чувства страха и тревоги.

Шаг 6. Когда переживание полностью просмотрено, верните клиента с третьего места на второе, интегрируя визуальную перспективу с его настоящей кинестетикой.

Шаг 7. Попросите сегодняшнего клиента подойти к тому себе, который только что прошел через травматический опыт, и обеспечить в этом состоянии необходимый покой, уверенность и безопасность.

Шаг 8. Когда «сегодняшний» клиент убедится, что тот он, из «прошлого», принимает его, предложите, чтобы тот визуализированный образ из прошлого вошел внутрь тела «сегодняшнего» клиента и интегрировался с ним. Если в какой-то момент клиент начинает переживать те негативные чувства из прошлого, верните его в настоящее, восстановите ресурсный якорь и дайте словесную поддержку.

Шаг 9. Подстройка к будущему. Попросите клиента увидеть себя в будущем в тех ситуациях, которые раньше были проблемными. Здесь надо обратить особое внимание на то, нет ли старых кинестетических реакций. Если сохраняются проблемы — возвращайтесь на шаг 2 и повторяйте процесс до тех пор, пока новое состояние не станет устойчивым. Иногда достаточно просмотреть один раз, иногда — несколько раз.

Шаг 10. Поведенческий тест. Если через некоторое время в каких-то жизненных ситуациях у клиента вновь возникают проблемы — поработайте с ним еще раз. Проверка жизнью — лучший тест.

Таким образом, мы вначале диссоциируем клиента, а затем вновь ассоциируем, но уже с другим качеством переживания. Важно поместить страх, травмирующее воспоминание между периодами безопасности. Мы идем от безопасного состояния к травматическому моменту и снова к безопасному моменту и снова к безопасному состоянию.

Следует учитывать, что методы НЛП, также как и ДПДГ, пока не получили явных подтверждений своей эффективности, также как не исключены и возможные негативные последствия их использования.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВСКОРЕ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕБРИФИНГ

Психологический дебрифинг — это особым образом организованное обсуждение, которое может проводиться как психологом, так и специально обученным волонтером.

Процедуру дебрифинга рекомендуется проводить для участников и свидетелей травмирующего инцидента.

Психологический дебрифинг представляет собой либо организованное обсуждение и используется в группах людей, совместно переживших стрессогенное или трагическое событие. Общая цель группового обсуждения — минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи:

- «проработка» впечатлений, реакций и чувств;
- когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания структуры и смысла происшедших событий, реакций на них;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение ощущения уникальности и патологичное™ собственных реакций. Эта задача разрешается при помощи группового обсуждения чувств.
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

Тот, кто руководит дебрифингом, должен ясно представлять себе, что он не «консультант» и уж, конечно, не групповой терапевт в традиционном смысле. Дебрифинг нельзя назвать «лечением». Его смысл — в попытках минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий после стресса. Дебрифинг не может предупредить их возник-

новение, но препятствует их развитию и продолжению, способствует пониманию причин и осознанию действий, которые необходимо предпринимать. Поэтому одновременно это метод и кризисной интервенции, и профилактики.

Психологический дебрифинг применяется при самых разнообразных происшествиях, объединенных двумя общими характеристиками: это ситуации угрозы, которая осознавалась участниками, в ней участвовали все члены группы дебрифинга.

Оптимальное время для проведения дебрифинга — не раньше, чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций сразу же после события и участники событий, возможно, будут в состоянии осуществлять рефлекссию и самоанализ.

Но если времени пройдет слишком много, воспоминания станут расплывчатыми, туманными. В таких случаях при необходимости воссоздания пережитых чувств и состояний могут использоваться видеозаписи или фильмы о событии.

Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как возможность телефонного звонка. Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем использование традиционной модели групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку такая организация пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как несущая угрозу.

Те, кто руководит дебрифингом, должны быть знакомы с групповой работой, с проблемами, связанными

с тревожностью, травмой и горем. Им необходимо быть уверенными и спокойными при интенсивном проявлении эмоций у членов группы.

Конечно, самой важной является организация самого группового обсуждения. Оно включает говорение, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня, «приведение» встречи к удовлетворительному завершению и позитивному результату. У ведущего имеются и другие функции, например, использование закономерностей групповой динамики, контроль над перемещением членов группы внутри и вне комнаты, контроль над временем, индивидуальные контакты с теми, чье состояние ухудшилось, и запись происходящего. Но хотя эти функции важны, они должны быть подчинены главным задачам действия.

В группе дебрифинга может быть до пятнадцати человек, если нет особых обстоятельств. Когда же необходима работа с большим количеством участников (например, это может быть необходимо после стихийного бедствия, теракта, когда в результате происшествия пострадало большое количество людей), возможно опроводить процедуру дебрифинга одновременно в нескольких группах по 15 человек.

Если число участников превышает 15, то может быть предпочтительнее разделить группу на маленькие подгруппки, поскольку каждый из присутствующих переживает предположительно те же проблемы. Посторонних, не участвовавших в инциденте и не связанных с ним ключевым образом, не следует подключать к работе группы.

В дебрифинге принято выделять три части и семь отчетливо выраженных фаз:

- часть I — проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;
 - часть II — детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;
 - часть III — мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.
- Ниже сформулированы и описаны семь фаз дебрифинга.

1. ВВОДНАЯ ФАЗА.

Вводная фаза очень важна: если она проведена на хорошем уровне, организовано, это уменьшает вероятность того, что группа будет плохо функционировать в дальнейшем. Чем больше времени потрачено на введение, тем меньше шансов, что что-нибудь пойдет неверно. Типичное время, которое тратится на введение, — 15 минут.

Ведущий группы представляет себя, команду дебрифинга и поясняет цели встречи примерно таким образом: «Я — N... Такую процедуру обсуждения того, что случилось, я использовал много раз раньше в таких-то ситуациях, после сложных, стрессогенных инцидентов, таких, как... Эти обсуждения большинство людей признают полезными. Они дают возможность выразить и понять мысли и чувства, которые возникли у нас в связи с тем, что произошло. Поэтому все, что будет здесь обсуждаться, мы будем считать нормальным. Это поможет вам разобраться в своем состоянии и чувствах, которые сейчас кажутся вам странными и непреодолимыми».

Ведущий представляет собравшимся основные задачи дебрифинга. Участники могут выражать опасения, что

они не сумеют что-либо сообщить по факту или не смогут сформулировать свою проблему.

Ведущий разъясняет, что дебрифинг — это новое для них занятие, в котором они никогда не участвовали прежде. Поэтому то, насколько хорошо они будут это делать, выяснится в процессе обсуждения. Такой подход задает определенную систему ожиданий: всем присутствующим предстоит говорить о своих мыслях и чувствах и всем им стоит попытаться найти это занятие полезным.

Затем ведущий определяет **правила для дебрифинга**. Правила обозначаются, чтобы минимизировать тревогу, которая может быть у участников.

1. Обычно члены группы успокаиваются, услышав о том, что ни одного из них не будут вынуждать говорить что-либо вообще, если он не пожелает этого делать. Единственное требование заключается в том, что они должны назвать свое имя и выразить отношение к катастрофе или к тому событию, участником или свидетелем которого они были. Однако членов группы просят стараться выслушивать, не перебивая, и давать высказаться всем желающим.

2. Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания встречи. Руководитель или ответственный дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга общения. Аналогично членов группы просят не передавать кому-либо за пределами этого круга личной информации о других участниках, «не сплетничать» о том, что они могут сказать прямо друг другу. Слово «сплетни» здесь предпочтительно, так как многие смутно представляют себе, что реально означает

«конфиденциальность», и поэтому им легче понять инструкцию с употреблением бытовой лексики.

Необходимо снять страх, успокоить участников относительно того, что ответы не будут записывать помимо их воли. Они не должны опасаться скрытых записывающих устройств. Однако, с другой стороны, им можно сообщить, что было бы полезным для команды дебрифинга сделать запись фактов и мыслей без указания авторства. Если затем это быстро перепечатать, то впоследствии люди смогут еще раз обратиться к материалу, который обсуждался в группе, для снятия иллюзий, которые возникают по поводу того, что происходило.

3. Нужно, чтобы члены группы знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики и приговоров. Это не трибунал, а лишь процедурное обсуждение. Подобная установка предупреждает споры, взаимные обвинения, которые могут возникнуть из-за расхождения в ожиданиях, мыслях и чувствах.

Однако ведущие психологического дебрифинга могут позволить открыто высказываться по поводу процесса обсуждения, критиковать, иначе люди будут заниматься этим после дебрифинга.

4. Участников предупреждают, что во время самого обсуждения они могут почувствовать себя хуже, но это — нормальное явление, обычное следствие прикосновения к болезненным проблемам. Ведущий должен обозначить, что это **часть платы за возможность впоследствии противостоять стрессам**.

5. Членам группы рекомендуют работать без перерыва. Поэтому им можно предложить перекусить или посетить

туалет до начала дебрифинга. Кстати, полезно иметь кофеварку или чайник, дабы каждый мог обслужить себя во время дебрифинга.

6. Участникам сообщают, что у них есть возможность тихо выйти и вернуться обратно. Однако их просят сообщать ведущему, если они уходят в подавленном состоянии, и тогда членам команды, одному или нескольким, нужно сопровождать их.

7. Членам группы предоставляется возможность обсуждать нечто, что выходит за рамки заданной темы, и задавать любые вопросы. Важно помнить, что у участников может быть минимальный опыт обсуждения, проявлений своего «Я» в групповом контексте. У иных такого опыта может и вовсе не быть. На команде дебрифинга лежит ответственность за поощрение и успокоение членов группы, особенно в начале дебрифинга.

2. ФАЗА ФАКТОВ

На этой фазе каждый человек кратко описывает, что произошло с ним во время инцидента. Участники могут описать, как они увидели событие и какова была последовательность этапов. Ведущий команды дебрифинга должен поощрять фактологические перекрестные вопросы, помогающие прояснить и откорректировать объективную картину фактов и событий, имеющих в распоряжении членов группы. Это важно, поскольку из-за масштаба инцидента и ошибок восприятия каждый человек реконструирует картину по-своему. Это могут быть просто неверные переживания событий или же наличие

ошибочных ключевых представлений о них. Чувство времени также часто бывает нарушено.

Например, две семьи оказались захваченными в качестве заложников по отдельности, но впоследствии были помещены вместе. При обсуждении обнаружилось, что в рассказах семей детали настолько различались, что было невозможно воссоздать полное представление о мужчине, который взял их в заложники. Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Но чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть фаза фактов.

Знание фактов и их последовательности помогает упорядочить происшедшее, создать структуру события. Это одна из главных задач дебрифинга — дать людям возможность более объективно увидеть ситуацию, что блокирует фантазии и спекуляции, подогревающие тревогу.

3. ФАЗА МЫСЛЕЙ

На фазе мыслей дебрифинг фокусируется на процессах принятия решения и мышления. Вопросы, открывающие эту фазу, могут быть такого типа: «Какими были ваши первые мысли, когда это произошло? Когда вы возвратились на место действия? и т. п.»

Люди часто сопротивляются тому, чтобы поделиться своими первыми мыслями, потому что они, эти мысли, им кажутся неуместными, причудливыми, отражающими интенсивное чувство страха. Первая мысль может отражать то, что впоследствии составляет сердцевину тревоги. Например, у одной женщины первая мысль была: «Боже, что мои дети будут делать без матери?» Позже у нее начались

ночные кошмары, в которых ее дети были брошены, или они были в горящем доме, а она не могла спасти их.

Затем следует спросить: «Что вы делали во время инцидента? Почему вы решили делать именно то, что вы делали?» Этот последний вопрос часто высвечивает стремление защитить тех, к кому обращаются первые мысли. В качестве примера можно привести случай, когда во время воздушного крушения во Флориде в 1990 году самолет упал в реку Потомак в Вашингтоне. Пожарный грубо заставил своего подчиненного выйти из воды. Подчиненный был чрезвычайно фрустрирован, так как он не мог продолжить спасение людей, и из-за этого был очень сердит на начальника. Во время дебрифинга разъяснилась причина поступка, оказалось, что пожарный почувствовал запах реактивного топлива. Этот же запах он чувствовал ранее, при других обстоятельствах, когда двое его подчиненных погибли от удушья при подобном эпизоде. В его представлении ситуации связались, и он просто не смог оставить кого-то в условиях чрезмерного риска.

Аналогичное намерение было выявлено при обсуждении инцидента с заложниками. Захваченного в качестве заложника и избитого отца семейства привязали к кровати. Осознавая свою беспомощность, он попытался притвориться тяжело раненым и начал громко стонать, чтобы террористы более мягко обращались с его дочерью. Его жена, которую поместили в той же комнате, иначе поняла смысл его действий и была разгневана. Она думала, что его притворство слишком очевидно и представляет угрозу для всей семьи. Но рассказать ему о своих переживаниях она смогла только в процессе дебрифинга.

Злость как реакция на приказы, которые непонятны и, по мнению работников, «штампуются» от нечего делать в штабе, может возникнуть у персонала служб быстрого реагирования.

Так, в дебрифинге после катастрофы в Мабодалене (когда в Швейцарии в 1988 г. в горах опрокинулся автобус с детьми) один из командиров спасателей говорил о том, насколько тяжело для него было давление начальства. Те многократно требовали проверять, сколько было погибших детей и сколько взрослых для того, чтобы узнать, сколько осталось в живых. Он должен был приказывать одному из подчиненных ему пересчитывать тела несколько раз, чтобы уточнить количество мертвых. Это вызвало огромный стресс у офицера, который вынужден был идти и приподнимать накидки, покрывавшие множество детских тел. Рациональные основания такого командирского приказа проявились только в процессе дебрифинга.

В конце этой фазы участники могут обсуждать свои непосредственные впечатления. Можно задать вопросы типа: «Каковы были ваши впечатления о том, что происходило вокруг вас, когда события только начали развиваться? Что вы слышали, обоняли, видели?»

Эти обсуждения чувственных впечатлений позволяют в дальнейшем избежать образов и мыслей, которые могут оказывать разрушительные воздействия после события. Вот примеры такого типа впечатлений: «Все, что я мог видеть тогда, — это было дуло ружья и глаза, сверлящие меня через щель прицела...»; «Носилки были такими легкими...» (с умершими детьми); «...Такие вещи как жилетки, детские медвежата и магнитофон были сделаны

так живо и напоминали нам, что это были такие же люди, как мы, и это могли быть мои дети...»; «До сих пор я как будто чувствую кудри маленького ребенка в моей руке...»; «Запах горелых человеческих тел был ужасен. Я никогда не забуду его...»; «Рука упала мне на спину с дерева». Сопоставление этих воспоминаний и проговаривание делает не столь мощным их разрушительный эффект.

4. ФАЗА РЕАГИРОВАНИЯ

Вопросы о мыслях, впечатлениях и действиях способствуют чувственному отреагированию. Эта фаза, в которой исследуются чувства, часто самая длительная часть дебрифинга. Для того, чтобы достичь успеха в этой фазе, ведущему нужно помогать людям рассказывать о своих переживаниях, даже болезненных. Это может уменьшить разрушительные последствия таких чувств.

Когда люди описывают причины принятия ими тех или иных решений, они очень часто говорят о страхе, беспомощности, одиночестве, самоупреках и фрустрациях. Типичны следующие комментарии: «Я так боялся сделать ошибки...»; «Я знал, что если я не смогу...»; «Я никогда в своей жизни не был так испуган. Мои руки тряслись и тряслись...»; «Я не знал: или я сохраняю жизни, или отбираю их...»; «Я был так одинок, что должен был принимать все решения самостоятельно...».

В процессе рассказа о чувствах у членов группы создаются ощущения схожести, общности и естественности реакций. Групповой принцип универсальности является здесь ключевым. Этому способствуют вопросы типа:

«Как вы реагировали на событие?..»; «Что для вас было самым ужасным из того, что случилось?..»; «Переживали ли вы в вашей жизни раньше что-либо подобное?..»; «Что вызывало у вас такие же чувства: грусть, расстройство, фрустрацию?.., страх?»; «Как вы себя чувствовали, когда произошло событие?..».

Ответ на вопрос о самых тяжелых чувствах помогает проработать наиболее конфликтные переживания.

Ведущий дебрифинга должен позволить каждому участвовать в общении. Он вмешивается, если правила дебрифинга нарушены или если имеет место деструктивный критицизм. Это особенно важно иметь в виду, поскольку один из главных терапевтических процессов дебрифинга — моделирование стратегий, определяющих, как справляться с эмоциональными проблемами у себя, друг у друга, в семье, с друзьями. Участники должны научиться выражать чувства, зная, что это безопасно, понимать, что они имеют право обсудить свои проблемы с другими.

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это — ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо человека, который находится в состоянии дистресса, или просто вербализировать поддержку, сказав, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, и поэтому нуждаются в специальном разрешении. Если кто-то уходит, один из ведущих должен последовать за ним, удостовериться в его благополучии и способствовать его возвращению в дебрифинг.

Важно присматриваться к тем, кто кажется особенно сильно пострадавшим, к тем, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. С такими участниками следует продолжить индивидуальную работу после окончания дебрифинга, предложив индивидуальную программу поддержки. Иногда могут всплыть прошлые события, относящиеся к прошлым инцидентам, которые не были проработаны, или личные проблемы. Лидер дебрифинга должен предложить и пути проработки более ранних реакций.

5. ФАЗА СИМПТОМОВ

Во время фазы симптомов некоторые реакции должны быть обсуждены более детально. Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, когда они возвратились домой, в течение последующих дней и в настоящее время. Вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата и восстановления нормального режима жизни и работы — обязательны.

К характерным чертам посттравматического стресса относятся переживание феномена избегания, оцепенение и другие. Страх может вызвать изменения в поведении. Фобические реакции (страхи) могут проявляться в том, что люди не могут вернуться в то место, где произошло событие (особенно проблематичным это становится, если это место их основной работы). После подобных инцидентов люди иногда вынуждены менять место жительства, переезжая в другой дом, могут бояться спать

без света или уменьшать скорость езды в автомобиле, когда представляют, что может случиться.

Особое внимание следует уделить проблеме влияния вовлеченности в событие на семейную жизнь. Человек может чувствовать, что его семья не в состоянии понять его переживания. Как описал один пострадавший: «Я не смог ответить на вопрос моей жены о том, что мы будем делать в выходные. Это был такой контраст с тем, о чем я думал, что я взорвался, и мы поссорились»; «...Это может казаться диким — принять «обычное» решение после решений, касающихся жизни и смерти»... Иногда может быть полезно включать семьи в некоторые моменты процесса дебрифинга, возможно, для начала передавая им письменные материалы. Другой вариант — отдельные встречи с семьями тех, кто был вовлечен в инцидент. В некоторых случаях семьям может быть показан фильм о подобном инциденте, чтобы они яснее представляли себе, что пережил человек, которого они любят.

6. ЗАВЕРШАЮЩАЯ ФАЗА

В этой фазе один из ведущих должен попытаться обобщить реакции участников. Это лучше предпринять тем членам команды, кто записывает и осуществляет диагностику общих реакций участников, а затем пытается нормализовать состояние группы.

Возможен путь, когда обсуждаются личные события из жизни участвующих и используются материалы других инцидентов или даже результаты исследований. Этот акцент на анализе реакций демонстрирует собравшимся, что их реакция вполне нормальна, что это «нормальная реак-

ция на ненормальные события». Но индивидуальность каждого также должна быть акцентирована. У участников не должно сложиться впечатление, что они обязаны выражать реакции, но они должны знать, что они всегда смогут сделать это, если захотят. Полезно использовать имеющиеся записи с зафиксированным материалом, которые помогают точнее определить реакции и восстановить то, что происходило. Разумеется, этого не следует делать во время дебрифинга и в конце, чтобы не разрушать процесса. Хорошо иметь большой плакат с перечнем возможных симптомов и их детальным описанием; этот плакат может быть помещен где-нибудь в комнате, чтобы люди могли добавлять свои симптомы к перечню.

Полезно организовать работу так, чтобы участники могли бы еще раз встретиться через неделю после дебрифинга. Знание о предстоящей встрече позволяет участникам задуматься над формированием собственной стратегии преодоления своих переживаний. Важно отметить такие реакции, как насильственно внедряющиеся образы и мысли, возрастание тревоги, чувства уязвимости, проблемы со сном и с концентрацией внимания. Наряду с ожиданиями, они должны быть обобщены. Необходимо отметить, что ничего страшного в этих реакциях нет и при нормальном развитии событий со временем симптомы будут уменьшаться.

7. ФАЗА РЕАДАПТАЦИИ

В этой фазе обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления, особенно в терминах семейной и групповой поддержки. Одной из главных це-

лей дебрифинга, помимо всего прочего, является создание внутригруппового психологического контекста. Переживания, вызванные отсутствием понимания со стороны окружающих, — возможно, один из самых травмирующих аспектов посттравматического инцидентного стресса. Полезно обсудить также, в каких случаях участник должен искать дальнейшую помощь. Здесь определяющими могут быть следующие показания:

- если симптомы не уменьшились спустя 6 недель,
- если со временем симптомы усилились или появились новые,
- если человек не в состоянии адекватно функционировать на работе и дома.

Направление дальнейшей помощи следует уточнить. Группа может принять решение о необходимости следующего дебрифинга или, как минимум, отметить его возможность, если инцидент был особенно травматичным или не удалось справиться с проблемами. Руководитель дебрифинга предлагает участникам продумать, как они смогут общаться друг с другом в дальнейшем, и, например, обменяться телефонами и адресами.

Дебрифинг может иметь продолжение спустя несколько недель или даже месяцев. Этот процесс уже менее структурированный, чем первый, и его главная задача — проследить прогресс участников в терминах симптомов и действий, предпринятых, чтобы справиться с ними. В это время также могут появиться участники, нуждающиеся в более интенсивной психологической помощи.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

Александровский Ю. А., Лобастое О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.

Гримак Л. П. Общение с собой: начала психологии активности. М.: Политиздат, 1991.

Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.

Коледа С. В. Моделирование бессознательного. М., 1996.

Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М., 1992.

Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний. Пермь, 1998.

Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2000.

Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермянин С. В. Уфимская катастрофа: особенности поведения и деятельности людей // Психологический журнал. 1990. Т. 11. № 1.

Селье Г. Когда стресс не приносит горя. М., 1992.

Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.

Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2.

Фонтана Д. Как справиться со стрессом: Пер. с англ. М.: Педагогика — Пресс, 1995.

Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989.

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

Черепанова Е. М. Психологический стресс. М.: Издательский центр «Академия», 1996.

Черепанова Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

Callhan R. J. Thought Field Therapy and Trauma. Phd. Indian Wells, Ca 1996.

Глава 4 СОСТОЯНИЕ ГОРЯ

ГОРЕ КАК ЕСТЕСТВЕННЫЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

ЧТО ТАКОЕ ГОРЕ? СТАДИИ ГОРЯ

Горе — это реакция на потерю близкого, любимого человека после невозвратной разлуки с ним или его смерти*. Возможно, психологический смысл горя состоит в выражении любви, которую человек, понесший утрату, чувствует к умершему или потерянному близкому человеку. Горе также является и процессом, в течение которого человек переживает боль утраты, прощается с ушедшим, учится сохранять память о нем и в то же время жить в настоящем**. Процесс переживания горя можно условно разделить на несколько стадий, которые считаются общими для перенесших утрату, хотя реакции людей индивидуальны и каждый переживает горе по-своему. К тому же, процессу переживания свойствен циклический характер, то есть он состоит из множества болезненных возвращений на ранние стадии. Тем не менее, знание признаков, характерных для той или иной стадии переживания горя,

* Некоторые авторы (см., например, *Humphrey G. M., Zimpher D. C. Counselling for Grief and Bereavement. London, 1996*) считают, что переживание горя может быть вызвано любой утратой. Согласно такому расширенному пониманию, если после какого-либо события в жизни наступают изменения, это может рассматриваться как утрата прежнего состояния, что подразумевает переживание горя.

** См. о приспособительном значении горя в кн. *К. Е. Изарда «Эмоции человека»* (М., 1980. С. 259).

и понимание их психологического смысла позволяют оказать помощь страдающему человеку.

Начальная стадия горя — **шок и оцепенение**. Шок от перенесенной утраты и отказ поверить в реальность происшедшего могут длиться до нескольких недель, в среднем 7–9 дней. Физическое состояние человека, переживающего горе, ухудшается: обычны утрата аппетита, сексуального влечения, мышечная слабость, замедленность реакций. Происходящее переживается как нереальное. Человек в состоянии шока может делать что-то действительно необходимое, связанное с организацией похорон, или же его активность может быть беспорядочной. Бывает и полная отрешенность от происходящего, бездеятельность. Чувства по поводу происшедшего почти не выражаются; человек в состоянии шока может казаться безразличным ко всему.

Предполагается, что комплекс шоковых реакций связан с работой механизмов психологической защиты: отрицание факта или значения смерти предохраняет понесшего утрату от резкого столкновения с ужасом произошедшего. Человек сосредоточен на каких-нибудь мелких заботах и событиях, не связанных с утратой, либо он психологически остается в прошлом, отрицая реальность; в таком случае он и производит впечатление оглушенного или сонного: почти не реагирует на внешние стимулы или повторяет какие-либо действия.

Часто на смену шоковой реакции приходит **чувство злости**. По мнению Ф. Василюка*, злость возникает как специфическая эмоциональная реакция на помеху в удов-

* См.: Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке. М, 1991.

летворении потребности, в данном случае — потребности остаться в прошлом вместе с умершим. Любые внешние стимулы, возвращающие человека в настоящее, могут провоцировать это чувство. По предположению Томкинса*, непрерывное страдание само по себе повышает порог гневной реакции, а гнев ослабляет страдание. Иногда человек испытывает сильную злость к умершему**. Например, молодая женщина, муж которой погиб в шахте, через несколько дней после похорон почувствовала сильную обиду и злость на мужа за то, что он оставил их (ее и ребенка). Она обвиняла его в том, что он не поменял работу, поэтому погиб. Злость смешивалась с отчаянием, ей хотелось ломать, крушить вещи, рвать на себе одежду, в буквальном смысле биться головой о стену от бессильной ярости при мысли, что ничего нельзя изменить, повернуть вспять. Злость также свидетельствует о глубине полученной психологической травмы***.

Следующая стадия горя — стадия **поиска** — характеризуется стремлением вернуть умершего и отрицанием безвозвратности утраты. Человеку, понесшему утрату, часто

* См.: Изард К. Е. Эмоции человека. С. 260.

** Это может быть обусловлено резкой фрустрацией: невозможностью осуществления планов, желаний, связанных с умершим. Гнев у взрослого человека в ситуации утраты возникает и вследствие психологической регрессии: например, маленькие дети всегда бурно протестуют против даже кратковременного отделения от матери и могут выражать гнев, когда она возвращается. Дж. Боулби (см. у К. Е. Изарда, с. 270) считал, что реакция протеста связана главным образом со страхом одиночества, поскольку одиночество, как естественный ключевой стимул возрастающей опасности, часто вызывает страх.

*** Если смерть человека была внезапной, насильственной или создала очень серьезные последствия для близких, тогда реакция горя отягощается травматическим кризисом.

кажется, что он видит умершего в толпе на улице, слышит его шаги в соседней комнате и т. п. Поскольку большинство людей, даже испытывая очень глубокое горе, сохраняют связь с реальностью, подобные иллюзии могут пугать, вызывать мысли о сумасшествии. С другой стороны, сильна вера в чудо, не исчезает надежда каким-то образом вернуть умершего, и скорбящий «встречает» его или ведет себя так, как будто бы тот вот-вот появится.

Переход от стадии **шока** к стадии **поиска** постепенный; особенности состояния и поведения, характерные для этой стадии, можно заметить на 5-12-й день после известия о смерти. Некоторые последствия шока могут проявляться еще довольно долго.

Третья стадия — стадия **острого горя** — длится до 6—7 недель с момента утраты. Сохраняются и поначалу могут усиливаться физические симптомы: затрудненное дыхание, мышечная слабость, физическая усталость даже при отсутствии реальной активности, повышенная истощаемость, ощущение пустоты в желудке, стеснения в груди, кома в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна.

В течение этого периода человек испытывает сильнейшую душевную боль. Характерны тягостные чувства и мысли: ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяния, чувства оставленности, одиночества, злости, вины, страха и тревоги, беспомощности. Человек, переживающий утрату, поглощен образом умершего, идеализирует его. Переживание горя составляет основное содержание всей его активности. Горе влияет на отношения с окружающи-

ми. Они раздражают скорбящего, он стремится уединиться. Например, женщина, сын которой погиб, испытывала злость на второго сына за то, что тот «живет нормальной жизнью», и сама пугалась силы этой злости, винила себя, не понимая своего состояния.

Стадию острого горя считают критической в отношении дальнейшего переживания горя. Человек постепенно «уходит» от умершего и с болью переживает действительное отдаление его образа. Разрыв старой связи с умершим и создание образа памяти, образа прошлого и связи с ним — основное содержание «работы горя» в этот период.

Через 3—4 месяца начинается цикл «хороших и плохих» дней. Повышается раздражительность и снижается фрустрационная толерантность. Возможны проявления вербальной и физической агрессии, рост соматических проблем, особенно простудного и инфекционного характера, из-за подавленности иммунной системы.

С наступлением шестимесячного срока начинается депрессия. Особенно тягостны праздники, дни рождения, годовщины («Новый год впервые без него», «весна впервые без него», «день рождения») или события повседневной жизни («обидели, некому пожаловаться», «на его имя пришло письмо»).

Четвертая стадия горя — стадия **восстановления** — длится примерно год. В этот период восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность. Человек постепенно примиряется с фактом утраты. Он по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже приобретают характер отдельных приступов, вначале частых, потом все более редких. Конечно, приступы горя

могут быть очень болезненными. Человек уже живет нормальной жизнью и вдруг вновь возвращается в состояние тоски, скорби, испытывает ощущение бессмысленности своей жизни без ушедшего. Часто такие приступы связаны с праздниками, какими-то памяtnыми событиями, а впрочем, с любыми ситуациями, которые могут ассоциироваться с умершим. Годовщина смерти символически ограничивает период горя. Многие культуры и религии отводят на траур именно один год, ведь за год мы проходим определенный жизненный цикл, маркерами которого служат традиционные даты и события.

Итак, приблизительно через год наступает последняя стадия переживания горя — *завершающая*. Боль становится терпимей, и человек, переживший утрату близкого, понемногу возвращается к прежней жизни. В этот период происходит «эмоциональное прощание» с умершим, осознание того, что нет необходимости наполнять болью утраты всю жизнь. Из словарного запаса исчезают слова «тяжелая утрата» и «горе». Жизнь берет свое. Завершение переживания горя могут затруднять некоторые культурные нормы и личные убеждения (например, убеждение женщины, муж которой погиб на войне, что она должна хранить ему верность и горевать о нем до конца своих дней). Создать в памяти образ ушедшего из жизни, найти для него смысл и постоянное место в потоке жизни — вот основная цель психологической работы на данной стадии. И тогда человек, понесший утрату, сможет любить тех, кто живет рядом с ним, создавать новые смыслы, не отвергая тех, что были связаны с умершим: они останутся в прошлом.

ТИПИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГОРЯ

Необходимо уметь различать «нормальное» и патологическое горе, поскольку горе — это естественный процесс и человек в большинстве случаев переживает его без профессиональной помощи. Хотя потери и являются неотъемлемой частью жизни, тяжелые утраты нарушают личные границы и разрушают иллюзии контроля и безопасности. Поэтому процесс переживания горя может трансформироваться в развитие болезни: человек как бы «застывает» на определенной стадии горя. Чаще всего такие остановки происходят на стадии *острого горя*. Усиливаются и сохраняются в течение длительного времени симптомы, характерные для этого периода, их комплекс соответствует посттравматическому стрессовому расстройству либо другому тревожному расстройству*.

Возможные причины такой остановки:

- внезапная смерть или насильственная, трагическая гибель близкого;
- самоубийство;
- конфликты с человеком непосредственно перед его смертью, непрощенные обиды;
- причиненные ему огорчения;
- трагические ситуации неопределенности (когда близкий исчез, без вести пропал, не похоронен);
- умерший играл исключительную роль в жизни скорбящего, был для него целью и смыслом жизни,

* См.: Barlow D. H. *Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press, 1988. Ch. 13. P. 530 (*Grief Reactions*).

при этом отношения с другими людьми отличались конфликтностью либо отсутствовали;

- страх перед интенсивными переживаниями, которые кажутся неконтролируемыми и бесконечными; неверие в свою способность преодолеть их.

Симптомы, часто встречающиеся при естественном переживании горя, таковы:

1. Нарушения сна.
2. Потеря или увеличение веса.
3. Другие соматические симптомы; возможно кратковременное проявление тех симптомов, от которых умер близкий человек.
4. Чувство усталости.
5. Ухудшение концентрации внимания.
6. Раздражительность.
7. Подавленность.
8. Потеря интереса к новостям, работе, друзьям, религии и т. д.
9. Отдаление от близких людей, самоизоляция.
10. Агрессивные чувства по отношению к окружающим.
11. Чувство вины.
12. Суицидальные мысли.
13. Иллюзии, ощущение присутствия умершего.

НЕТИПИЧНЫЕ (ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ) СИМПТОМЫ ГОРЯ

1. Задержка реакции на смерть любимого человека («анестезия чувств»: неспособность эмоционально реагировать на происшедшее в течение длительного пери-

ода времени — более двух недель с момента известия о смерти).

2. Затянувшееся интенсивное переживание горя (несколько лет).
3. Глубокая депрессия, сопровождаемая бессонницей, чувством никчемности, напряжением, самобичеванием.
4. Появление болезней психосоматического характера, таких как язвенный колит, ревматический артрит, астма.
5. Развитие телесных симптомов, от которых страдал умерший.
6. Сверхактивность: резкий уход в работу или другую деятельность.
7. Неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, зачастую сопровождаемая угрозами.
8. Резкое и радикальное изменение стиля жизни.
9. Устойчивая нехватка инициативы или побуждений; неподвижность.
10. Изменение отношения к друзьям и родственникам, прогрессирующая самоизоляция.
11. Суицидальные намерения, план, разговоры о самоубийстве, воссоединении с умершим.

Другие, не отмеченные выше симптомы, характерные для посттравматического стрессового расстройства.

ПРЕДВОСХИЩАЮЩИЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

До сих пор речь шла в первую очередь о реакции на смерть близкого. Однако реакции горя — это также один из видов реакций на разлуку. Возможны самые настоящие реакции горя у клиентов, перенесших не смерть

близкого, а лишь разлуку с ним, связанную, например, с призывом сына, брата в армию. Линдерман назвал его синдромом предвосхищающего горя. Он описывал, как одна клиентка была так сосредоточена на том, как она будет переживать смерть сына, если его убьют, что прошла через все стадии горя — депрессию, поглощенность образом сына, перебор всех форм смерти, которая могла постигнуть его, предвосхищение всех способов приспособления, которые оказались бы необходимыми в случае смерти. Хотя такого рода реакции могут хорошо предохранить человека от удара неожиданного известия о смерти, они могут стать помехой восстановлению отношений с вернувшимся человеком. Линдерман ссылается на случаи из своей практики, когда солдаты, возвратившиеся с фронта, жаловались, что жены больше их не любят и требуют немедленного развода. В такой ситуации предвосхищающая работа горя, очевидно, продлевается так эффективно, что женщина внутренне освобождается от мужа. Это очень важно знать, чтобы, приняв профилактические меры, избежать многих семейных несчастий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ГОРЯ

Помощь человеку, понесшему утрату, в большинстве случаев не предполагает профессионального вмешательства. Достаточно информировать близких, как вести себя с ним, каких ошибок не совершать. Зачастую помочь мешают всевозможные предрассудки и заблуждения, на-

пример, бытует мнение, что не следует с горящим говорить об умершем: «беречь душу». На самом деле, это делать необходимо, но говорить могут друзья, близкие люди, в соответствующей обстановке, а не дальние знакомые, случайно встретившиеся на улице.

Если же в окружении человека отсутствуют люди, с которыми он может разделить свое горе*, необходима помощь добровольного консультанта экстренной психологической помощи либо психолога, психотерапевта. В результате предотвращается опасность развития посттравматического стрессового расстройства и других заболеваний.

Формы горя:

- нормальное;
- патологическое;
- хроническое горе (характеризуется длительным застреванием во 2-й фазе);
- задержанное горе (вернувшееся через некоторое время);
- неожиданное горе;
- конфликтное горе;
- избегаемое горе;
- замаскированное горе.

Комплексы симптомов горя:

- эмоциональный комплекс — печаль, гнев, тревога, беспомощность, безразличие;
- Родные и близкие, также поглощенные горем, часто не могут выполнять этой функции, поскольку сами переживают кризисное состояние.

- когнитивный комплекс — навязчивые мысли, неверие, ощущение присутствия;
- поведенческий комплекс — нарушения сна, бессмысленное поведение, избегание вещей и мест, связанных с умершим, фетишизм, сверхактивность, уход от социальных контактов, потеря интересов;
- возможны комплексы физических ощущений и алкоголизация как поиск комфорта.

БОЛЕЗНЕННЫЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Нормальный процесс скорби иногда перерастает в хроническое кризисное состояние, которое называется патологической скорбью. По мнению Фрейда, скорбь становится патологической, когда «работа скорби» неудачна или не завершена. Болезненные реакции горя являются искажениями нормального горя. Трансформируясь в нормальные реакции, они находят свое разрешение. Выделяется несколько типов патологической скорби.

А. Отсрочка реакции или «блокирование» эмоций во избежание интенсификации процесса скорби. Если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Иногда эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда клиентов, недавно перенесших тяжелую утрату, охватывает горе о людях, умерших много лет назад. 38-летняя женщина, у которой только что умерла мать и которая очень болезненно отреагировала на

эту утрату, как оказалось, лишь в небольшой степени была сосредоточена на смерти матери, она была поглощена мучительными фантазиями, связанными со смертью ее брата, трагически погибшего двадцать лет назад.

Б. Искаженные реакции. Отсроченные реакции могут начаться после паузы, во время которой не отмечается никакого аномального поведения или страдания, но в которой имеют место определенные изменения поведения клиента, однако обычно не столь серьезные, чтобы служить поводом для обращения за помощью. Эти изменения могут рассматриваться как поверхностные проявления неразрешившейся реакции горя. Можно выделить следующие виды таких изменений:

1) *повышенная активность без чувства утраты*, а скорее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни; предпринимаемая клиентом деятельность носит экспансивный и авантюрный характер, приближаясь по виду к занятиям, которым в свое время посвящал себя умерший;

2) *появление у клиента симптомов последнего заболевания умершего* (например, через две недели после смерти отца, последовавшей от болезни сердца, у клиента были обнаружены изменения кардиограммы, наблюдавшиеся в течение трех недель). От формирования симптомов посредством идентификации, которые могут рассматриваться как результат истерической конверсии, необходимо отличать другой тип расстройств, а именно

3) *психосоматические нарушения*, к которым относятся в первую очередь язвенные колиты, ревматические артриты и астму;

4) **изменения в отношениях к друзьям и родственникам;** клиент раздражен, не желает, чтобы его беспокоили, избегает прежнего общения, опасается, что может вызвать враждебность своих друзей своим критическим отношением и утратой интереса к ним; развивается социальная изоляция, и клиенту, чтобы восстановить свои социальные отношения, нужна серьезная поддержка. Хотя враждебность клиента распространяется на все отношения, может также иметь место

5) особенно **яростная враждебность против определенных лиц.** Такие клиенты, несмотря на то, что они много говорят о своих подозрениях и резко выражают свои чувства, в отличие от параноидных субъектов, почти никогда не предпринимают никаких действий против обвиняемых;

6) многие клиенты, сознавая, что развившееся у них после утраты близкого чувство враждебности совершенно бессмысленно и очень портит их характер, усиленно борются против этого чувства и скрывают его, насколько возможно. У некоторых из них, сумевших скрыть враждебность, чувства становятся как бы «одеревеневшими», а поведение — формальным, что напоминает **картину шизофрении;**

7) с этой картиной тесно связана **дальнейшая утрата форм социальной активности.** Клиент не может решиться на какую-нибудь деятельность, страстно стремясь к активности, он так и не начнет ничего делать, если кто-нибудь не подстегнет его. Утрачена решительность и инициатива, доступна только совместная деятельность, один он действовать не может. Ничто, как ему кажется, не сулит награды, делаются только обычные повседневные дела, причем шаб-

лонно и буквально по шагам, каждый из которых требует от человека больших усилий и лишен для него какого бы то ни было интереса;

8) **чрезмерно острое чувство вины,** сопровождаемое потребностью наказывать себя. Иногда такое наказание реализуется посредством самоубийства;

9) бывает также, что клиент активен, однако большинство его действий наносит **ущерб его собственному экономическому и социальному положению.** Он с неуместной щедростью раздаривает свое имущество, легко пускается в необдуманные финансовые авантюры, совершает серию глупостей и оказывается в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Это растянутое самонаказание, по-видимому, не связано с осознанием какого-либо особого чувства вины;

10) это в конце концов приводит к такой реакции горя, которая принимает форму **ажитированной депрессии** с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании. Такие клиенты могут совершать попытки самоубийства. Но даже если они не суицидоопасны, им может быть присуще сильное стремление к болезненным переживаниям;

11) **трансформация скорби в идентификацию с умершим человеком.** В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем;

12) **растягивание процесса скорби во времени** с обострениями, например, в дни годовщин смерти.

ПРОГНОЗ

В известных пределах тип и острота реакции горя могут быть предсказаны. У клиентов, склонных к навязчивым состояниям или страдавших ранее от депрессии, вероятнее всего, разовьется ажитированная депрессия. Острой реакции следует ждать у матери, потерявшей маленького ребенка. Большое значение для протекания реакции горя имеет интенсивность общения с умершим перед смертью. Причем такое общение не обязательно должно основываться на привязанности; смерть человека, который вызывал сильную враждебность, особенно враждебность, не находившую себе выхода вследствие его положения или требований лояльности, может вызывать острую реакцию горя, в которой враждебные импульсы наиболее заметны. Нередко, если умирает человек, игравший ключевую роль в некоторой социальной системе, его смерть ведет к дезинтеграции этой системы и к резким изменениям в жизни и социальном положении ее членов. В этих случаях приспособление представляет собой очень трудную задачу.

Профессиональная задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту по-настоящему пережить утрату, совершить работу горя, а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Имеется в виду очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Психотерапевт способен доставить облегчение, однако

его вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо.

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

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

2. *Не следует* останавливать клиента, когда он начинает плакать. Слезы, как сейчас известно, содержат анестезирующие вещества, действие которых сходно с действием морфина. Так что рыдания — это, скорее, физиологическая реакция организма, смягчающего душевную боль. (Замечательно при этом то, что организм одинаково реагирует на физическую и душевную боль — слезами.)

3. В случае, если клиент потерял кого-то из близких, *следует* постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного (покойную), и попросить их говорить о нем (о ней) в присутствии клиента. В период утраты страдание облегчается присутствием родственников, друзей, причем существенна не их действенная помощь, а легкая доступность в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует перегружать опекой — большое горе преодолевается только со временем. Горюющему человеку

нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели.

4. *Следует* предпочесть частые и короткие встречи с клиентом редким и длительным посещениям. Роль слушателя может выполнять психолог, психотерапевт. Находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему — главное, что можно сделать. Чем больше психолог сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего человека. Замешательство и формальные фразы лишь создают неудобное положение. Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Другая очень важная задача психотерапевта — помочь близким понесшего утрату человека правильно реагировать на его скорбь.

5. *Следует* учесть возможное наличие у клиента замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после смерти любимого человека и может характеризоваться изменениями в поведении, ажитацией, лабильностью настроения и злоупотреблением психоактивными веществами. Эти реакции могут проявляться также в годовщину смерти (так называемая реакция годовщины).

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

7. *Следует* учитывать, что клиент, близкий родственник которого покончил жизнь самоубийством, может от-

казаться говорить о своих чувствах, опасаясь, что это каким-то образом его скомпрометирует.

8. В процессе скорби нередко наступает озлобленность. Понесший утрату человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Вдова может обвинить умершего мужа за то, что он оставил ее, или бога, который не внял ее молитвам. Обвиняются врачи и другие люди, которые были способны реально или только в воображении страдальцы не допустить создавшейся ситуации. Речь идет о настоящей злости. Если она остается, то подпитывает депрессию. Поэтому психолог *должен не* дискутировать с клиентом и не корректировать его злобу, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

9. Типичное проявление скорби — тоска по умершему. Человек, переживший утрату, хочет вернуть утраченное. Обычно это иррациональное желание недостаточно осознается, что делает его еще глубже. Навязчивые мысли и фантазии об умершем постоянно лезут в голову. Его лицо видится в толпе; пропадает интерес к событиям, которые прежде казались важными, к своей внешности. Места и ситуации, связанные с умершим, приобретают особую значимость. Психологу *следует* разобраться в символической природе тоски. Поиск умершего не бесцелен — он явно направлен на воссоздание утраченного человека. *Не надо* противиться символическим усилиям скорбящего, поскольку таким образом он старается преодолеть утрату. С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего.

10. Во время траура происходит значительное изменение идентичности, например, резко меняется самооценка осуществления супружеской роли. Поэтому важная составляющая «работы скорби» заключается в обучении новому взгляду на себя, поиску новой идентичности, психолог *должен* уделить этому моменту особое внимание.

11. В разные периоды жизни люди испытывают амбивалентные чувства друг к другу. После смерти близкого человека прежняя амбивалентность является источником чувства вины. «Работа скорби» обуславливает возврат к отношениям, которые прервала смерть. Предпринимается попытка понять их значение в перспективе времени. Понесший утрату постоянно задает себе вопросы: «Все ли я сделал для умершего?», «Достаточно ли уделял ему внимания?» Вспоминаются случаи несправедливого отношения к умершему, и страдающий человек говорит себе, что повел бы себя совершенно иначе, будь возможность все вернуть. Психолог *должен* с пониманием воспринимать эти сложные переживания как неизбежное изживание скорби.

12. В трауре очень существенны ритуалы. Они нужны скорбящему как воздух и вода. Психологически крайне важно иметь публичный и санкционированный способ выражения сложных и глубоких чувств скорби. Ритуалы необходимы живым, а не умершим, и они не могут быть упрощены до потери своего назначения. Если по какой-либо причине не были совершены некие ритуалы, психолог *может* порекомендовать их совершить.

ЭТАПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Помощь на стадии шока

Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек всегда вправе не принять руку, так же как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Помощь на стадии острого горя

Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он / она был похож?», «Можно ли увидеть его / ее фотографии?», «Что он / она любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем / ней?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.

Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говоря, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда он возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное — создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали

до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, — только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, демонстрировать особый статус страдающего человека.

Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

Помощь на стадии восстановления

Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет горящему «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях.

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер* либо велик риск того, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь

* О помощи близким людям человека, совершившего суицид, см.: Гролман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Составитель А. Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С. 325-338.

может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

Проблемы, разрешаемые в процессе консультирования, очень индивидуальны. Некоторые люди просто не понимают, что с ними происходит; в этом случае даже простые объяснения психологии горя могут помочь уменьшить страх и напряжение. Человек может отрицать переживание им горя, поскольку считает, что это показывает его слабость. Пациенты, обратившиеся за помощью в период острой стадии, требуют от психолога спасения, что может стать своего рода западней для профессионала, который в такой ситуации просто обречен испытывать чувство вины. Обычно на острой стадии горя человек жаждет, прежде всего, облегчения страданий, так как боль утраты и другие переживания могут быть невыносимыми. Парадокс состоит в том, что в этот период психолог должен помогать в переживании боли, необходимом для заживления травмы, а не избегать или отрицать ее, что делает кризисную помощь очень сложной проблемой, в том числе и для консультанта, поскольку он может оказаться мишенью для выражения агрессии со стороны пациента.

Количество сессий консультирования можно установить только тогда, когда речь идет о решении конкретной проблемы (например, вновь выйти на работу или начать навещать могилу умершего), а в большинстве случаев консультирование продолжается до тех пор, пока пациент нуждается в сопровождающей помощи. По различным данным, большинство пациентов, консультирующихся в связи с утратой, проходят от четырех до десяти сессий в течение одного или двух лет после события. Довольно

распространены и однократные обращения, в основном за разъяснениями и информацией.

Характер и темп продвижения от начала консультирования к переломному моменту и завершению также трудно определить, так как они зависят от множества индивидуальных факторов, например, особенностей личности пациента, обстоятельств утраты и т. д. Ранние сессии обычно фокусируются на переживаниях острой боли от потери, утраты контроля над своей жизнью, отсутствии ее смысла. Консультант обеспечивает необходимую эмоциональную поддержку, способствует выражению чувств, прежде всего — высвобождению боли. В качестве основного метода используется *безоценочное слушание*. Поддерживается стремление горюющего каждый раз заново говорить о предмете боли, таким же образом инструктируется и его окружение. Консультант также может давать рекомендации о режиме сна, питания и других деталях образа жизни, советовать обратиться к врачу для медицинского обследования и лечения.

Где-то в середине пути консультант сталкивается с феноменом «всплывания» у пациента интенсивных переживаний, возвращения острой боли и других тяжелых чувств. Однако темы консультирования изменяются. Ключевыми становятся проблемы идентичности, изменения ролей, необходимость воссоздания после утраты своего «Я». Пациент может присоединиться к поддерживающей группе, где встретит таких же людей, потерявших близкого человека. Для переживающего горе в этот период важна и физическая активность. Одним из основных психологических методов помощи может быть *когнитивная терапия*.

Задачей завершающих сессий является помощь в возвращении и воссоздании жизненных смыслов. Пережитое интегрируется и претворяется в мотивацию и энергию для жизненных выборов и решений. Консультант помогает намечать цели, строить новые планы; они вместе обсуждают достижения пациента. Возможно, ему необходимо будет помочь освоить новые поведенческие навыки или восстановить старые, например, знакомиться и поддерживать знакомства, изменить образ жизни. Важно осмыслить, что все это делается не для того, чтобы «заменить» утраченное: восстановление не означает забвения. На самом деле, работа горя вряд ли может быть когда-нибудь полностью завершена.

ПЕРЕЖИВАНИЕ УТРАТЫ ПРИ РАЗВОДЕ

Утрата близкого человека случается не только при его смерти. Развод представляет собой аналогичную ситуацию и порождает схожую динамику переживаний. Развод — это смерть отношений, вызывающая самые разнообразные, но почти всегда болезненные чувства.

Для описания развода Фройланд воспользовался классификацией Кюблер-Росс.

1. *Стадия отрицания*. Первоначально реальность происшедшего отрицается. Обычно человек затрачивает на близкие отношения много времени, энергии и чувств, поэтому сразу смириться с разводом трудно. На этой стадии ситуация развода воспринимается с выраженной защитой, посредством механизма рационализации обесцениваются брачные отношения: «Ничего такого не случилось», «Все хорошо», «Наконец пришло освобождение» и т. п.

2. **Стадия озлобленности.** На этой стадии от душевной боли защищаются озлобленностью по отношению к партнеру. Нередко манипулируют детьми, пытаются привлечь их на свою сторону.

3. **Стадия переговоров.** Третья стадия самая сложная. Предпринимаются попытки восстановить брак, и используется множество манипуляций по отношению друг к другу, включая сексуальные отношения, угрозу беременности или беременность. Иногда прибегают к давлению на партнера при помощи окружающих.

4. **Стадия депрессии.** Угнетенное настроение наступают, когда отрицание, агрессивность и переговоры не приносят никаких результатов. Человек чувствует себя неудачником, снижается уровень самооценки, он начинает сторониться других людей, не доверять им. Нередко испытанное во время развода чувство отвержения и депрессия довольно долгое время мешают заводить новые интимные отношения.

5. **Стадия адаптации.** Когда психотерапевт встречается с разведенным клиентом во время одной из выше-названных стадий, его цель — помочь клиенту «перейти» в стадию приспособления к изменившимся условиям жизни. В тех случаях, когда после развода остается неполная семья, детям тоже нужна поддержка в адаптации к новой ситуации. Такую поддержку может оказать как оставшийся с ними родитель, так и психотерапевт, помогающий матери или отцу преодолеть кризис.

Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк — от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без

супруга (мужа или жены) и преодолевать одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений — приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность. Роль психотерапевта в этих обстоятельствах может оказаться довольно значительной. Он должен помочь отделить одиночество от уединенности, открыто анализировать отношение к сексу и т. п.

Иногда важным этапом переживания является рассказ о случившемся, называние вещей своими именами: не «мы поссорились», а «мы расстались» или «он меня оставил». Как ни странно на первый взгляд, многие клиенты испытывают облегчение, признавая: «Этого не будет больше никогда», — совершенно душевное действие, нет больше мучительной неопределенности, нет поминутного крушения несбыточных надежд: «А вдруг это он звонит?» Совершается то, что на языке гештальт-терапии называется «закрытием Гештальта». Содержанием первой стадии переживания утраты является осознание: «Да, это свершилось». Затем встает вопрос: «Как же я теперь?» Постепенно происходит осознание всей совокупности изменений жизни, вызванных утратой, осознание потребностей, фрустрированных вследствие утраты, завершение внезапно оборванных отношений. Люди, находящиеся на этой стадии переживания утраты, часто в разговорах с окружающими воспроизводят фрагменты незавершенных разговоров с ушедшим, выяснения отношений. Достаточно часто на сеансе приходится задавать вопрос: «Кому предназначены эти слова?» Выражение накопившихся чувств, переживаний, высказывание упреков, жалоб, просьб постепенно приводит к осознанию

того, какое место в жизни занимали утраченные отношения, что связывало людей, подготавливает прощание.

Если утрата каких-то отношений означает прежде всего фрустрацию вполне определенной потребности, то появляется возможность удовлетворения этой потребности каким-либо другим путем. Например, достаточно часто женщины тяжело переживают первый развод или разрыв отношений с первым мужчиной. Обычно в таком случае можно встретить неосознанную установку на то, что этот мужчина — единственный, данный судьбой. Такое убеждение делает прощание очень болезненным, длительным процессом. Нередки случаи, что и через много лет после развода, после второго и третьего брака, первый муж все еще «ОН» — единственный, хотя и потерянный мужчина, а все остальные — лишь более или менее удачные его заместители. В процессе психотерапии постепенно происходит осознание того, что другие существа мужского пола тоже мужчины, что женская судьба клиентки небезнадёжна, она учится замечать и принимать внимание мужчин. Расстаться с одним из мужчин значительно легче, чем с единственным.

Признаки «зависания» переживания на стадии осознания последствий таковы: длительные внутренние разговоры с ушедшим, отсутствие новых идей и эмоций в этих разговорах, движение по кругу, в рассказе о ситуации человек уходит из контакта с собеседником, переживает по ходу рассказа те эмоции, о которых говорит, стремится рассказать прежде всего о партнере, умалчивая о себе, о своих чувствах. «Так что же потеряно?» — ответ на этот вопрос иногда требует длительной, кропотливой психотерапевтической работы, но именно многогранное осознание по-

требностей, фрустрированных в результате утраты, нахождение новых способов их удовлетворения дает возможность *«простить и проститься»*. Иногда прощание и прощение происходят быстро и бурно, иногда медленно и незаметно — просто вдруг уходит тягостное чувство. Скорбь, отчаяние, обида сменяются печалью, а то и радостью, что, оказывается, можно жить дальше. Прерывание работы горя, стагнация переживания утраты порождает тоску. Желания или намерения простить бывает недостаточно, нужны силы. Человеку бывает очень сложно отпустить свою обиду, свое несчастье, у него возникает ощущение большого риска. Простить — это значит остаться без возможности упрекнуть, предъявить счет, получить некое возмещение. Обида тоже может давать своеобразную защиту. Возникает замкнутый круг: страх мешает отпустить иллюзорную поддержку, иллюзиями потребность удовлетворить не удается, длительная фрустрация истощает силы, усиливает страх. Работа с психологом, в психотерапевтической группе является шансом получить ту поддержку, которая поможет справиться с силами и сделать первые шаги без цеплянья за прошлое, в контакте «здесь и теперь».

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 1

Прочтите отрывок из записи первой встречи с пациенткой, перенесшей утрату (интервью 1).

- Предположите, какой условно выделенной фазе горя соответствуют переживания.

- Есть ли признаки депрессии?
- Каковы физические симптомы?
- Есть ли признаки возможного развития патологической реакции горя?

Выполняя это задание, не забывайте, что такое «препарирование» тяжелых чувств страдающего человека может быть оправдано только профессиональной необходимостью научиться их понимать и выстраивать стратегию помощи.

Интервью 1 (отрывок из записи первой встречи)

Пациентка (женщина 26 лет) (П):* Я понимаю, что вы не можете мне ничем помочь, пришла я к вам только из-за ребенка. Может быть, посоветуете, как вести себя... У меня муж погиб (пауза, сдерживает рыдания)... недавно.

Консультант (К): Ужасно... Какой ужас вы переживаете... Я постараюсь помочь, чем смогу (пауза). Как же это случилось?

(П): Они перевернулись. Ехали вместе с братом. У брата ни одной царапины... Муж был за рулем. Сразу за постом ГАИ. И скорость была маленькая. Никто не понял, что произошло. Перелом шеи. Выехал трейлер, он хотел в сторону... перевернулась машина. Он сразу умер. Потом привезли тело... не сразу. Погиб возле Пскова, в России. Пока оформляли все. Только через три дня. Я не верила, не верила, пока не увижу. Детей отвезли к бабушке. Они не были дома, когда хоронили. Я не могла сыну сказать. Просила всех, соседей, родственников, чтобы не говорили. Привезли их домой, детей. Здесь все убрали, никаких следов нет. Он знал, что папа уехал. И ждет его, ко дню рождения подарок он обещал ему привезти... Извините... (сдерживаемые рыдания).

* Все имена и другие фактические сведения, связанные с конкретной ситуацией, изменены.

(К): Пожалуйста, не сдерживайте себя, плачьте... не нужно сдерживаться (пауза),

^ . • (плачет)...

(К): Когда погиб ваш муж?

(П): Сегодня двенадцатый день. А ребенок вышел во двор, дети ему говорят: «Твой папа умер, его хоронили!» Это дети. Значит, из взрослых никто не подумал сказать, чтоб не трогали его. Он прибежал: «Мама, дети говорят, что папу нашего хоронили! Он же с дядей Олегом уехал, мама!» Я говорю: «Да, сынок. Дети ошиблись. Это был другой дядя». Дима когда уезжал, сын каждый день его ждал. Он был таким отцом - идеальным. Его все любили: свои, чужие дети. Он мог с детьми возиться день и ночь..., говорил: «У нас будет трое». Мне говорили: «Как тебе повезло!» (пауза). Я сыну ни за что не скажу, что его нет. Я не могу его видеть, я не могу себя сдерживать. А он уже на улицу не идет. Он говорит: «Мама, почему ты плачешь?», дергает меня, постоянно что-то просит.

(К): Наверное, он догадывается, что в доме беда случилась. Скрыть же невозможно свое состояние. Тем более, ему сказали дети. И он не знает, кому верить. Сколько ему лет: пять, больше?

(П): Будет шесть в мае.

(К): Он не знает, что делать, как и вы. Вам сейчас очень тяжело. И ему тоже очень плохо. Это самое тяжелое время. Может быть, вам будет легче, если вы будете вместе плакать, сейчас вы одна и сын один. Кто-нибудь еще есть дома, кроме вас, кто мог бы с ним поговорить?

(П): Сестра моя у нас ночует, днем она учится. Но она еще сама ребенок. А дочке два года. Она ничего не понимает. Хочет играть. Все время капризничает. А я не могу их видеть. Я никого и ничего не хочу. Я не хочу никого, кроме Димы, как вы не понимаете! Я не могу вместе с сыном плакать, я сойду с ума. Опять отвезти их к маме?

(К): Если вы отвезете, останетесь одна? Вряд ли так будет лучше. Вы физически как себя чувствуете?

(П): Не знаю. Я ничего не чувствую, кроме боли... Я не сплю. Но я не хочу никаких лекарств. Я не больная! У меня столько злости! Я ненавижу всех. Я ненавижу Бога, если он есть. Так не могло случиться. Почему живут негодяи, а Дима погиб? Нет никакого Бога. За что ребенку такое? Он никогда никому не сделал ничего плохого. Он был... просто... Все к нему шли, он ни одному человеку не отказал в помощи. И сейчас он поехал из-за брата, машину ему перегнать. Они все пользовались....

(П): Наверное, у него было много друзей....

(К): У него друзья и школьные, и институтские, и братья двоюродные, и соседи... Он всегда среди людей... (далее рассказ о муже).

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 2

На основе своих выводов по заданию 1 постройте стратегию дальнейшей беседы (попытайтесь определить цели беседы, если бы вы были консультантом в данной ситуации).

- Если вам нужна дополнительная информация о случившемся или состоянии пациентки, сформулируйте вопросы.
- Какого рода помощь, на ваш взгляд, необходима пациентке?
- Как можно помочь ее детям?*

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 3

Прочтите следующий отрывок записи первой встречи (интервью 2) и определите состояние пациентки. Для этого составьте опи-

* См. о помощи детям, переживающим горе, статью «Работа с детьми и подростками, лишившимися близких» (авторы — У. Фориндер, Л. Попельфельдт) в кн. «Кризисные события и психологические проблемы человека» под ред. Л. А. Пергаменщика (Минск: НИО, 1997. С. 170-182), а также статью этих же авторов «Дети и горе» (Психалопия 1998. № 1).

сание физических симптомов, чувств, поведения. Сделайте окончательный вывод после сравнения симптомов патологического и естественного переживания горя.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 4

- Продумайте и опишите стратегию помощи.
- Если для этого необходима дополнительная информация о пациентке, сформулируйте, что следует узнать.
- Что необходимо сделать в первую очередь?

Интервью 2 (отрывок из записи первой встречи)

(П): Долго не могла я... к вам прийти. Но поняла, что дальше так жить не смогу. Время идет, а мне все хуже и хуже. Может быть, есть какие-то приемы, гипноз, чтобы не думать, не вспоминать?

(К): У вас случилось несчастье?

(П): Да, никому такого не пожелаю. Сын у меня погиб. А было ему всего двадцать семь лет. А мне уже пятьдесят. И я живу. У меня язву нашли осенью, я даже обрадовалась, может, умру скорее. И муж живет, хоть и всю жизнь пил. Ничего с ним не делается. Ох, не слушайте меня. Я никому не желаю смерти. Сама не знаю, что говорю. Такие мысли в голову приходят, что страшно. Страшно жить и страшно умирать. А хочется. Даже и не знаю, зачем я живу. Сын был моей болью, но ради него я жила. ...Может, я отнимаю у вас время и не надо об этом говорить?

ДО; Что вы! Надо говорить, обязательно! Вы с кем-нибудь говорили?

(П): Ох, говорила... и не говорила. Я вам скажу, что люди, конечно, мне сочувствуют. Но они уже устали, знаете, кому это приятно? А на работе я ничего не говорю. Родные, даже мама моя, никто не понимает. Мой сын... он пил... сильно пил. Сколько мы с ним пережили... А последние два года он и дома не жил. Не то чтобы мы его не пускали,

но ключей не давали. «Приходи, когда кто-то дома, а так, сынок, извини, я не могу тебя одного дома оставить» ...столько всего пропало. Он вещи начал из дома выносить, пропивал... из-за этого. Это, может, и не он брал, а его друзья, никому не мог он отказать. Ну и перестал он домой приходить. То появлялся, а потом отец его выгнал. Мой муж закодировался, десять лет прошло, но сын ему так и не простил, как в детстве над ним издевался. Он был мальчик хороший, тихий, как девочка, до семнадцати лет ничего в рот не брал и не курил.

(Пауза).

(К): к когда он погиб?

(П): В феврале прошлого года*. Перед Новым годом мне приснился сон, что он из какой-то ямы зовет меня: «Мама, мама!» И я подумала, что с ним неладно. Я и до того все эти два года не спала, ночью ходила, все слушала, казалось, он в подъезде, стоит перед дверью, а позвонить боится. Он очень ласковый, добрый мальчик был. И меня всегда боялся побеспокоить. И он вдруг пришел через день после этого сна, весь грязный, оборванный, трясется от холода, ноги распухшие. (Далее пациентка рассказывает, как сын стал жить дома, она устроила его на работу, определила на лечение. Сын погиб в результате дорожного происшествия. Он был в состоянии алкогольного опьянения и внезапно выбежал на дорогу, где его сбил грузовой автомобиль. Следствие установило, что водитель грузовика не виновен. Пациентка подавала повторные иски, она добивается, чтобы водитель, юноша 22 лет, был наказан.)

ДО: Так вы хотите, чтобы его осудили?

(П): Я сделаю все, что смогу, справедливости я добьюсь. Он не должен жить как ни в чем не бывало, когда мой сын в могиле лежит. Я все сделаю для этого. Только бы были силы. Но боюсь, их не хватит. Как бы

* Беседа происходит в апреле, то есть через четырнадцать месяцев после смерти сына.

мне спать, хоть немного? Сколько же может выдержать человек без сна? А если засну, кошмары, мне сын каждый раз снится. И все стоит перед глазами, как он уходил в последний раз. «Мама, не волнуйся, я в порядке. Ты у меня самая лучшая». (Пауза). От него был запах, спиртным, даже когда пошел на лечение. Но я думала, что постепенно... будет ходить, лечение поможет. И не говорила ничего, он обидчивый очень был. Я верила, что судьба это: и сон мой, и то, что он домой вернулся... Он раньше меня не слушал, а в этот раз сказал: «Все, мама, я хочу жить по-человечески, только ты мне помоги». И его убили, когда он стал жить по-человечески! Разве это можно простить, нет, я должна добиться справедливости, не может человек убить и жить как ни в чем не бывало. (Рассказ о хождении по инстанциям, судебных разбирательствах.) .. Дочь мне говорит: «Мама, сколько можно», но она-то и не любила брата, он ей все мешал, ей стыдно было перед подружками. Ей ни до кого нет дела, она для себя живет, эгоистка. А он всю жизнь меня жалел. А когда вернулся перед смертью, так она с ним и не разговаривала. Никому он не нужен был. И я одна, с мужем у нас давно уже... когда пил, то издевался, а как закодировался, ничего знать не хочет, кроме своего здоровья. Если бы не работа, я бы уже с ума сошла. У меня работа ответственная, я за людей отвечаю, и. никто не знает, что я в аду живу...

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Barlow D. H. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: The Guilford Press, 1988. Ch. 13. P. 530 (*Grief Reactions*).

Humphrey G. M., Zimpfer D. G. Counselling for Grief and Bereavement. London: SAGE Publication, 1996.

Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991.

Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Составитель А. Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270-352. (О помощи в состоянии горя см. с. 325-337.)

Изард К. Е. Эмоции человека / Пер. с англ. М.: Изд-во Московского университета, 1980. Гл. 12: Горе, страдание и депрессия. С. 251-289.

Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.

Линдеманн Э. Клиника острого горя / Пер. с англ. // Психология эмоций. М.: Изд-во Московского университета, 1984. С. 212-219.

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2002. 1992.

Пэрри Г. Как справиться с кризисом. Педагогика-пресс 1995.

Стефенсон Дж. М. Случай тяжелой утраты // Перспективы социальной психологии. Пер. с англ. М.: ЭКСМО, 2001. Часть V. Гл.18: Прикладная социальная психология. С. 590-593.

Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. М.: Изд-во Московского университета. 1984. С. 203—211.

Хааз Э. Ритуалы прощания // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1.

Черепанова Е. М. Психологический стресс: помоги себе и ребенку. М., 1997. Глава 4: Психология горя. С. 38-59.

Глава 5 СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФОРМА КРИЗИСНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

РАСПОЗНАВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ

Суицидальное поведение непосредственно связано с психологическим кризисом. Поскольку кризис вызывается депривацией и фрустрацией важнейших потребностей, например, в безопасности, принадлежности, достижении, автономии, понимании, возможность экстремальных последствий очевидна. Психологическая — душевная — боль, феномен, о котором упоминалось в предыдущей главе, вероятно, является общим признаком тяжелых кризисных состояний. Непереносимость душевной боли приводит к стремлению прекратить ее любым путем, и суицид может казаться человеку, находящемуся в кризисном состоянии, единственным способом избавления и разрешения всех проблем.

В этой главе представлена информация о конкретных признаках суицидального поведения* и практические упражнения, выполнение которых поможет вам научиться распознавать суицидальную опасность, приблизиться к пониманию психологического состояния человека, настроенного на самоубийство, и оказывать экстренную психологическую помощь.

* Термин «поведение» в данном случае кроме поведенческих реакций включает физиологические, эмоциональные и когнитивные аспекты психической деятельности.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ

Многолетние исследования особенностей различных групп людей, покушающихся на самоубийство, выявили определенные демографические, медицинские и другие характеристики, связанные с суицидальным поведением. Знание этих факторов необходимо для оценки риска суицидального поведения.

Социально-демографические факторы

1. Пол — мужской (уровень суицидов у мужчин в три-четыре раза выше, чем у женщин, в то время как у женщин примерно в три раза выше уровень суицидальных попыток).

2. Возраст — возрастная группа от 45 до 65 лет (группы высокого риска: подростки и молодые люди обоего пола — от 12 до 24 лет, мужчины 20—30 лет, оба пола старше 50 и особенно старше 60 лет). Суицидальные попытки: максимальное количество для возрастного диапазона 25—29 лет.

3. Семейное положение — никогда не состоявшие в браке, разведенные, вдовы, бездетные и проживающие в одиночестве.

4. Образование и профессиональный статус — безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Профессия или род занятий: военнослужащие срочной службы, врачи — прежде всего психиатры и анестезиологи.

Уровень парасуицидов (аутоагрессивных действий, не приведших к смертельному исходу) выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

Медицинские факторы

1. Психическая патология:

- депрессия, особенно затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольная зависимость;
- зависимость от других психоактивных веществ;
- шизофрения;
- расстройство личности.

2. Соматическая патология — тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание:

- онкологические и заболевания органов кроветворения;
- сердечно-сосудистые (ИБС);
- заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
- врожденные и приобретенные уродства;
- потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие);
- ВИЧ-инфекция;
- состояния после тяжелых операций;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

Биографические факторы

1. Гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола и взрослые мужчины).

2. Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.

3. Суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т. д.).

Следующие вопросы помогут вам точнее определить биографические факторы и их значение: Что случилось тогда? Что удержало тогда от суицидальной попытки? Пытался ли покончить с собой кто-либо из близких, друзей пациента? Есть ли человек, которым он восхищается (является для него примером), жив ли он? Как он умер?

Ряд авторов при оценке риска суицидальной попытки после парасуицида* предлагают учитывать следующие факторы:

Внешние обстоятельства

- насколько суицидент был изолирован во время попытки;
- насколько вероятным было вмешательство в суицидальное поведение со стороны других людей;
- предпринимал ли суицидент предупреждающие меры против возможного раскрытия суицидальных намерений другими людьми;
- писал ли прощальное письмо или записку;
- искал ли помощи во время попытки или после;
- совершал ли финальные действия (которые, по его предположению, должны были привести к смерти).

Внутренние установки

- верил ли суицидент в то, что действительно убьет себя;
- говорил ли он, что хочет умереть;
- насколько предумышленной была попытка;
- какие чувства испытывал, обнаружив, что попытка не удалась (его спасли) — радости, сожаления, гнева**.

* См.: Bradley B. P. Depression: Treatment / S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds.) // The Handbook of Clinical Adult Psychology. 1995. P. 137.

** Также интересные данные по повторным суицидальным попыткам представлены в исследовании В. В. Войцеха. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 14-21.

ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Это особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые также увеличивают степень риска суицидального поведения.

Ситуационные индикаторы суицидального риска

- 1) смерть любимого человека, особенно супруги или супруга;
- 2) развод;
- 3) потеря работы;
- 4) уход на пенсию;
- 5) вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей (эмиграция, вынужденное переселение, тюремное заключение, у подростков — переезд на новое место жительства);
- 6) сексуальное насилие;
- 7) нежелательная беременность (у подростков);
- 8) «потеря лица» — у подростков (позор, унижение).

Вопросы: Какие события недавнего прошлого или происходящие в настоящее время в жизни пациента способствуют формированию его суицидальной готовности? Как давно произошли негативные события? Что он предпринимал, чтобы справиться с ситуацией?

Для консультанта крайне важно не оценивать текущие события в жизни пациента с точки зрения своей системы ценностей. Необходимо понять, что они значат для него.

Поведенческие индикаторы суицидального риска

- 1) злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;

- 2) эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- 3) самоизоляция от других людей и жизни;
- 4) резкое снижение повседневной активности;
- 5) изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- 6) предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- 7) частое прослушивание траурной или печальной музыки;

8) «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей).

Вопросы: Как изменилось поведение пациента в последнее время (временной диапазон достаточно широк: от года до нескольких дней)?

Мы можем получить информацию о поведенческих индикаторах скорее от близких людей пациента, нежели от него самого.

Коммуникативные сигналы суицидального риска

Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» — прямое сообщение, «Скоро все это закончится» — косвенное). Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям.

Когнитивные индикаторы суицидального риска

1. Разрешающие установки к суицидальному поведению.
2. Так называемая негативная триада, характерная для депрессивных состояний: негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего. Собственная личность предстает как ничтожная, не имеющая права жить;

мир расценивается как место потерь и разочарований; будущее мыслится как бесперспективное, безнадежное.

3. «Туннельное видение» — неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида.

4. Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов. Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем более обстоятельно разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации.

Вопросы: Может ли ситуация измениться к лучшему? Есть ли какой-нибудь выход из сложившегося положения? Думает ли собеседник о самоубийстве? Как часто ему приходят в голову такие мысли? Как он оценивает подобные поступки? У него есть конкретный план? Решил ли он, когда это сделает? Каким образом собирается уйти из жизни? Есть ли у него средства самоубийства — таблетки, оружие и т. п.; знает ли он, где это приобрести? Что могло бы изменить его намерения? Что можно сделать (что должно произойти), чтобы его намерения изменились?

5. Импульсивность как характерологическая черта играет важную роль в суицидальном поведении, особенно у подростков. Импульсивный человек может в течение нескольких минут перейти от мысли о самоубийстве к суицидальным действиям. Поэтому, когда мы имеем дело с подростком, важно помнить, что отсутствие суицидаль-

ного плана в настоящее время ничего не говорит о степени суицидального риска. Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным. Другими словами, его нельзя предоставлять самому себе.

6. Существенное значение имеет доступность средств суицида (фармакологические препараты всегда под рукой или их еще нужно приобрести и т. п.). Степень летальности средств суицида не имеет определяющего значения в оценке степени риска суицидального поведения. Если суицидент воспользовался неэффективными средствами, попытка все же совершена, при этом вероятность суицидального поведения в будущем возрастает.

Подростки, в отличие от здоровых взрослых, чаще используют жестокие средства суицида, такие, как прыжки с высоты — в данном случае нет необходимости специально готовиться к суицидальному акту.

Эмоциональные индикаторы суицидального риска

- 1) амбивалентность по отношению к жизни;
- 2) депрессивное настроение: безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- 3) переживание горя.

Вопросы: Как пациент себя чувствует в последнее время? Какое у него теперь настроение? Часто ли его охватывает отчаяние (и другие сильные негативные чувства: острое чувство вины, отвращения к себе, беспомощности, безнадежности)? Когда он в последний раз чувствовал сильную подавленность? Сколько времени это продолжалось?

РЕСУРСЫ (СРЕДСТВА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ)

Это те «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодолеть кризис с позитивным балансом.

Внутренние ресурсы

- инстинкт самосохранения;
- интеллект;
- социальный опыт;
- коммуникативный потенциал;
- позитивный опыт решения проблем.

Внешние ресурсы

- поддержка семьи и друзей;
- стабильная работа;
- приверженность религии;
- устойчивое материальное положение;
- медицинская помощь;
- индивидуальная психотерапевтическая программа.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Оценивая степень суицидального риска в настоящий момент и в перспективе, необходимо анализировать информацию о человеке с учетом перечисленных выше факторов и индикаторов.

Пример: Н. — мужчина 57 лет, вдовец, работает, образование среднее специальное, социальный статус — рабочий, живет один, алкоголем не злоупотребляет, болен

диабетом, суицидальных попыток в прошлом ни у него, ни у значимых для него лиц не было.

У пациента восемь месяцев назад от онкологического заболевания умерла жена. Дети (два сына) живут со своими семьями в других городах, на большом расстоянии от Н. (обратим внимание на то, что в нашей культуре гораздо чаще забирают пожилых родителей к себе дочери, чем сыновья), у него есть друзья, с которыми он изредка ходит на рыбалку. Он по-прежнему работает, придерживается определенной диеты, принимает инсулин. Оценивает будущее как бесперспективное, боится ухудшения физического состояния, потери работы, не видит в дальнейшей жизни смысла, высказывает суицидальные мысли («порой хочется руки на себя наложить»), однако осуждает самоубийц («их за кладбищем раньше хоронили»). Предполагает, что его состояние могло бы улучшиться, если бы он жил рядом с детьми, которые сейчас не проявляют к нему интереса («после похорон раза три, может, звонил старший...»), мог бы общаться с внуками. Считает себя никому не нужным из-за болезни (диабет), небольших заработков. Преобладает подавленное настроение, долго не может заснуть, просыпается рано утром. Часто вспоминает умершую жену, видит ее в сновидениях, она «зовет» его, машет ему рукой.

1. Социально-демографические, медицинские и биографические факторы

Возраст (57 лет), семейное положение (вдовец), проживание в одиночестве, тяжелое прогрессирующее хроническое заболевание (диабет).

II. Ситуационные, поведенческие, когнитивные и эмоциональные индикаторы суицидального риска

1. *Индикаторы, усиливающие риск суицидального поведения:* недавняя смерть супруги, изоляция от родных, узкий круг общения, мысли о собственной малоценности[™], бесперспективности жизни, мысли о желании умереть, подавленное настроение, переживание горя.

2. *Индикаторы, ослабляющие риск суицидального поведения:* сохранение в общем прежнего образа жизни и привычек, нестойкая запретительная установка на суицид, связанная с христианскими традициями, отсутствие намерений и конкретных суицидальных планов.

III. Ресурсы пациента

Внутренние: он придерживается диеты и выполняет врачебные рекомендации, стремится сохранить работу. Узкий круг интересов и небольшой коммуникативный потенциал (всегда вел замкнутый образ жизни, каких-либо увлечений, кроме рыбалки, не было). Брак продолжался 34 года, таким образом, одиночество является для Н. новым опытом, отсутствует модель совладающего поведения.

Внешние: семья, как мы знаем, не поддерживает его, друзья иногда приглашают на рыбалку. Н. боится потерять работу, так как по болезни он не должен работать: работа для него не только источник небольшого заработка, но и место общения. Кроме зарплаты, у него есть пенсия по II группе инвалидности. Он получает медицинскую помощь как диспансерный больной диабетом (и другими сопутствующими заболеваниями). Благодаря этому он и попал на консультацию к психотерапевту.

Следует сделать вывод, что ресурсы пациента весьма слабые: *отсутствие опыта совладающего поведения, поддержки родных, собственных интересов и долговременных целей, нестабильная ситуация на работе*. Однако он получает медицинскую помощь. Ресурсы могут быть усилены благодаря индивидуальной психотерапевтической программе.

Обобщив результаты анализа факторов и индикаторов суицидального риска, а также ресурсов пациента, приходим к выводу, что в его состоянии имеются симптомы, характерные для депрессии: он переживает горе (следует выяснить, нет ли симптомов патологизации горя), испытывает существенные трудности в приспособлении к одинокой жизни. Однако в настоящее время риск суицидального поведения не является высоким*, на что указывает, прежде всего, *отсутствие суицидальных намерений, негативное отношение к суициду, неизменность прежнего образа жизни*.

В то же время такие признаки, как *возраст пациента, его физическое состояние, такой важный ситуационный фактор, как потеря супруги в недавнем прошлом, наличие суицидальных мыслей, компонентов «негативной триады», подавленное настроение, переживание горя, относительная слабость внутренних и внешних ресурсов*, позволяют сделать вывод, что вероятность повышения суицидальной активности значительна. Например, пациент может потерять работу в связи с возрастными ограничениями и ухудшением здоровья. В таком случае он окажется в еще большей социальной изоляции, его экономическое положение также ухудшится. Суицидальные мысли же, как известно, по-

* По шкале оценки угрозы суицида (см. с. 51) его состояние можно отнести ко второму уровню суицидального риска.

степенно оформляются в намерения. Следовательно, пациент нуждается в профилактических мероприятиях: психологической помощи и социальной поддержке.

Анализ следующего отрывка из терапевтического интервью позволит начать с обобщения полученной от пациента информации и постепенно перейти к анализу факторов и индикаторов суицидального риска. Обратим внимание на то, что, проводя интервью, терапевт преследует несколько целей:

- 1) установить эмпатический контакт с пациентом;
- 2) вызвать надежду на улучшение, что, несомненно, является крайне важным в кризисной интервенции;
- 3) получить от него такую информацию, которая позволила бы сделать вывод о степени суицидального риска в настоящее время и в ближайшем будущем.

Эмпатический контакт предполагает, в первую очередь, безоценочное слушание, поддержку пациента в его пусть пока еще небольшом желании выговориться; поэтому терапевт не форсировал события и задал далеко не все необходимые вопросы, то есть полученная от пациента информация является весьма неполной. Попытаемся сделать предварительные выводы из имеющегося материала, к тому же, именно так обычно происходит в повседневной психологической и психотерапевтической практике.

Интервью 1 (первая встреча с психотерапевтом)

1. *Терапевт (Т.):* Чем я могу вам помочь?
2. *Пациент (П.):* Не знаю.
3. *Т.:* Ну, что-то же заставило вас прийти сюда?

4. **П.:** Мои друзья посоветовали: они волнуются о моем состоянии.
5. **Т.:** Что же их волнует?
6. **П.:** Они заметили, что последние месяцы у меня очень плохое настроение... что я не живу, я дышу, хожу, но это не жизнь.
7. **Т.:** Вы не радуетесь жизни?
8. **П.:** Так и есть.
9. **Т.:** Может быть, вы подробнее расскажете о своем состоянии?
10. **П.:** Когда я представляю, что могу прожить еще лет пятьдесят, то думаю, что такая жизнь мне не нужна.
11. **Т.:** Вы не хотите жить?
12. **П.:** Да. Пожалуй, так.
13. **Т.:** Что-то можно предпринять, чтобы вы почувствовали себя лучше?
14. **П.:** Не знаю, может, само собой что-то изменится, хотя вряд ли.
15. **Т.:** То есть вы не надеетесь на изменения к лучшему?
16. **П.:** Да, мне ведь уже скоро 25. В таком возрасте у всех есть кто-то, какие-то отношения. ...Но у меня никогда... и я думаю: «Для чего мне жить?»
17. **Т.:** Вы не женаты и ни с кем не встречаетесь?
18. **П.:** Да, можно еще сказать: никогда. Я и в работе уже не вижу смысла... Если так будет дальше, мне ничего не интересно.
19. **Г.:** Неинтересно жить?
20. **П.:** Это слово не передает мои ощущения. Возможно, неинтересно. Но лучше сказать: отвратительно. Если бы я вдруг попал под машину, это было бы лучше всего. Уже два года я в таком состоянии, и ничего не меняется.

21. **Т.:** Хорошо, что вы все же пришли. Если мы как следует разберемся, то сможем найти способ выйти из этого состояния.
22. **П.:** Не знаю.
23. **Т.:** Давайте все же попробуем? Что вы думаете о самоубийстве?
24. **П.:** На самом деле мне неприятно об этом говорить, я не считаю, что это так уж хорошо. Многие думают, что самоубийцы сумасшедшие. А я теперь понимаю, что человек может просто оказаться загнанным в угол. А может, я сам сошел с ума. Вам лучше знать. Но я предпочитаю своими мыслями ни с кем не делиться. Я только с одним другом говорил, просто чтобы выговориться.
25. **Т.:** Значит, я второй человек, я хочу сказать, что могу им быть... Вы давно думаете о самоубийстве?
26. **П.:** Мне пришло это в голову года два назад, а последние три месяца очень часто...
27. **Т.:** Как часто, каждую неделю или каждый день?
28. **П.:** Эти мысли у меня в голове почти все время.
29. **Т.:** Вы думаете только об этом?
30. **П.:** Иногда я понимаю, как хорошо я мог бы жить, но потом — как все на самом деле... и мне хочется побыстрее с этим покончить. Если бы я мог заболеть какой-нибудь опасной болезнью! Но в последнее время я даже не простужаюсь.
31. **Т.:** А еще раньше, до этих двух лет, у вас возникали мысли о самоубийстве?
32. **П.:** В первый раз лет в пятнадцать, потом иногда они приходили, но в последние годы чаще.
33. **Т.:** Это связано только с тем, что у вас нет девушки, или с другими проблемами тоже?

34. **П.:** Да, девушки нет, но я понял, что я вообще людям противен, да и себе тоже.

35. **Т.:** Вы имеете в виду, что если вы никому не нравитесь, тогда зачем жить?

36. **Я.:** Да, это так.

37. **Т.:** А что-нибудь определенное вы думаете о том, как покончить с жизнью?

38. **Я:** Это необходимо сказать?

39. **Т.:** Конечно, вы можете не говорить, но если скажете, это поможет нам разобраться, что же с вами происходит.

40. **Я:** Да, я думал о разных возможностях...

41. **Т.:** Можете ли сказать, о каких?

42. **П.:** Выпрыгну из окна или брошусь под поезд... но у меня не хватит смелости, потому что я трус.

43. **Т.:** Эти мысли слишком страшные?

44. **Я.:** Да, так что теперь я думаю о более легких способах.

45. **Т.:** Например?

46. **Я:** Таблетки. У меня есть 50 таблеток аспирина, мне сказали, что этого хватит. Хотя я не уверен. Может быть, лучше выпрыгнуть из окна?

47. **Т.:** Вы хотите узнать у меня?

48. **Я:** Что ж, это было бы большой помощью с вашей стороны.

49. **Т.:** Ну, могу сказать, что вы не умрете от 50 таблеток аспирина. Хотя помочь вам я могу в другом: изменить настроение и мысли.

50. **Я:** Вы уверены, что это возможно? Просто взять и изменить?

51. **Т.:** Да, у меня есть опыт, а вообще люди давно уже серьезно занимаются такими проблемами. Есть масса книг, очень много знаний накоплено, и мы действительно

но помогаем людям с похожими состояниями. Давайте выясним еще кое-что. Вы предполагали или, может быть, уже решили, когда покончить с жизнью?

52. **Я:** Я загадывал, что если шесть дней подряд я буду чувствовать себя плохо, то сделаю это. Но шести дней подряд еще не было.

53. **Т.:** И какие приготовления вы сделали бы, если бы этот срок наступил?

54. **Я:** Наверное, я бы просто выпил 50 таблеток и, конечно, перед этим я хотел что-то написать... как-то попрощаться...

55. **Т.:** Как давно вы установили для себя такой срок?

56. **Я.:** Десять дней назад.

57. **Т.:** Как ваши близкие относятся к тому, что у вас такое состояние?

58. **Я:** Вот они-то переживают за меня. Друзья уговорили меня обратиться к вам.

59. **Т.:** То есть они заботятся о вас?

60. **Я:** Да, поэтому они и искали, кто может помочь.

61. **Т.:** Было ли похожее состояние у кого-нибудь из ваших друзей?

62. **Я:** Нет, у них не было такого: один уже женат, у другого есть девушка.

63. **Г.:** А у кого-нибудь из родственников не было попыток покончить с собой?

64. **Я:** Нет... хотя... не знаю.

65. **Т.:** В последнее время вы читали что-нибудь на эту тему или, может быть, видели по телевизору?

66. **Я:** Нет, но мне это все равно, что и где пишут, мне очень плохо. Это трудно понять. Вы действительно можете помочь?

67. **Т.:** Да, могу. Если будем с вами вместе. Сейчас мы обсудим возможную помощь. Но все же скажите, как получилось, что вы пришли через 10 дней после назначения срока, это случайность?

68. **П.:** Когда я загадал про шесть дней, мне стало легче. И так более-менее было с неделю. А потом снова... Вчера был третий день. Я подумал: друг будет винить себя, что не смог уговорить. Хотя иногда мне и это все равно. В какой-то момент я решил пойти, чтобы не быть свиньей.

Для определения степени суицидального риска вначале необходимо выбрать из текста интервью соответствующую информацию и упорядочить ее. Целесообразно использовать таблицы, в которые можно внести сведения, представленные пациентом*. Конечно, во время консультации вряд ли уместно рисовать таблицы**, однако соответствующие столбцы и колонки так или иначе представлены в мысленной схеме, которую использует терапевт. Следует отметить, что на практике могут при-

* См. таблицы 1-8.

** Хотя возможно, а иногда и необходимо использовать готовые формы для записей. Пометки делаются открыто, их можно показать пациенту, объяснить ему их смысл. Подобное информирование пациента о том, как вы понимаете его состояние, помогает быстрее прийти к отношениям сотрудничества. В телефонном консультировании принято непосредственно во время беседы делать пометки в таблице из трех колонок: (1) ресурсы собеседника, (2) негативный прошлый опыт (биографические факторы суицидальной активности), (3) суицидальные мысли, намерения, план. Телефонный консультант должен очень быстро делать предварительные выводы, поэтому он пытается, прежде всего, выявить «горячие» сигналы суицидального риска, такие как суицидальный план и суицидальные попытки в прошлом, а также любые жизненные ресурсы собеседника, за которые мог бы «зацепиться».

меняться специально разработанные шкалы и вопросники, позволяющие оценить риск суицида, однако пока мы не обнаружили каких-либо качественных диагностических инструментов, сконструированных или адаптированных для русскоязычного контингента.

Делая предположение о степени суицидального риска, опытный практик пользуется и своей интуицией, основанной на опыте. Однако любой начинающий неопытный консультант или психотерапевт не может и не должен полагаться на интуицию, а обязан научиться проводить тщательный анализ интервью.

В таблицах 1–8 представлена выбранная из *интервью I* информация, необходимая для определения степени риска суицидального поведения.

Таблица 1
Оценка социально-демографических факторов
суицидального риска

Социально-демографические факторы	Пол	Возраст	Семейное положение	Образование, профессиональный статус
	мужской	Суициды: 45–65 лет, попытки: подростковый возраст и период 20-30 лет	Одинок, вдов, разведен	Высшее, высокий
Наличие (+) или отсутствие (–) фактора	+	+ для попыток (24 года)	+ (одинок)	? (не известен)

Таким образом, выявленные социально-демографические факторы соответствуют группе риска по суицидальным попыткам.

Заключаем, что пациент проявляет симптомы депрессивного состояния (см. пункты 6, 8, 16, 32 интервью). Терапевт также может думать о возможном расстройстве личности, ориентируясь на информацию в пунктах 14, 32. То, что молодой человек к 25 годам не имел значимых для него отношений с девушкой, хотя и хотел этого, — важное сведение, наводящее на размышления об особенностях его личности (п. 14).

Эти предположения имеют большое значение, поскольку необходимо понять, в какой степени пациент будет сотрудничать с вами; другими словами, «бороться за свою жизнь» в процессе кризисной интервенции. Если консультант-психолог понял, что имеет дело с депрессивным пациентом, ему следует предложить консультацию психиатра для решения вопроса о лечении. Это не значит, что вы отказываете пациенту в кризисной помощи. Консультант делает все возможное и зависящее от него, чтобы помочь пациенту выжить, значит, он отвечает за то, чтобы пациент был проинформирован обо всех формах необходимой ему помощи. Необходимость в медицинской помощи возрастает при ажитированной депрессии, а также на выходе из депрессивного состояния, когда повышается активность пациента, а его эмоциональное состояние остается тяжелым.

Таблица 2

Оценка медицинских факторов суицидального риска

Медицинские факторы	Психическое заболевание	Соматическое заболевание
	Депрессия, алкогольная зависимость, зависимость от других психоактивных веществ, шизофрения, расстройство личности	Заболевания онкологические, органов кроветворения, сердечно-сосудистые (ИБС), органов дыхания (астма, туберкулез), врожденные и приобретенные уродства, потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие), ВИЧ-инфекция, состояния после тяжелых операций, состояния после трансплантации донорских органов и тканей.
Наличие(+) или отсутствие (—) фактора	+ (депрессивное состояние), ? (возникает предположение о расстройстве личности)	? (не известно)

Конечно, медицинские факторы (табл. 2) легче оценить, если мы проводим очную консультацию, например, терапевт замечает, что его молодой собеседник страдает ожирением. Это позволяет предполагать одну из причин его неудач в личной жизни, а также подумать о возможных соматических заболеваниях. В телефонной беседе мы можем пользоваться только той информацией, которую нам сообщил собеседник, и это значит, что возрастают требования к слушанию.

Таблица 3
Оценка биографических факторов суицидального риска

Биографические факторы	Гомосексуальная ориентация	Суицидальные попытки в прошлом	Суицидальные попытки у значимых лиц
Наличие (+) или отсутствие (—) фактора	— (нет)	— (не выявлено)	— (не выявлено)

Мы нашли отрицательные ответы на вопросы о суицидальной активности (табл. 3) в прошлом и у близких людей пациента в пунктах 62,64.

Далее проведем анализ ситуационных (табл. 4), поведенческих (табл. 5), когнитивных (табл. 6) и эмоциональных (табл. 7) индикаторов суицидального риска.

Таблица 4
Оценка ситуационных индикаторов суицидального риска

Ситуационные индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (—) индикатора
1. Смерть любимого человека, особенно супруги или супруга	— (нет)
2. Развод	— (нет)
3. Потеря работы	— (не выявлено)
4. Уход на пенсию	— (нет)

5. Вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей	— (нет)
6. Сексуальное насилие	— (нет)
7. Нежелательная беременность (у подростков)	— (нет)
8. «Потеря лица» (у подростков)	— (не выявлено)

Пациент упоминает о том, что друзья волнуются за него: они и способствовали его появлению в кабинете терапевта (см. пункты 4, 58, 68). С другом он обсуждал свои суицидальные намерения (п. 24). Таким образом, мы можем быть уверены хотя бы в том, что он не находится в социальной изоляции. Однако мы не знаем, как обстоят дела с работой, и также не имеем точной информации по индикаторам 1, 6 и 8.

Таблица 5
Оценка поведенческих индикаторов суицидального риска

Поведенческие индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (—) индикатора
1. Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем	? (не выявлено)
2. Эскейп-реакции в прошлом	? (не выявлено)
3. Изоляция от людей и жизни	— (нет)
4. Снижение повседневной активности	? (не выявлено)

5. Изменение привычек	? (не выявлено)
6. Частое прослушивание траурной или просто скорбной музыки	? (не выявлено)
7. Предпочтение тем смерти и самоубийства в разговорах и чтении	— (нет)
8. «Приведение дел в порядок»	— (нет)

Судя по пунктам 4, 24 58, 68, можем уверенно заключить, что нет полной самоизоляции от других людей, также пациент не проявляет активного интереса к теме суицидального поведения. Он не следует и ритуалу «приведения дел в порядок», поскольку его суицидальный план в значительной степени зависит от случая, это похоже на игру в «русскую рулетку»: может быть, плохое состояние не продлится десять дней подряд, но не исключен и противоположный вариант развития событий. Следует учитывать, что подобный план ни в коей мере не снижает суицидальный риск. По остальным индикаторам у нас нет информации.

Оценивая когнитивные индикаторы, находим информацию, свидетельствующую о высоком риске суицидального поведения. Пациент выражает негативное отношение к себе (см. п. 34), пессимистичен по отношению к будущему (см. п. 10), не видит каких-либо способов решения проблемы, кроме самоубийства (см. п. 20), имеет конкретный суицидальный план и средства самоубийства (пусть даже и не эффективные). Неэффективность предполагаемого средства самоубийства не снижает риск

Таблица 6
Оценка когнитивных индикаторов суицидального риска

Когнитивные индикаторы		Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Разрешающие установки к суицидальному поведению		? (не установлено)
Негативная триада (негативные мысли)	о себе	+
	о будущем	+
	об окружающем мире и жизни в целом	+
«Туннельное видение»		+
Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов	мысли	+
	намерения	+
	конкретный план	+

суицидального поведения. Оценивая летальность планируемого способа суицида, следует исходить не из фактической летальности способа, а из представлений собеседника.

При чтении интервью может возникнуть вопрос: правильно ли поступает терапевт, сообщая пациенту о неэффективности предполагаемого средства (50 таблеток аспирина)? На этот вопрос просто ответить, если мы придерживаемся этических принципов психотерапевтической и консультационной практики, поскольку одним из главных принципов является честность консультанта (терапев-

та). Нужно ли быть честным, если на карту поставлена жизнь человека? Попробуем представить себе, что терапевт из лучших побуждений (например, предполагая, что если пациент все же совершит суицидальную попытку, то останется жив) ввел пациента в заблуждение, сказав ему, что 50 таблеток аспирина — смертельная доза. Пациент не погиб, но утратил доверие не только к этому терапевту, но и к другим представителям профессии. Он больше ни к кому не обращался за помощью, нашел более надежный способ суицида и совершил повторную попытку, которая оказалась «удачной». Изданного примера, однако, не следует делать вывод, что задачей консультанта является информирование кризисных пациентов или телефонных собеседников о действенности тех или иных препаратов. Например, не стоит убеждать подростка, который сообщает, что проглотил ртуть из термометра или сделал себе инъекцию бензина и ожидает скорой смерти, в том, что его жизнь вне опасности. Однако на такие прямые вопросы, как «смертельна ли такая доза лекарства?», консультант обязан либо предоставить конкретную информацию, в которой он уверен, либо сразу отказаться отвечать.

Выявлены еще два индикатора риска суицидального поведения (см. пункты 6, 10, 14, 30, 68 интервью).

Предварительный вывод о хорошем интеллектуальном потенциале пациента мы можем сделать, полагаясь на впечатление о стиле его речи и словарном запасе. Желание жить определенно выражается в посещении терапевта. Наличие друзей может свидетельствовать о коммуникативном потенциале. Отсутствие опыта значимых близких отношений с девушкой и неразрешенность этой

Таблица 7
Оценка эмоциональных индикаторов суицидального риска

Эмоциональные индикаторы	Амбивалентные чувства по отношению к жизни	Депрессивное настроение	Переживание горя
Наличие (+) или отсутствие (—) индикатора	+	+	— (не установлено)

проблемы указывают нам на возможный ключ кризисной помощи. По поводу внешних ресурсов следует получить дополнительную информацию (табл. 8).

Основной вывод из анализа интервью: высокая степень риска суицидального поведения. Несмотря на то, что терапевт сообщил пациенту о неэффективности его предполагаемого средства самоубийства, вероятность суицидальных действий остается высокой, поскольку, не разбираясь в лекарствах, люди в кризисном состоянии иногда просто принимают все лекарства, имеющиеся в домашней аптечке.

Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись *Шкалой оценки угрозы суицида* (табл. 9), разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому вначале лучше учиться определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

Таблица 8
Ресурсы пациента

Ресурсы пациента	Наличие (+) или отсутствие (—) индикатора
Внутренние:	
интеллект	+
инстинкт самосохранения	+
коммуникативный потенциал	
социальный опыт	—
опыт решения проблем	—
Внешние:	
поддержка семьи и друзей	+
стабильная работа	?
приверженность религии	?
финансовая стабильность	?
медицинская помощь	?
индивидуальная психотерапевтическая программа	?+

Итак, по суммарной оценке суицидальность пациента соответствует третьему уровню, то есть высокой степени суицидального риска. Необходима суицидальная интервенция: установление контакта с близкими, друзьями пациента, попытки найти альтернативный выход из сложившейся ситуации. Поиски альтернатив должны проводиться совместно с пациентом. Задачей номер один является выработка конкретного плана действий. Особен-

но важно обсудить, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время.

Психотерапевт должен быть доступен для пациента с высоким риском суицидального поведения в любое время. Если этот человек обратился в службу телефонной экстренной психологической помощи, ему предлагается

Таблица 9
Шкала оценки угрозы суицида

Пол	+	Мужской
Возраст	+	12-24, 45 и выше
Депрессия	+	Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план	+	Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
	+	Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)	+	Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и / или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО	6	

ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0 - 2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3 - 4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска — необходимы интервенция и поддержка
5 - 6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска — необходима антисуицидальная интервенция
7 - 10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска — требуется неотложная интервенция

звонить любому дежурному консультанту, так как все сотрудники должны быть проинформированы о сложившейся ситуации. Частнопрактикующий консультант или психотерапевт обязан сообщить такому пациенту номер телефона, по которому он всегда сможет с ним связаться.

ПОМОЩЬ ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНОМ СУИЦИДЕ

Распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях — это первая помощь. Одно из важных отличий суицидоопасного состояния — ощущение себя «вне» общества, поскольку тема самоубийства табуирована. Поэтому важнейшим принципом первой помощи при суицидальной опасности является требование к консультанту — добровольцу или профессионалу — *задавать вопросы о самоубийстве, не избегая этой темы*. Это действительно важно: проявлять инте-

рес, но не оценивать, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника.

Далее приводится обобщенный перечень необходимых интервенций*.

1. *Установление эмпатического контакта, отношений доверия.*

2. *Определение степени риска суицидального поведения и вероятности смертельного исхода.* Большое значение имеет прошлый опыт суицидального поведения и выяснение, что *тогда* удержало от суицида. Возможно, это поможет и сейчас. Следует помнить об очень важной особенности человека, склонного к самоубийству, — об амбивалентном отношении к жизни: о поиске пути к смерти и желании жить одновременно. Часто такой человек ищет помощи, говоря о том, что хочет умереть.

3. *Выработка совместного решения о дальнейших действиях.* В процессе оценки суицидального риска или после консультант должен постараться узнать, в чем состоит смысл самоубийства для пациента. От какой проблемы или целого клубка проблем он хочет сбежать в небытие? Этот вопрос помогает определить тактику дальнейшей интервенции. Узнав смысл суицидального поведения, можно вместе с пациентом пытаться искать альтернативные варианты решения проблемы. Одно из проявлений кризисного состояния — когнитивный хаос. Консультант должен помочь организовать лавину обрушившихся про-

* Подробная информация о психологической помощи при суицидальной опасности содержится в работах Э. Гроллмана (2001), А. Н. Моховикова (2001), Х. Хензелера (2001), Э. Шнейдмана (2001), указанных в списке рекомендуемой литературы в конце главы.

блем в обозримые проблемные блоки, установить приоритетность их решения. Ему следует быть очень убедительным в выстраивании перспектив выхода из тупика. Может быть, если не сам пациент, то кто-то из его близких поможет в решении или хотя бы приближении к решению проблемы? Главное — побудить пациента к тому, чтобы он, пусть временно, но отложил суицид и сделал хоть один шаг к улучшению своей ситуации. Таким образом, позиция консультанта или психотерапевта должна быть активной и достаточно директивной. Однако следует обратить внимание на то, что убеждать человека в необходимости работать с проблемой, попытаться разрешить ее вовсе не значит уговаривать отказаться от суицида или, еще хуже, спорить о смысле жизни. Подобные интервенции только разрушают и так довольно хрупкую основу — контакт с пациентом, благодаря которому вы сможете помочь. Консультант только может сказать, что он лично не хочет, чтобы люди уходили из жизни, чтобы уходил его собеседник, что он будет стараться делать все, что от него зависит, чтобы этого не произошло. Фактически договор о том, что стоит вместо самоубийства попытаться предпринять какие-либо конструктивные действия, «план спасения», — это и есть *антисуицидальный контракт*. Такой договор подразумевает и эмоциональный аспект — смену настроения пациента: от желания умереть до желания жить.

Далее следует наметить конкретные шаги, тщательно обсудив их альтернативы и возможные последствия. Иными словами, в этот момент терапевтический процесс только начинается. Терапевтические методы подбирают-

ся индивидуально, но не следует упускать и фактор эффективности того или иного метода в работе с определенными состояниями. Например, эффективность когнитивной терапии в работе с непсихотическими депрессивными расстройствами подтверждена многочисленными исследованиями.

Терапевтические мишени в работе с суицидальным пациентом

- проблемная ситуация;
- негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность, негативная триада);
- установки, разрешающие суицидальные попытки;
- саморазрушающее поведение (злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, самоизоляция, пассивность).

*Рекомендации по ведению беседы с потенциальным суицидентом **

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему.
2. Задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания.
3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника:
 - суицидальный план;
 - время и место исполнения;

* См.: Вестник РАТЭПП, 1995. Бар: /ra1epp.Бул11Дьbare/змс1с1/5мс1<1.Бгт
Эти рекомендации, данные для телефонного консультирования, пригодны для любой формы кризисного вмешательства

- суицидальные мысли и попытки в прошлом;
- самооценка вероятности своего суицида.

4. Попробуйте выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело.

5. Побудите его выразить свои чувства, связанные с проблемной областью.

6. Спросите, приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной (само)изоляции.

7. Будьте готовы к психотерапевтической работе (возможно, на длительное время) с вашим собеседником.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 1

Составьте список дополнительных вопросов, которые, на ваш взгляд, необходимо выяснить, чтобы построить стратегию кризисной помощи, и проведите ролевою игру. Включите вопросы о степени выраженности депрессивного состояния. Ориентируйтесь на следующие признаки депрессии*:

1. Пониженное настроение, глубокая печаль (или раздражительность у детей и подростков).

* См.: Катан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1. Гл. 10. С. 324.

2. Выраженное снижение интереса или удовольствия ко всему или почти ко всему, что бы ни происходило на протяжении большей части дня.

3. Значительная потеря массы тела либо потеря аппетита или переедание.

4. Изменения в режиме сна: бессонница или повышенная сонливость.

5. Снижение энергетического тонуса организма: хроническая усталость, жалобы на разнообразные физические недомогания.

6. Существенное снижение работоспособности (учеба, профессиональная деятельность), ухудшение памяти и внимания, отвлекаемость. Снижение способности принимать решения.

7. Чувство собственной неполноценности, потерянности, чрезмерной или неуместной вины, стыда.

8. Периодически возникающие мысли о смерти, суицидальный план, суицидальные попытки.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 2

Проведите несколько вариантов ролевой игры (завершение интервью 1). Попробуйте прийти к совместному договору о кризисной помощи, назначьте пациенту следующую встречу.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 3

Проведите письменный анализ приведенного ниже отрывка из телефонной беседы с целью определения степени суицидального риска. Проведите экспресс-оценку по «Шкале угрозы суицида». Сравните полученные результаты. Свои выводы обсудите в группе.

Телефонная беседа

К. (консультант): Слушаю вас! Чем могу помочь?

С. (собеседница): Я... не знаю. Не знаю, что говорить... (плачет).

К.: Вы очень расстроены.

С: Со мной произошла ужасная вещь. Не знаю, с чего начать.

К.: Можете называть меня... А как к вам обращаться?

С:...

К.: Хорошо, что вы позвонили.

С. Может... пусть... это у вас работа... А я уже дошла до... Понимаете, я встретила одного человека. Все было просто здорово, а сегодня все кончилось... не знаю, что это... Я никому не могу рассказать...

К. . Мне можете.

С: Я вела себя глупо... глупо... Мне так стыдно. Я себя ненавижу. Все было неправдой. Не прошло двух недель, как все кончилось (плачет).

Л.: Что же случилось?

С: Самое ужасное, что я не знаю! (плачет). Мы должны были встретиться на дискотеке. Он с друзьями был. Я никого из них не знаю. Сначала я думала, он меня не заметил в толпе, подошла... А он так на меня посмотрел, как будто: «Ну, что там еще?» Я даже не сообразила, что сказать. И потом... он был с девушкой, понимаете?... И делал вид, что меня не знает! (плачет).

К.: Хм. Да уж.

С: Я не могу понять, как это может быть. У меня такое чувство, что это сон какой-то! Я не могу поверить... я не знаю, ничего ведь не было плохого!

К.: Давайте разберемся. Когда была эта дискотека?

С: Сегодня вечером. Не знаю, сколько прошло времени. Мне хотелось растерзать их в клочья. Потом мне стало плохо, натурально тошнило, все внутри перевернулось, как будто бы я отравилась, я еле

ушла. Не могла я там одна торчать! А теперь домой идти, а я не могу (пауза). Вы не знаете, который час?

К.: Уже половина первого. А сейчас? Как сейчас вы себя чувствуете?

С: Я чувствую себя обманутой душой!

К.: Вы накануне не ссорились с вашим другом?

С: Нет, просто мы не виделись несколько дней, он говорил, что у него дела, проблемы всякие. Я во всем виновата! (плачет).

К.: В чем вы виноваты?

С: В том, что доверяла, верила всему, дурочка, наивная идиотка. Меня так воспитали, да! Что я не знаю, кому верить! То я сидела все дома, потому что «до девяти - не позже»! И теперь такое... (пауза).

К.: Родители старались удержать вас дома?

С: Да, они вообще ничему меня не научили, только всего бояться. А теперь скажут: «Вот! Мы были правы». Я не могу жить!

К.: Вам сейчас так плохо, что вы не хотите жить?

С: Да! Я хочу, чтобы все кончилось! Всем было бы лучше, и родителям спокойнее.

К.: И?

С: Еще на дискотеке я подумала, что сейчас пойду на крышу и прыгну. Я была в одном подъезде. Там выход на крышу закрыт... Потом... хотела... сначала пойти к подруге. Но ее не было дома.

К.: Слава Богу, что чердаки хоть у нас закрывают. Это в первый раз у вас такое?

С: Да нет. Я уже туда ходила... давно, два года назад, там открыто было, но тогда из-за школы, дурочка. Маленькая еще была, в восьмом классе.

/ С ; И в тот раз кто-то вам помешал?

С: Да никто, я с собакой ходила, щенок у меня был. Его жалко стало, не бросать же на крыше. Он-то ни в чем не виноват.

К.: где он сейчас?

С.: А в деревню отдали. А мне, как обычно, ничего не сказали. Прихожу домой, а его нет (пауза). Я не знаю, как мне домой идти. Начнутся расспросы: «Где, что?» Они всегда пристают. Я не выдержу. Они сейчас, наверное, в милицию звонят... или в морг. Это у моей мамы привычка такая: чуть что - в морг звонить.

К.: Вы не хотите сейчас видеть родителей?

С.: А если уже ищут, отец начнет драться.

К.: Такое было?

С.: Он вообще любит руки прикладывать.

К.: Вы боитесь его?

С.: Вообще-то, нет, просто надоело, они мне надоели, понимаю, из-за них все еще хуже...

К.: Но одной среди ночи... Знаете, когда случается что-то плохое, лучше побыстрее оказаться в спокойном месте, и тогда обо всем подумать. Где вы сейчас?

С.: Да ничего со мной не случится: закон подлости. Я звоню с улицы, и дом мой на другой стороне. Даже окна наши вижу. Свет не горит (пауза). Если сегодня отстанут, все равно я жить не смогу. Я не смогу забыть, я буду всегда помнить, лучше умереть, чем думать про это. Я уверена, что он надо мной издевался с самого начала. А я ничего не понимала. Я думала, все по-настоящему. И что теперь все будет по-другому. Это так противно, вы не можете понять, как мне сейчас гадко. Мне хочется себя избить, уничтожить за глупость! Ведь все смеялись, я уверена. Это же так потешно: девочку обманули и бросили! Я бы и сама посмеялась (пауза). А они день и ночь будут меня пилить.

К.: «Они» - это родители? За что?

С.: Что ходила гулять, что с парнем была. Нужно было сидеть дома, никуда не ходить, слушать их.

К.: Ну, это невозможно: никуда не ходить, ни с кем не встречаться.

С.: Моя мама бы вам рассказала, что возможно, а что нет. Родителям я... смешно... говорила, что иду к подруге (пауза). Хуже всего чувствовать себя душой, которую так просто бросили. Как они каркали, так и вышло!

К.: Это очень обидно. Но если они старались предостеречь, то, скорее всего, не обрадуются. Я бы расстроилась, если бы узнала, что у моей дочери неприятности. Но как бы я узнала? Только если бы она захотела мне рассказать. А вы своим расскажете?

С.: Может так получиться, что не будет другого выхода. Я могла забеременеть.

К.: Может быть или вы точно знаете?

С.: А у меня всегда все по полной программе. А что? Рожу ребенка. Пусть все радуются.

К.: Сейчас у вас есть какие-нибудь признаки беременности?

С.: А какие они должны быть?

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 4

Проведите несколько вариантов ролевой игры «Продолжение и завершение беседы». Договоритесь с собеседницей о поддержании контакта. При последующем обсуждении ролевой игры выявите главные темы беседы, ключевые вопросы или высказывания, подведите итог.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Bradley B. P. Depression: Treatment // S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds.). The Handbook of Clinical Adult Psychology. London: Routledge, Second Edition, 1995. P. 110-143 (P. 137 — Assessment of suicidal behavior).

Shneidman E. S. The Suicidal Mind. New York: Oxford University Press, 1996. (Русские переводы первой части и первой главы четвертой части книги опубликованы в хрестоматии «Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах» (см. ниже в списке литературы).)

Гроллман Э. Суицид: первенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Составитель А. Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270-352.

Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. Т. 1. Гл. 10. Расстройства настроения. М.: Медицина, 1994. С. 323-324.

Леонарс А. А., Лестер Д., Лопатин А. А., Шустов Д. И., Венкштерн С. Анализ предсмертных записок из России и Соединенных Штатов // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 22-28.

Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001. Глава 21: Суицидальное поведение. С. 288—378.

Хензелер Х. Суициды: случаи и тенденции // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах/ Составитель А. Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С. 441-452.

Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Часть 1. Темная сторона жизни // Там же. С. 360-402.

Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии. Там же. С. 353-359.

Глава 6 СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

СЕМЕЙНАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (СКП)

Семейная психотерапия проводится в случаях, когда причиной психологического кризиса служит семейный конфликт. Целями семейной терапии являются: повышение сплоченности семьи, улучшение адаптации ее членов к кризисным ситуациям, выработка конструктивного стиля общения между членами семьи.

Наиболее распространенной причиной психологического кризиса являются семейно-личные конфликты. Особое значение подобных конфликтов, по-видимому, состоит в том, что индивид лишается поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции.

Можно выделить два варианта указанной ситуации: супружеский конфликт (или шире — конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе — детско-родительский). Особенно трудной является ситуация развода.

Возможны следующие установки партнеров, обратившихся за терапевтической помощью:

- а) продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне;
- б) сохранение неустойчивого равновесия;
- в) четкое и окончательное разделение.

А. Улучшение докризисных отношений. В этом случае оценивается, какие способы адаптации применялись до кризиса, почему они отсутствуют теперь, что мешает реализовать потребность в примирении. Если выявленная угроза отношениям носит внешний характер (вмешательство или недостаточная помощь родителей, нарушение баланса в результате изменения состава семьи и т. д.), помощь должна быть нацелена на формирование более эмпатийного отношения близких к клиенту и его партнеру. В случае внутренней угрозы отношениям (непосредственное ухудшение взаимоотношений партнеров) применяется тактика, направленная не только на разрешение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу.

Б. Сохранение неустойчивого равновесия. В ситуации неустойчивого равновесия обращение за помощью происходит обычно в период временного разделения. Партнеры в ходе терапии вовлекаются во взаимные контакты — очные или заочные, используя телефон, переписку, родственников и друзей в качестве посредников. Содержанием контактов является выяснение нерешенных проблем во взаимоотношениях, при этом не обсуждается, какой ущерб партнеры нанесли друг другу.

Терапевт не дает рекомендаций относительно сохранения или прекращения отношений, напротив, подчеркивается, что ответственность за решение этого вопроса лежит на клиенте и его партнере. Нередко разделение супругов в определенной степени провоцируется их родственниками. В этих случаях у супругов достигается осознание роли

указанного фактора и им предлагается перестроить отношения с родственниками с учетом собственных интересов.

В. Четкое и окончательное разделение. Данный вариант встречается в ситуации кризиса чаще всего (особенно у женщин). Данная группа клиенток испытывает, во-первых, неудовлетворенность имеющимися интимно-личными отношениями, во-вторых — страх расставания с объектом эмоциональной привязанности, отвержения и одиночества, утраты матримониального статуса, а также опасения по поводу возможности воспитать детей без отца; наконец, в-третьих — неверие в свою способность вновь сформировать взаимозависимые отношения с другим партнером.

В подобных случаях в качестве неадаптивных установок выступает неприятие — даже на непродолжительное время — статуса одинокой женщины, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для того, чтобы с помощью создания и сохранения пары избежать неприемлемых для себя и непереносимых переживаний отвержения и одиночества.

В случае принятия окончательного решения о разрыве отношений при сохранении эмоционально-сексуальной привязанности к партнеру СКП заключается в следующем. Аналогично приемам кризисной психотерапии в ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью членов семьи и друзей обеспечивает клиенту сочувственное разделение эмоций горя и тревоги, а при отвержении клиента партнером — и чувств обиды и унижения. Содержанием тревоги в ряде случаев являются опасения по поводу возможности устроить свою будущую

личную жизнь, связанные со страхом одиночества и сомнениями в своей сексуальной привлекательности. В этих случаях на этапе кризисной поддержки особое внимание обращается на восстановление пониженной самооценки, а на этапе кризисного вмешательства — на создание мотивации к выработке эффективных форм полового поведения, которые помогут в будущем установить новые высокозначимые отношения. Вмешательство психотерапевта в данном случае заключается в перестройке сознания индивида, а именно представления о себе как о существе, немислимом вне пары.

При наличии *конфликта с родственниками* программа СКП проводится следующим образом. В фазе установления терапевтического контакта психотерапевт выполняет функции посредника, избегая роли третьей стороны в конфликте, и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте, а также обсуждения хронических проблем семьи. Активность психотерапевта должна быть направлена на улучшение семейной атмосферы в интересах всех членов семьи.

В процессе индивидуальных и групповых сессий проводится оценка точек зрения членов семьи на суть и причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным проблемам. В случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных позитивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор. При необходимости проводится психологическая коррекция тревоги членов семьи, связанной

с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатийных отношений.

Важной методикой при проведении психотерапии является проигрывание ситуаций. Сюжет может быть взят из жизни клиентов или носить более обобщенный характер. Могут, например, проигрываться и обсуждаться темы «Трудный выбор», «Решительный разговор», «Обида» и т. д. Любой из членов психотерапевтической группы (которая часто состоит не из одной семьи, а из нескольких с похожими проблемами) может исполнять роль, значимую для него, или быть режиссером ситуации. Затем участники меняются ролями или одну и ту же роль играют разные лица. Ситуации проигрываются в форме диалога или без слов (так называемый метод пантомимы).

Можно выделить пять этапов работы с семейной группой:

1. Выявление центральной проблемы семьи, распределения ролей и способов взаимодействия ее членов.
2. Конфронтация семьи с основной проблемой.
3. Отклонение семьей основной проблемы и акцентуация на частных вопросах семейной жизни.
4. Признание основной проблемы, кризис и диссоциация семейной группы.
5. Консолидация семьи и выработка взаимоприемлемых решений по основным проблемам семейной жизни.

Семейный диагноз может ставиться только с учетом истории семьи, природы отношений в ней, установок и форм поведения ее членов. Решающее значение для формы взаимодействия психолога и консультируемого имеет структура семьи.

Организуя сессии с семьей, терапевт проводит своеобразный диагностико-терапевтический эксперимент и получает информацию о семье из разных источников: наблюдая спонтанное поведение семьи на приеме и их невербальные реакции; принимая семейный миф о проблеме без критики как важную метафору, отражающую реальные проблемы семьи; исследуя семейную систему с помощью специальных техник интервьюирования и отслеживая реакции членов семьи на собственные действия и задания.

Когда терапевт начинает работать с семьей, формируется новая система с его участием. Создать условия для необходимых изменений в семейной системе терапевт сможет, только войдя в систему и действуя изнутри нее. Всякая семья имеет границы, и в ситуации поиска помощи эти границы несколько приоткрываются. Входя в систему, терапевт становится частью «семейной игры». Семья переносит свои модели функционирования в терапевтическую ситуацию. По тому, как семья взаимодействует с терапевтом, какой тип терапевтической системы она ему пытается навязать, терапевт может многое сказать о семейной структуре и правилах ее функционирования.

Процесс семейной психотерапии можно считать успешным, если проблема, с которой обратилась семья, переосмысливается и теряет свою травматическую значимость, члены семьи начинают смеяться, семья вне занятий собирается вместе для обсуждения проблем, члены семьи начинают признавать и принимать независимость каждого друг от друга, члены семьи говорят, что все наладилось в их взаимоотношениях.

Далее в этой главе будут описаны методы сбора информации о семье.

Анализируя ход семейной истории, стадии развития семьи, паттерны взаимоотношений, переходящие в новые поколения, и события, предшествующие кризису, удобно использовать методику «Генограммы». Генограмма представляет собой форму семейной родословной, на которой записывается информация о членах семьи, по крайней мере, в трех поколениях. Она позволяет быстро охватить сложные семейные проблемы, является богатым источником информации (поскольку многие проблемы в семье часто имеют глубокие исторические корни).

Генограмма позволит:

- проследить повторяющиеся паттерны взаимоотношений, переходящие из поколения в поколение;
- увидеть типичные кризисные события в семье предков и то, как они преломляются или могут проявиться в вашей собственной семье;
- привести в порядок семейную историю, пересмотреть неписанные семейные законы;
- использовать полученные знания в решении текущих проблем;
- предотвратить многие стереотипные проблемы в будущем;
- выработать новые подходы к жизни, к решению текущих задач.

Генограммы показывают семейную информацию графически, что дает возможность быстро описать сложные семейные паттерны, они являются богатым источником гипотез о связях проблем с семейным контекстом и раз-

витием во времени. Для терапевтических записей использование генограммы обеспечивает краткое резюме, позволяющее терапевту, не знакомому со случаем, получить большое количество информации о семье и составить мнение о ее потенциальных проблемах.

Генограмма, в отличие от других форм исследовательской записи, позволяет постоянно вносить добавления и коррективы при каждой встрече с семьей. Она дает терапевту возможность держать в голове большое число членов семьи, их взаимоотношения и ключевые события семейной истории.

Генограмма не является тестом, скорее, она представляет собой инструмент генерирования клинических гипотез для дальнейшей системной оценки. Этот метод был разработан Муррээм Боуэном для анализа семейной истории с позиции системной теории семьи*.

В сочетании с генограммой в работе обычно используется список важных событий семейной истории или методика «Линия времени», в которой события расположены вдоль временной оси. Методика довольно проста: по горизонтали прочерчивается линия времени с отметкой лет, месяцев и даже дней, на усмотрение терапевта. Проводятся вертикальные линии, и над ними надписываются события жизненного цикла. Например: «Николай потерял работу», «Мария и Владимир поженились», «Отец Сергея умер» и т. д. Эта методика позволяет организовать трудно сопоставимую информацию о семейной истории в более

* Список используемых в генограмме символов представлен в книге Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003.

удобной графической форме. Особенно важной эта методика становится при размышлении терапевта о том, почему семья пришла за помощью именно сейчас. Что изменилось в семье? Что стало другим во внешних связях семьи? В чем состоит пусковой момент кризиса?

Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов к суждениям о взаимоотношениях и далее, к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

ПОЗИТИВНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Позитивная семейная психотерапия характеризуется гибкостью подхода к системе взаимоотношений «психотерапевт — индивид — семья — общество». Основные усилия психотерапевта направлены на семью. Но он при этом не ограничивается помощью консультируемому через семью, он помогает также семье через члена семьи и способствует продуктивному взаимодействию членов семьи с окружающим сообществом. Таким образом, позитивный подход в семейной терапии ориентируется на

ресурсы семьи и индивида, на социоэкологический и культурный потенциал.

В русле данного подхода по-новому (для клиента) интерпретируются трудности, конфликты, проблемы, варианты их решения. Клиентам предлагается вместо скрупулезной диагностики причин затруднений стать в позицию «над ними», приложить усилия к поиску конструктивных решений «здесь и теперь». Больше того, нужно сделать проблемы своими «друзьями», источником для развития ситуации.

Такой подход позволяет клиентам использовать в качестве ресурсов для изменений как прошлое (воспоминания), так и будущее, включая фантазии («Вообразите, что мы с вами встретились через пять лет...»).

Важным компонентом данного подхода является поиск решений на основе личного опыта клиентов: они в действительности сами решают свои проблемы, просто не замечая этого.

Психотерапевт также помогает семье избавиться от привычек, которые мешают находить решения повседневных проблем, мешают приобретать новый опыт, позволяющий думать, чувствовать, действовать иначе.

В процессе психотерапии выясняется, как именно хочет измениться каждый член семьи. При этом важно понимание клиентами двух основных моментов: какие внутренние ресурсы может использовать семья в данный момент и каково желаемое состояние семейной системы, к которому стремятся ее члены и ради которого они согласны работать с психотерапевтом.

В процессе психотерапии используются истории, притчи, басни, мифы. Цель терапевтических историй —

не столько морализирование, сколько соприкосновение в воображении с ситуацией-примером. Истории выполняют функции зеркала, образца, посредника между психотерапевтом и клиентом.

Центральным понятием позитивной семейной терапии является «концепция». (Здесь это понятие употребляется, например, в таких сочетаниях, как «Я-концепция» или «Концепция другого».) Концепции — это когнитивные и эмоциональные структуры, задающие человеку схему интерпретации отношений к себе, к другим людям, к окружению. Семье принадлежит особая роль во всем, что касается концепций. В семейном коллективе типичные концепции передаются из поколения в поколение, во взаимодействии членов семьи формируются новые концепции, которые затем усваиваются в повседневном общении. Каждый индивид обладает типичными формами поведения, происхождение которых может быть прослежено до одной из семейных концепций: ложиться спать вовремя, вставать в предписанное время, есть вместе с семьей в определенные часы, быть пунктуальным, возвращаться к определенному времени, выполнять в срок свои обещания, испытывать неудобство, если есть опасность опоздать, переживать, когда опаздывают другие, и т. д. Одним из эффективных способов разрешения неблагоприятной семейной ситуации является контрконцепция. Психотерапевт предлагает клиенту контрконцепцию его поведения и отношений. Форма, в которую облекается контрконцепция, зависит от обстоятельств. Это могут быть истории, предоставляющие информацию со множеством отступлений и поэтически образные; «мораль» истории, где кратко резюмируется концепция; поговорка

или пословица, пригодная в качестве рецепта; «бесформенная» контрконцепция, возникающая непосредственно как ответ на проблемы клиента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 1

Постройте генограмму своей семьи.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 2

Самостоятельно изучите литературу по феноменологическим методам кризисной терапии, семейной терапии и терапии травм.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. М.: Смысл, 1993.

Пезешкиан Н. Торговец и попугай. М.: Издательская группа «Прогресс», «Культура», 1994.

Хелленгер Б. Порядки любви. М.: Издательство Института Психотерапии, 2001.

Черников А. В. Введение в семейную психотерапию. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». М., 1998.

Черников А. В. Системная семейная психотерапия. М.: Изд-во «Класс», 1996.

Шутценберг А. А. Синдром предков. М.: Издательство Института Психотерапии, 2001.

Глава 7 МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Поведенческая психотерапия заслуженно признается одной из самых эффективных и результативных форм психологической помощи в кризисных ситуациях. Несмотря на то что это направление психотерапии возникло сравнительно недавно*, в качестве альтернативы глубинным, долгосрочным и ориентированным на личность (психоанализ, психодрама, гештальт-терапия и пр.) методам психотерапии, оно быстро заняло среди них видное место. В настоящее время поведенческая психотерапия применяется практически для всех форм психических нарушений. В отношении некоторых проблем (страхи, навязчивости, наркомания и другие формы зависимости) поведенческая терапия признана наиболее эффективным методом психологической помощи**. В ходе так называемого «когнитивного поворота» поведенческая психотерапия заимствовала многие приемы когнитивной терапии***, а в последующем развитии фактически объединилась с ней, став

* Конечно, основы поведенческой психотерапии были заложены еще в начале прошлого века работами И. П. Павлова и Дж. Уотсона. Однако сам термин «поведенческая психотерапия» стали употреблять лишь в 50-е годы XX века, когда были созданы институты поведенческой психотерапии и специализированные журналы.

** *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997.

*** *Бек А., Фримен А.* (ред.). Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002; *МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.

когнитивно-поведенческой. Далее мы будем для краткости называть современную когнитивно-поведенческую терапию поведенческой, имея в виду, что в настоящее время эти два направления почти всегда взаимно дополняют друг друга и изолированного применения одного из подходов практически не встречается.

Рассмотрим характерные черты поведенческой психотерапии, подход к анализу кризисных состояний, который практикуется в поведенческой психотерапии, а также методы вмешательства и контроля, предлагаемые в рамках этого направления.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

С самого начала своего развития поведенческая психотерапия опиралась на классические поведенческие теории (бихевиоризм) и в этом качестве заимствовала у психологии поведения пристальное внимание к экспериментально полученному знанию и пренебрежение теми психическими явлениями, которые не поддаются непосредственному наблюдению и объективной фиксации.

Поведенческая терапия рассматривала болезненное поведение как одну из многих форм поведения, подчиняющуюся тем же самым законам, что и здоровое поведение. Поскольку изначально предполагалось, что поведение является результатом научения, то возникло предположение о возможности терапевтического обучения, основывающегося на достижениях психологии.

Болезненное, то есть доставляющее страдания самому человеку или его непосредственному окружению, поведение стало объектом терапевтического вмешательства. Устранив или модифицировав болезненное поведение, психолог, психотерапевт тем самым избавляет пациента от страданий и достигает заранее согласованных с ним целей терапии.

Поведенческой психотерапией может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого *обучения* новым, более эффективным и здоровым формам поведения, *изменения* (модификации) или *устранения* доставляющих страдания болезненных форм поведения.

Итак, речь идет о большой группе различных методов, которые объединяет общая идея использования с терапевтической целью достижений экспериментальной психологии поведения. А цель терапии состоит в изменении четко описанных и хорошо операционализированных образцов поведения, когний и эмоций, которое экспериментально контролируется на всех этапах работы.

Таким образом, в ходе терапевтического общения и в результате использования специальных технологий психотерапевт, чтобы улучшить самочувствие пациента, влияет на его установки, ход мыслей и регуляцию поведения. Результатом такого рода вмешательств должно стать изменение баланса позитивных и негативных мыслей и чувств в пользу позитивных. С того момента, когда клиенту уже больше не требуется помощь психотерапевта, поведенческую психотерапию можно считать завершенной.

Из самого названия «поведенческая психотерапия» следует, что это один из видов психотерапевтической практики, в центре внимания которой находятся особенности поведения клиента, доставляющие страдания ему самому или людям из его окружения. При определенной степени выраженности поведенческих нарушений эти страдания могут приобретать хронический затяжной характер, для устранения этих нарушений требуются специально организованные терапевтические действия. В рамках поведенческой психотерапии помощь, которую оказывает психотерапевт пациенту, состоит в том, что они вместе анализируют причины и характер поведенческих проблем, приводящих к страданиям; терапевт планирует и осуществляет мероприятия, направленные на устранение болезненных особенностей поведения или на формирование новых навыков поведения, отсутствие которых вызывало проблемы и болезненное состояние.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Современные тенденции развития поведенческой психотерапии таковы, что все больше внимания уделяется формированию или повышению социальной компетентности пациента, практике, расширяющей его поведенческий репертуар, устраняющей негативный или деструктивный характер мыслей, то есть имеющей скорее гуманитарный, чем лечебный характер. Однако в этих тенденциях поведенческая психотерапия не оригинальна — такова общая линия развития психотерапии как науки и профессиональной практики.

Принципиальные отличия этого вида психотерапии от других состоят в следующем:

1. *Поведенческая психотерапия концентрируется в первую очередь на изменении поведения.* Ключевое отличие поведенческой психотерапии от других подходов заключается в том, что под терапией понимается любая форма обучения новым способам поведения, отсутствие которых так или иначе ответственно за психологические проблемы клиента. Часто такое обучение предполагает устранение ошибочных форм поведения или же их видоизменение. При этом способ и вид обучения (или переучивания) принципиального значения не имеют.

Конечно, в современной поведенческой психотерапии под «поведением» понимают не только внешние, явные его формы, но и всю гамму мыслительных (когнитивных) и эмоциональных процессов, участвующих в его регуляции. Именно нацеленность на достижения поведенческих изменений путем сложной многоуровневой работы можно отнести к числу наиболее значимых «родовых черт» поведенческой психотерапии.

2. *Контроль над процессом и результатами* — другая отличительная черта поведенческой психотерапии. Психотерапевт старается иметь дело только с четко фиксируемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими проявлениями и стремится получить очевидный и воспроизводимый результат. Еще до начала активных психотерапевтических вмешательств определяется список целей, по степени достижения которых судят об эффекте психотерапии. Терапевты поведения не делают секретов из своих методов, доступно излагают принципы

их действия пациентам, стремятся сами контролировать успех терапии и предлагают научиться этому своим пациентам. Кстати, именно за тщательный контроль результатов поведенческую психотерапию очень любят агенты медицинских страховых компаний.

3. *Опора на экспериментальные данные и психологические теории* является основой всего процесса психотерапии. Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы использовать методы, прошедшие тщательную экспериментальную оценку и опирающиеся на ясные теоретические концепты.

4. *Множественность отдельных техник и многообразие терапевтических подходов*, объединенных одной целью и ориентированных на изменение или модификацию болезненного поведения, — еще одна черта этого направления психотерапии. Довольно трудно проследить внутреннее единство этих технологий, поскольку для отдельных случаев разработаны очень специфичные приемы, с которыми мы еще познакомимся. При осуществлении психотерапевтических мероприятий психотерапевт, исходя из картины поведенческих нарушений, каждый раз должен заново выбирать из этого многообразия методов наиболее подходящие. То есть речь идет скорее о разных технологиях, объединенных общей терапевтической ориентацией и рассчитанных на мульти-модальное воздействие, нежели о едином стандартизированном методе.

Психолог, использующий поведенческую психотерапию, ориентируется на психологическую модель проблемного поведения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В отличие от *квазимедицинских* моделей психических расстройств и девиаций, имеющих в своей основе биологические или физиологические предпосылки, поведенческая психотерапия использует *психологическую модель* отклоняющегося поведения, которая опирается на несколько базовых предположений*.

1. Многие особенности поведения, которые раньше считались болезнями, рассматриваются в поведенческой психотерапии как «психологические трудности» или «жизненные проблемы».

2. Признается, что болезненное, или девиантное, поведение в основном приобретает по тем же законам, что и нормальное. Принципы изменения здорового и болезненного поведения одинаковы, и поэтому на болезненное поведение можно воздействовать обычными методами научения.

3. Поведение человека в большой степени зависит от *ситуативных переменных* и поэтому должно рассматриваться во взаимосвязи с актуальной ситуацией и исходя из ее особенностей. Анализ событий в далеком прошлом, приведших к возникновению болезненного поведения, уделяется совсем немного внимания.

4. Для того чтобы изменить поведение, не обязательно понимать причины его возникновения и происхождение

* Вильсон Д. Т. Поведенческая терапия // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 3. URL: http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/journal/numbers/20002/papers/06.htm

ние проблемы. Во-первых, эти данные зачастую либо недоступны, либо требуется слишком много времени и усилий, чтобы их получить, во-вторых, мы еще очень мало знаем о причинно-следственных связях между психическими явлениями.

5. Для терапии необходимо предварительно проанализировать проблему с учетом многих модальностей и затем выбрать методы, подходящие для применения в условиях выявленных особенностей.

6. Способы и приемы терапии подбираются строго индивидуально, применительно к разным людям и их специфическим личным проблемам.

Конечно, приведенная здесь модель проблемного поведения стала результатом жарких споров и не приобрела пока законченного характера. Но именно по соответствию этой модели судят о том, может ли отдельный метод психотерапии быть отнесен к разделу «поведенческих».

ЭТАПЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Исходя из названных базисных предположений, поведенческая психотерапия человека, оказавшегося в кризисной ситуации, осуществляется по нескольким взаимосвязанным и взаимодополняющим этапам.

1. *Поведенческая диагностика.* До начала вмешательства совместно с пациентом, обратившимся за помощью, определяют цель терапии, то есть обсуждают, к какому именно состоянию пациент хочет прийти с помощью

терапевта, что будет считаться успехом терапии*. На этом этапе в диалоге следует найти ответ на вопрос о том, *какие образцы поведения требуется изменить с точки зрения их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления.* Далее анализируют причины возникновения ошибочного или целевого поведения или те очевидные факторы, которые тормозят целевое поведение. Только на основании знания целевого поведения и причин его осуществления терапевт планирует и обсуждает с клиентом конкретные мероприятия по достижению желаемого состояния.

Конечно, не всегда в случае терапии кризисных состояний есть время и возможность провести детальный поведенческий анализ. Однако этика психологической помощи требует искать пути к максимально точной и подробной поведенческой диагностике**.

2. *Терапевтические вмешательства.* На основе согласованного с клиентом плана терапии по совместно составленному расписанию происходят терапевтические встречи в групповой и (или) индивидуальной форме. Каждая из этих двух форм поведенческой терапии кризисных состояний имеет свои преимущества и недостатки, хорошо известные психологам и описанные в литературе. Особенностью терапии кризисных состояний является то, что чаще используется индивидуальная терапия. Эта форма уменьшает возможность подражать болезненному поведе-

* Kanfer F. H., Saslow G. Behavioral diagnoses // C. M. Franks (Ed.). Behaviour therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969; Schulte D. (Hrsg.). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Muenchen: U&S, 1974.

** Ромек В. Г. Модели поведенческого анализа // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 12-Ю.

нию других членов группы, а также такие негативные эффекты, как усиление негативной самооценки и рост чувства беспомощности, которые часто возникают в результате сравнения себя с более эффективно справляющимися с кризисной ситуацией пациентами.

3. Контроль эффективности. На каждом этапе поведенческой психотерапии проводится контроль ее эффективности по особой схеме, известной в экспериментальной психологии как «модель А-В-А».

Эта экспериментальная модель крайне проста и ограничена изучением одного испытуемого (А) до и после какого-либо терапевтического вмешательства (В). Речь идет о выборке различных действий испытуемого А до момента вмешательства, в процессе вмешательства и спустя некоторое время после него.

Вместо того чтобы сравнивать поведение пациента с эталонным, его сравнивают с ним самим, но таким, каким он был раньше. Таким образом, в самой схеме А-В-А заложен дополнительный источник мотивации изменений, ведь сравнение с эталоном почти всегда позволяет убедиться, что эталон не достигнут. Сравнение с самим собой в этом смысле всегда означает либо положительное подкрепление, либо возможность получить помощь в дальнейшей работе над своей проблемой.

Если выборка поведения испытуемого (пациента) после терапии приблизится к заранее определенным целям, то результат достигнут. Если ожидаемых изменений не будет обнаружено, то потребуются либо уточнение и конкретизация целей, либо коррекция плана психотерапевтических мероприятий.

Вряд ли стоит рассматривать три этапа поведенческой психотерапии как некоторую временную последовательность. Очень часто диагностика, вмешательство и контроль проходят одновременно. Анализ целей терапии уже означает своеобразное вмешательство, а контроль по модели А-В-А дает повод для дополнительного обсуждения целей или коррекции терапевтического плана. Важно только понимать, что пропуск любого из названных этапов заставляет специалистов усомниться либо в квалификации терапевта, либо в том, что осуществляется именно поведенческая психотерапия.

При работе в чрезвычайных ситуациях часто используются экспрессные формы психологической помощи и поддержки, своего рода «психологическая первая помощь», о которой мы расскажем далее. Но и эта экспрессная форма поведенческой психотерапии подразумевает прохождение всех трех названных этапов поведенческой психотерапии.

Кризисная ситуация как внутренний и внешний стимул.

В кризисной помощи пострадавшим в результате травматических событий психолог чаще имеет дело не с внешними стимулами (хотя такой кризис связан именно с внешними событиями), а с внутренними — с отражением внешних бед и катастроф.

И здесь следует четко различать индуцированные событием изменения в поведении (например, нервный тик или заикание), для сохранения которых сам внешний стимул уже не имеет особого значения, и изменения в поведении и настроении под постоянным влиянием трансформированного внешнего стимула в форме навязчивых образов или мыслей.

В первом случае нам, очевидно, не стоит возвращаться к анализу кризисного события, и наша цель состоит в устранении болезненного поведения. В случае же с внутренним стимулом возникает возможность, которой не следует пренебрегать. Мы можем попытаться либо устранить этот внутренний стимул, либо научить пациента контролировать его, тем самым повлияв на снижение вероятности проявления болезненных реактивных форм поведения.

МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

В зависимости от того, имеет ли психолог время для детального анализа ситуации или же он вынужден оказывать экстренную психологическую помощь, различают краткосрочную и долгосрочную кризисную поведенческую психотерапию. Разница между этими двумя подходами достаточно условна, поскольку часто «беда не приходит одна» и эти два подхода приходится комбинировать.

«ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга* разработали ряд поведенческих рекомендаций, которых психологу, другому специалисту или добровольцу следует придерживаться, оказывая помощь в острой

* Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.

кризисной ситуации. Эти рекомендации могут быть использованы как психологами при непосредственной работе в местах массовых бедствий, так и для подготовки спасателей и сотрудников специальных служб. Конечно, те же самые правила важны и для экстренной помощи в кризисных ситуациях.

ПРАВИЛА ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СПАСАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ

Правило 1. Дайте знать пострадавшему, что вы уже рядом и что уже принимаются меры по спасению.

Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся ситуации он не одинок. Подойдите к пострадавшему и скажите, например: «Я останусь с вами, пока не придет скорая помощь». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит: «Скорая помощь уже в пути».

Правило 2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.

Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, отогнать любопытных от места происшествия.

Правило 3. Осторожно устанавливайте телесный контакт.

Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадавших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Даже оказывая медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне с пострадавшим.

Правило 4. Говорите и выслушивайте.

Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпеливы, выполняя свои обязанности. Говорите и сами, желательно спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков! Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

ПРАВИЛА ПЕРВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как скоро можно ожидать успеха. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибывает, что вы об этом позаботились.

Правило 4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том

же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы убедить его в его собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

Правило 10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Правило 11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Правило 12. Если стресс является тем, с чем постоянно работает психолог, то он может негативно сказаться на нем. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должны вести профессионально подготовленный модератор.

МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Нет нужды еще раз повторять, что психотерапия кризисных состояний строится индивидуально и не может быть сведена к последовательному применению перечисляемых далее техник. Искусство психотерапевта значительно шире, чем эклектическое сочетание различных приемов, и приобретается в процессе достаточно длительной послевузовской подготовки.

Очень условно можно разделить все методы поведенческой психотерапии кризисных состояний на приемы кратковременного облегчения и способы долговременного овладения кризисом (см. рис. 2).

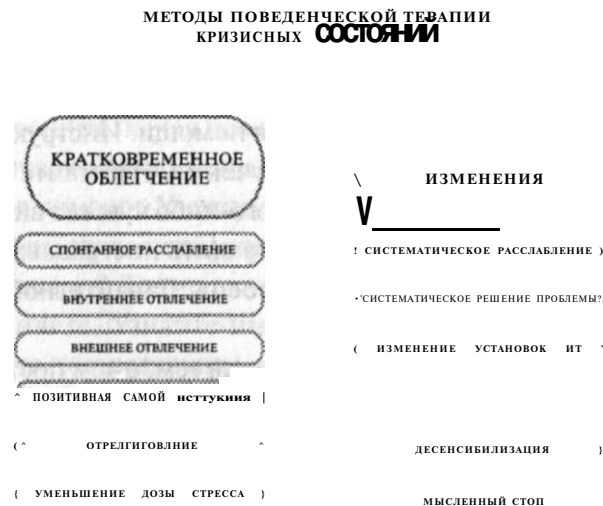


Рис. 2. Методы терапии кризисных состояний

К методам кратковременного облегчения переживания кризиса относятся следующие приемы поведенческой психотерапии.

Спонтанное расслабление. Пациенту предлагается каждый раз, когда встречаются объекты, которые напоминают ему о причиненном страдании, или же приходят мысли о травмирующем событии, несколько раз глубоко вздохнуть и расслабиться, встряхнуть опущенными руками, сделать круговые движения плечами, дать себе инструкцию на расслабление («я совершенно спокоен и расслаблен»). В результате должна уменьшиться доза стресса, провоцируемого болезненными внутренними или внешними стимулами*.

Внутреннее отвлечение. Пациенту предлагается представить себе картину событий, вызывавших в прошлом позитивные чувства, или пофантазировать по поводу ожидаемых в будущем приятных вещей. Ожидается замещение этими мыслями или фантазиями мыслей и образов травмировавшего события.

Внешнее отвлечение. Вместе с пациентом выявляются занятия, которые обычно доставляют ему удовольствие. Дается задание заниматься как можно чаще этими приятными делами. Если уже давно планируется какое-либо приятное мероприятие, то этим рекомендуют заняться незамедлительно.

В качестве внешнего отвлечения могут использоваться и не очень приятные, но полностью занимающие вни-

* Подробнее о приемах релаксации и ситуативного расслабления можно прочесть в книге: Цзен Р. В., Пахомов Ю. В. Психотренинг: Игры и упражнения. М.: ФиС, 1988.

мание дела (ремонт, механическая работа, помощь кому-либо в сложном деле и т. п.).

Интенсивная внешняя деятельность, особенно безусловно приятная клиенту, выступает в качестве замещения болезненного поведения. От внешнего отвлечения, которое может использоваться несколько раз в течение дня и перемежаться другой деятельностью, интенсивная внешняя деятельность предполагает полное поглощение человека в течение всего дня (например, сложный туристический десятидневный поход).

Позитивная самоинструкция может быть использована в терапии, если кризисные события мешают пациенту выполнять его прямые обязанности, выступают в качестве внутреннего барьера. Пациенту рекомендуют произносить про себя простые, направленные на успех инструкции: «Я пойду и поговорю с ним об отсрочке платежей» или «Сейчас я сяду за компьютер и продолжу работу над статьей» или «Я немедленно займусь ремонтом на кухне».

Отреагирование. Ярость и злость, обида и негодование могут быть выражены с помощью физических упражнений, особенно из разряда восточных практик или боевых искусств. Как и в психодраме, пациенту можно помочь выплакаться, покричать, сказать громко, допуская любые выражения, о том, что он думает об обидчике.

Уменьшение дозы стресса. Если кризис был вызван каким-либо событием или учреждением, лицом или объектом и эти стимулы постоянно попадают пациенту на глаза, то степень страдания мы можем уменьшить, если придумаем способ уменьшения масштаба или степени конфронтации с этими стимулами.

Эти методы кратковременного облегчения имеет смысл дополнять приемами долговременных изменений. Конечно, долговременных изменений труднее достичь, но «игра стоит свеч».

Систематическое расслабление отличается от спонтанного тем, что клиенту дают задание регулярно посещать занятия для тренировки навыков релаксации в тренинговой группе или психотерапевтическом центре. В целях систематического расслабления используют аутотренинг, мышечную релаксацию по Джекобсону, йогу, массаж и пр.

Решение проблем. Многим пациентам дает чувство безопасности осуществление мероприятий по предотвращению критических событий в будущем (например, оборудование квартиры охранной сигнализацией или переезд из сейсмоопасного региона).

Изменение установок: рационально-эмоциональный тренинг. Если центр тяжести проблем состоит в искаженном представлении о долге и чрезмерном чувстве вины, то имеет смысл предпринять анализ установок и провести курс когнитивной терапии, например, рационально-эмоциональный тренинг по А. Эллису*.

Беседа. Открытая беседа или коммуникация в поведенческой терапии считается наиболее цивилизованным способом решения проблем. Пациенту предлагается составить список лиц, с которыми он может обсудить свою беду. Не обязательно эти беседы должны быть приятными, но обязательно — открытыми и честными. Ожидает-

* Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб.: Питер Пресс, 1997; Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб.: Питер Пресс, 1999.

ся, что прямой разговор «снимет камень с души» и позволит проверить некоторые, возможно, ошибочные предположения*. Такие беседы часто требуют продолжительного времени и детального разбора на последующих встречах с психотерапевтом.

Систематическая десенсибилизация по отношению к травмирующим стимулам заключается в предъявлении вызывающего неприятные эмоции стимула на фоне релаксации. При правильном применении метода стимулы, ранее вызывавшие негативные чувства, после тренинга автоматически вызывают релаксацию**.

Мысленный стоп. Каждый раз, когда в голову клиента приходят тревожные мысли о пережитом, ему предлагается говорить себе «стоп» (или представлять соответствующий образ, например, знак «Проезд закрыт»), делать небольшую паузу и переходить к внешнему или внутреннему отвлечению. Этот прием также требует многократного повторения и контроля со стороны психотерапевта. Ожидается, что частота «стопов» с течением времени уменьшается.

Конечно, существует множество других методов, специфичных для отдельных поведенческих нарушений. Мы надеемся, что у вас появилось желание поближе познакомиться с поведенческой психотерапией, тем более что уже есть достаточно серьезная и доступная литература по этой теме***.

* Подробнее о тренинге открытого выражения чувств см.: Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб.: Речь, 2002.

** Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия М.: Академия, 2002. С. 27-31.

*** Фёдоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 1

Переформулируйте «Правила первой психологической помощи для психологов» применительно к ситуациям: супружеская измена; дорожно-транспортное происшествие с человеческими жертвами; разговор с ребенком, потерявшим родителей; разговор с избитым по расистским мотивам иностранцем.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ 2

Найдите в учебных пособиях по психологическому консультированию и психотерапии* описания методов лечения нарушений, перечисленных выше.

Какие из этих методов можно считать поведенческими?

Есть ли среди них универсальные, подходящие к любому типу нарушений?

Почему вы так считаете?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Kanfer F. H., Saslow G. Behavioural diagnoses // C. M. Franks (Ed.). Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.

Lasogga F, Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.

* Мы рекомендуем: Перре М., Бауман У. (ред.). Клиническая психология. СПб.: Питер-Пресс, 2002.

Schulte D. (Hrsg.). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Muenchen: U&S, 1974.

Бек А., Фримен А. (ред.). Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002.

Вильсон Д. Т. Поведенческая терапия // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 3. URL: <http://psychol.ras.ru/ippf/journal/numbers/20002/papers/06.htm>

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.

Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. СПб.: Речь, 2001.

Перре М., Бауман У. (ред.). Клиническая психология. СПб.: Питер-Пресс, 2002.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997.

Ромек В. Г. Модели поведенческого анализа // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4.

Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб.: Речь, 2002.

Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия. М.: Академия, 2002.

Цзен Р. В., Пахомов Ю. В. Психотренинг: Игры и упражнения. М.: ФиС, 1988.

Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб.: Питер-Пресс, 1999.

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2002

Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб.: Питер-Пресс, 1997.

Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.

Приложение 1 ПРАКТИКУМ ПО ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОГИ

Симптомы тревоги являются наиболее частыми последствиями осложненных кризисных состояний. Например, «повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы» — симптом, часто встречающийся при посттравматическом стрессовом расстройстве. Исследования психологического состояния людей, перенесших травматическое воздействие, обычно выявляют высокий уровень депрессивных и тревожных симптомов, сопутствующих ПТСР*. Осложненная реакция горя также сопровождается тревогой, страхом, причем тревожные реакции имеют неспецифический характер, то есть человек очень часто тревожится и не может идентифицировать стимулы, которые вызывают тревогу. Поэтому методы систематической десенсибилизации, предполагающие вычленение и иерархизацию различных ситуаций, ассоциирующихся с тревогой или страхом, не всегда подходят для работы с такими неспецифическими тревожными реакциями. Следует также учитывать, что ко многим пациентам,

* См. *Joseph St., Williams R., Yule W.* Understanding Post-traumatic Stress. A Psychological Perspective on PTSD and Treatment. New York: John Wiley & Sons, 1997. P. 20 (Associated Symptoms).

в частности, перенесшим травматический стресс, вообще невозможно применить терапевтические методы прямой экспозиции, такие как имплозия и систематическая десенсибилизация, поскольку из-за очень высокого уровня тревоги и отсутствия преодолевающих навыков у этих пациентов велика вероятность повторной травматизации во время экспозиции.

Специально для пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством или симптомами генерализованной тревоги*, разработаны различные варианты метода *тренинга управления тревогой* (Anxiety Management Training)**. Автор данного варианта, Ричард Суинн*** (R. M. Suinn), предложил обучать пациентов с часто возникающей реакцией тревоги 1) идентифицировать внутренние признаки (когнитивные элементы и физические симптомы) активации тревоги и 2) отвечать

* Этот метод пригоден и для пациентов, страдающих паническим расстройством, потому что они тоже зачастую не могут идентифицировать стимулы, вызывающие реакцию тревоги или страха. Также АМТ можно использовать при работе с различными состояниями, в которых тревога играет важную симптомообразующую роль: например, когда тревога является источником медицинских проблем, таких как гипертензия, или препятствием к выполнению какого-либо действия, как в случае тревоги перед публичным выступлением. АМТ может быть полезен и при обучении контролировать другие состояния активации, например, гнев, что также важно при терапии осложненных кризисных состояний. О пригодности АМТ для обучения людей, пострадавших от травматического стресса, контролировать свои эмоциональные состояния см.: *Joseph St., Williams R., Yule W. Understanding Post-traumatic Stress. A Psychological Perspective on PTSD and Treatment. P. 123 (Cognitive - Behavioral Therapies).*

** Далее сокращенно: АМТ.

*** См.: *Suinn R. M. Anxiety Management Training (AMT): A Behavior Therapy. New York: Plenum., 1990; Suinn R. M. Anxiety Management Training // Anxiety and depression in adults and children / Ed.: Kenneth D. Craig, Keith S. Dobson. Sage Publication, 1995. P. 159-179.*

на эти признаки реакцией, которая их устраняет. Стало быть, сама тревожная реакция может выступать в роли стимула появления новых, устраняющих ее реакций.

АМТ — это процесс поэтапного обучения инициировать реакции расслабления в ответ на появление признаков тревоги. Основной принцип научения, используемый в процедуре АМТ, — *принцип классического обусловливания*.

Краткое описание метода. Итак, процедура АМТ не требует, чтобы пациент обязательно определил причины или стимулы, которые активируют тревожную реакцию. Необходимо только актуализировать воспоминание о реальном случае переживания тревоги среднего уровня интенсивности. Терапевт может спросить пациента, *как именно* в тот момент переживалась тревога: например, мысленно или появлением физиологических реакций. Однако люди редко замечают подобные детали своего состояния, поэтому ответ будет найден не сразу. В процессе АМТ пациент научится идентифицировать произвольно всплывающие мысли или физические симптомы, которые сигнализируют о *начальной стадии* активации тревоги, а затем использовать релаксацию, чтобы предупредить дальнейшее усиление тревоги. АМТ, как и многие другие поведенческие методы, предполагает постоянную домашнюю работу пациентов. Домашние задания направлены на несколько целей: 1) развивать навыки релаксации в различных ситуациях, 2) распространять навыки совладания с тревогой за рамки терапевтической сессии и генерализовывать их. Каждое выполненное домашнее задание рассматривается и как очередной шаг к умению *предупредить* тревожные реакции.

Итак, в процессе АМТ пациенты обучаются отвечать на признаки (симптомы) тревоги расслаблением, развивать новые паттерны совладающего поведения, навыки контроля и управления своим эмоциональным состоянием в реальных условиях.*

В процессе АМТ используются несколько методов работы: управляемое воображение, релаксация, самонаблюдение и дневниковая регистрация.

Управляемое воображение. Используется для представления сцен из реальной жизни, связанных как с расслаблением, так и с тревожными реакциями.

Чтобы усилить расслабление в процессе терапевтической сессии, пациент представляет в деталях какую-либо сцену из своей жизни, ассоциирующуюся с расслаблением, спокойствием, безмятежным, умиротворенным настроением.

Чтобы научить пациента *ослаблять тревогу при помощи релаксации* в процессе терапевтической сессии, провоцируется активация состояния тревоги. Для этого необходимо представлять сцену из реальной жизни, связанную с тревогой. Метод управляемого воображения позволяет научиться контролировать тревогу в безопасной ситуации терапевтической сессии, благодаря чему пациент постепенно начинает выполнять задания по преодолению тревоги в реальных условиях.

Самонаблюдение и дневниковая регистрация. Эти процедуры сводятся к каждодневным записям результатов

* АМТ может использоваться и как дополнение к другим видам терапии, эффективность применения которых увеличится, если пациент предварительно научится регулировать свое эмоциональное состояние.

домашних тренировок релаксации (фиксируются глубина достигнутой релаксации и степень снижения тревоги посредством релаксации). Позже аналогичным образом фиксируются результаты применения релаксации для совладания с тревогой. Польза от ведения таких дневников состоит в том, что они позволяют терапевту узнать, практикует ли пациент то, чему его обучают, поддается ли тревога терапии, а также насколько пациент продвинулся в усвоении навыков самоконтроля. Записи пациента (самоотчеты) обычно обсуждаются в начале каждой сессии. Это помогает терапевту определить степень продвижения пациента за прошедшее от предыдущей встречи время и построить план этой сессии. Например, если из записей пациента стало очевидно, что в течение недели, прошедшей после первой сессии, он еще не научился расслабляться, содержание первой сессии следует повторить.

В конце каждой сессии АМТ необходимо оставлять время для подведения итогов. Обсуждаются достижения в усвоении навыков контроля и преодоления тревоги и другие важные темы. К примеру, если во время сессии для усиления расслабления и активации тревоги применялось управляемое воображение, следует обсудить, насколько реалистичным было переживание тревоги при представлении связанной с тревожной реакцией сцены, какая часть описания сцены способствовала более полному и интенсивному переживанию или же, к примеру, какие инструкции терапевта помогли пациенту расслабиться во время тренировки релаксации.

Основная цель АМТ-- формирование навыков управления своим эмоциональным состоянием. Одной из важных

особенностей АМТ является принцип постепенной передачи пациенту ответственности за обучение и применение навыков преодоления тревоги. Согласно этому принципу, в ходе тренинга активность терапевта постепенно уменьшается, а активность пациента, соответственно, возрастает, что способствует усилению его самоконтроля. Например, в начале АМТ терапевт постоянно инструктирует пациента, то есть говорит, что и когда ему делать: визуализировать тревожную сцену, чтобы добиться активации тревоги, закончить визуализацию, начать релаксацию и т. п. На последних сессиях пациент сам активизирует реакцию тревога и затем инициирует расслабление.

Развитие навыков самоконтроля может приводить к повышению самооффективности. АМТ структурирован так, что пациент постоянно получает опыт самоконтроля и осознает, что он действительно развивает новые навыки. Поскольку формирующиеся навыки сразу же применяются при выполнении домашних заданий, самооэффективность возрастает.

Программа АМТ состоит из пяти основных сессий. В случае необходимости терапевт может увеличивать количество сессий до 6—8. Все сессии продолжаются около 60 минут, интервал между ними составляет в среднем одну неделю.

Оценка уровня тревоги, тяжести тревожных симптомов — процедура, предваряющая терапевтическую программу АМТ. Обычно для оценки интенсивности и тяжести симптомов тревоги используются различные стандартизированные шкалы и вопросники (например, «Шкала самооценки тревоги» Д. В. Шихана, «Личностная шкала черт и состояний» С. Д. Спилбергера и многие

другие). Автор АМТ Р. Суинн предложил оценивать серьезность тревожных симптомов, ориентируясь по частоте их возникновения и по степени интенсивности.

Частота возникновения симптомов. Симптомы оцениваются как более тяжелые, если:

- частота тревожных реакций в единицу времени (неделя, сутки, час) увеличивается;
- симптомы тревоги сохраняются в течение более длительного времени после первоначальной активации (то есть для возвращения в нормальное состояние пациенту требуется все больше времени);
- интервалы между тревожными реакциями укорачиваются (то есть сокращается период времени, свободный от тревоги).

Степень интенсивности тревоги. Интенсивность симптомов оценивается как значительная, если:

- очень интенсивны симптомы, относящиеся к любой модальности (поведенческие, когнитивные, физиологические);
- проявляется несколько серьезных симптомов одной модальности или одновременно в нескольких модальностях (сильная диарея, плюс тошнота и возрастающее кровяное давление или истощающие негативные мысли, плюс усталость и головная боль);
- имеют место симптомы, оказывающие сильное влияние на ежедневный жизненный уклад (приводящие к проблемам в работе, социальной жизни, истощающие физически).

ПРОГРАММА АМТ

Практикум предполагает работу в группах из трех человек («терапевт», «пациент», «наблюдатель»). После каждой учебной сессии следует проводить обсуждение и коррекцию действий «терапевта». Функции наблюдателя включают отслеживание хода сессии, аудиозапись или ведение протокола сессии.

Практическое занятие 1

АМТ-сессия 1. Состоит из пяти последовательных этапов:

- 1) информирование пациента — объяснение принципов и целей АМТ;
- 2) описание реальной ситуации, ассоциирующейся с расслаблением (далее будет использоваться словосочетание «релаксирующая сцена»);
- 3) релаксационный тренинг (релаксация по системе Джекобсона);
- 4) обсуждение сессии;
- 5) домашнее задание.

Информирование. В начале сессии опишите АМТ как метод, следуя которому, пациент обучается: (а) определять самые первые признаки появления тревоги и (б) использовать релаксацию, чтобы устранить тревогу. Информировать пациента о том, что на следующих сессиях необходимо будет активировать тревогу и для этого в воображении представлять сцены из реальной жизни, ассоциирующиеся с тревогой, после чего тревога будет устраняться при помощи релаксации.

Вводная инструкция к методу АМТ. «Часто, когда вы чувствуете тревогу, кажется, что она внезапна, непредсказуема и беспричинна. Например, сердцебиение иногда так быстро учащается, что вы воспринимаете это как сердечный приступ и не связываете свое состояние с какими-либо внешними событиями или обстоятельствами. АМТ поможет вам научиться уменьшать тревогу и устранять ее последствия. Для этого в процессе тренинга будет необходимо пройти несколько последовательных шагов. Вначале вы научитесь расслабляться. Это можно сделать, выполняя специальный комплекс упражнений. Затем вы научитесь применять расслабление для уменьшения тревоги. Во время занятий мы будем использовать воображение, чтобы вы могли, вспомнив реальную тревожную для вас ситуацию, воспроизвести переживание тревоги. Вслед за этим вы расслабитесь и таким способом ослабите тревогу.

Мы будем тренироваться до тех пор, пока вы полностью не освоите этот метод контроля тревоги. Мы начнем обучение с контроля над средним уровнем тревоги и будем работать, пока вам не станет лучше и вы не избавитесь от тревоги. Для того чтобы научиться управлять своим эмоциональным состоянием и контролировать тревогу, где и когда бы она ни появилась, вы будете получать домашние задания на тренировку навыков управления тревогой в реальной жизни.

Есть ли у вас вопросы после ознакомления с **общей** идеей тренинга?»*

* Текст инструкции см.: *Suinn R. M. Anxiety Management Training Anxiety and depression in adults and children / Ed.: Kenneth D. Cnuu, Km li S. Dobson. Sage Publication, 1995. P. 167.*

Релаксирующая сцена. Необходимо помочь пациенту описать релаксирующую сцену. Вначале попросите его вспомнить и описать реальную ситуацию, которая ассоциируется с чувствами расслабления и спокойствия. Следует рассмотреть конкретные детали сцены, в частности, сенсорные аспекты, относящиеся к различным модальностям: визуальные образы, звуки, температуру, тактильные ощущения, эмоции и т. п. Для усиления реалистичности релаксирующей сцены необходимо включить в описание точные дату и часы события, название места, в котором оно происходило, действия пациента и другие детали (например, название книги, которую пациент в это время читал, или мелодии, которую он слушал).

Обучение релаксации. Проводится по системе прогрессивной глубокой мышечной релаксации Джекобсона, согласно которой группы мышц вначале напрягаются, а затем расслабляются. Дополнительно проинструктируйте пациента обращать внимание на напряжение мышц и различия между ощущениями их напряжения и последующего расслабления. Эта инструкция способствует лучшему осознанию телесного напряжения. Последовательно расслабляются группы мышц обеих рук, предплечий, лба, лица, шеи и плеч, груди, живота, бедер, голеней и ступней. Обычно комплекс обучающих упражнений занимает 30 минут. Перед окончанием процедуры релаксации попросите пациента сделать несколько глубоких вдохов и выдохов. Впоследствии глубокое дыхание может стать средством индукции расслабления (например: «Сейчас делайте медленные глубокие вдохи и выдохи, и это поможет вам еще больше расслабиться; с каждым

выдохом расслабляйте еще одну группу мышц»). Когда упражнения закончатся, попросите пациента «включить» релаксирующую сцену, чтобы еще больше расслабиться. Необходимо проконтролировать, переживает ли пациент релаксирующую сцену; для этого попросите его сигнализировать поднятием кисти руки (или пальца): «Когда хорошо расслабитесь, слегка приподнимите правую руку».

Завершая релаксацию, попросите пациента обратить внимание на ощущения в различных группах мышц: «Обратите внимание на чувство расслабления в ваших руках... в предплечьях» и т. д. Затем вновь повторяйте релаксирующую сцену. Эта последовательность сохраняется, пока не останется 10 минут до окончания сессии. В конце сессии обсудите, насколько ясно пациент смог представить релаксирующую сцену, какие детали из ее описания ему помогали, какие группы мышц удавалось легко расслабить во время тренировки по системе Джекобсона, помогали ли расслабляться дыхательные упражнения. Сессия завершается домашним заданием.

Домашнее задание. Пациент получает задание: в течение последующих семи дней у себя дома в спокойной обстановке провести пять тренировок релаксации по системе Джекобсона (без представления релаксирующей сцены). Поскольку комплекс упражнений занимает 30—40 минут, посоветуйте ему выделить около часа свободного времени, чтобы заниматься без спешки и отвлечения на другие дела. Результаты упражнений фиксируются в специальном дневнике релаксации*.

* См. форму 1 «Дневник релаксации».

Практическое занятие 2

АМТ-сессия 2. Состоит из четырех этапов:

- 1) описание реальной ситуации, ассоциирующейся с чувством тревоги («тревожной сцены»);
- 2) релаксация;
- 3) активация тревоги с последующей релаксацией;
- 4) итоговая беседа, домашнее задание.

В начале сессии обсудите предыдущее домашнее задание, а затем попросите пациента описать реальное переживание ситуации, которая ассоциируется с тревогой среднего уровня (около 60 баллов по условной 100-балльной шкале тревоги). Так же, как и в процедуре идентификации релаксирующей сцены, тревожащая ситуация должна быть детально описана. Помимо таких обстоятельств, как время и место, указаний на участвующих или присутствующих людей, сцена должна включать описание ситуационных, когнитивных, физиологических, эмоциональных и поведенческих признаков активации тревоги. С другой стороны, такие поведенческие компоненты, как уход, избегание или другое защитное поведение, не должны включаться в эту сцену, поскольку их использование может привести к усилению неадаптивных реакций. Можно вводить эпизоды, в которых чувству тревоги сопутствует, например, не претворяемое в действие стремление выйти из комнаты, чтобы избежать ситуации.

Релаксация. После описания тревожной сцены дайте пациенту инструкцию на расслабление по системе Джекобсона, но без использования упражнений на напряжение мышц. Эта процедура занимает около 20 минут. Для усиления расслабления используется глубокое медлен-

ное дыхание. Далее введите представление релаксирующей сцены. Опишите релаксирующую сцену и, как и на прошлой сессии, попросите пациента приподнять руку, когда он достигнет комфортного уровня расслабления.

Активация тревоги и релаксация. После того как пациент, пройдя процедуры второго этапа, расслабился, инструктируйте его «включить» тревожную сцену и сигнализировать, когда он почувствует тревогу.

Инструкция представить тревожную сцену может быть такой: «Через несколько секунд я попрошу вас «включить» ту ситуацию, когда вы ушли с экзамена по истории. Я хочу, чтобы вы вернулись прямо туда, представили, что тогда с вами случилось. Когда вы почувствуете тревогу, подайте мне сигнал, подняв правую руку. Итак, «включите» эту сцену прямо сейчас и еще раз почувствуйте настоящую тревогу. Вы стоите у двери в аудиторию...» Иначе говоря, инструкция включает описание тревожной сцены и активирующих тревогу деталей. При этом вы должны изменить тон и громкость своего голоса так, чтобы он соответствовал тревожному аффекту. Представление сцены завершится по вашей инструкции через 10-15 секунд после того, как пациент подаст сигнал появления тревоги. Затем вновь индуцируйте релаксирующую сцену. Попросите пациента вновь подать сигнал, когда он достигнет комфортного уровня расслабления. Далее сделайте обзор расслабления отдельных групп мышц (поочередно называйте группы мышц, используя последовательность из комплекса упражнений по системе Джекобсона), что способствует усилению релаксации. Такое чередование активации тревоги и релак-

сации сохраняется до конца сессии. Вторая и последующие активации тревоги поддерживаются немного дольше, чем первая (в течение 20—30 секунд).

Итоговая беседа. Как и на первой сессии, у вас должно остаться время для беседы. Обсуждаются релаксация в начале сессии, вовлеченность пациента в релаксирующую сцену, реалистичность образа. По аналогичной схеме обсуждается и тревожная сцена, затем — активация тревоги и последующая релаксация.

Домашнее задание. Пациент получает задание каждый день практиковаться в релаксации без использования элементов напряжения мышц в спокойной обстановке *вне дома* и записывать результаты своих тренировок в дневник релаксации. Например, можно проделывать релаксирующие упражнения без напряжения мышц во время поездки в автобусе или в обеденный перерыв на работе. Остается задание на самонаблюдение и дневниковую регистрацию каждодневных стрессовых ситуаций.

Практическое занятие 3

АМТ-сессия 3. Структурирована так же, как и вторая сессия. Добавляются два важных этапа: 1) самостоятельное ведение расслабления пациентом и 2) привлечение внимания пациента к симптомам активации тревоги, что поможет ему идентифицировать симптомы, связанные с тревогой. Итак, третья сессия включает в себя следующие этапы:

- 1) релаксация, которую пациент проводит самостоятельно;
- 2) активация тревоги;

- 3) привлечение внимания к симптомам тревоги во время ее активации;
- 4) следующая релаксация;
- 5) повторение цикла активации тревоги, фиксации симптомов тревоги, релаксации (от трех до пяти репетиций);
- 6) итоговая беседа, домашнее задание.

Релаксация. Попросите пациента самостоятельно начать релаксацию. Это первый шаг к принятию им ответственности за контроль над своим эмоциональным состоянием. После того, как пациент подаст сигнал о достижении состояния расслабления (как правило, через одну или две минуты), инструктируйте его «включить» тревожную сцену.

Активация тревоги. Так же, как и на предыдущей сессии, активация тревоги достигается через представление сцены, ассоциирующейся с тревогой 60-балльного уровня интенсивности. Сразу после того, как пациент подаст сигнал о появлении тревоги, спросите его о сопутствующих симптомах.

Анализ симптомов, сопутствующих тревоге. Инструктируйте пациента: «Обратите внимание на то, *как* вы чувствуете тревогу; возможно, это телесные ощущения, например мышечное напряжение в шее, или сердцебиение, или какие-нибудь мысли». Инструкция должна включать описание симптомов, о которых пациент упоминал, когда воссоздавал тревожную сцену. В данном случае преследуется цель научить пациента замечать симптомы, являющиеся индикаторами тревоги. Это поможет не только распознавать уже возникшую тревогу, но и предупреждать развитие тревожной реакции.

Последующая релаксация. Этот этап релаксации проводится терапевтом. Попросите пациента «включить» релаксирующую сцену и опишите ее в деталях. Затем проведите краткий обзор состояния отдельных групп мышц с целью усиления релаксации.

Домашнее задание. Продолжается практика релаксации. Дополнительно инструктируйте пациента проводить упражнения на расслабление в ситуациях, связанных с небольшим напряжением или тревогой. Пациент также должен продолжать самонаблюдение за своими реакциями, используя дневник тревожных ситуаций. Попросите пациента фиксировать физиологические, когнитивные и поведенческие признаки тревоги, поясните на примере, как это делать. Попросите отмечать попытки овладеть небольшой тревогой при помощи релаксации и их результаты. Для новых записей предложите форму с дополнительными колонками (например, «мои мысли», «физические ощущения», «релаксация», «результат релаксации»)*.

Практическое занятие 4

АМТ-сессия 4. Введите два новых компонента. Во-первых, необходимо воссоздать тревожную сцену 90-балльного уровня интенсивности, которую в течение сессии вы будете чередовать с предыдущей 60-балльной тревожной сценой. Иногда, в том случае, если тревожная сцена 60-балльного уровня интенсивности уже не активирует тревогу, появляется необходимость в воссоздании новой тревожной сцены этого уровня. Также на этой сессии

* См. форму 3 для дневниковой регистрации.

следует передать пациенту еще больше ответственности за самоконтроль, в частности, за расслабление после активации тревоги. Поясните пациенту, что, начиная с этой сессии, он сам будет решать, когда закончить представление тревожной сцены и начать расслабляться, представляя релаксирующую сцену, расслабляя мышцы или используя глубокое дыхание. Вводя эти изменения, вы должны поменять и систему сигналов. Инструкция для пациента теперь может звучать следующим образом: «Поднимите правую руку, когда вы вновь почувствуете тревогу, держите руку поднятой все время, пока будете чувствовать тревогу... Когда вновь расслабитесь и почувствуете себя достаточно комфортно, опустите руку».

Домашнее задание. Попросите пациента продолжать самонаблюдение и дневниковую регистрацию стрессовых ситуаций и реакций на них. Дополнительно проинструктируйте обращать внимание на самые первые признаки надвигающейся тревожной реакции и применять навыки релаксации при их появлении. Используются формы самонаблюдения с опорой на *определенные периоды времени* и на *конкретные ситуации**. В первом случае попросите пациента фиксировать признаки появления тревоги утром, в середине дня, в послеполуденное время и вечером. Для пациентов, страдающих головными болями, связанными с эмоциональным напряжением, временной интервал между упражнениями должен быть сокращен до двух часов. Это помогает устранять малейшее мышечное напряжение в связанной с головной болью области (чаще всего в мышцах

* См. формы 4 и 5.

шеи) в самом начале, то есть как только оно начинает появляться. При самонаблюдении с опорой на конкретные ситуации попросите пациента отмечать уровень напряжения или тревоги, предшествующий определенной деятельности, которая, как ему уже известно, связана с активацией тревоги, например, подготовка к экзамену или ожидание в приемной у стоматолога. Инструктируйте пациента в каждом из этих случаев при появлении малейших признаков надвигающейся тревоги вводить релаксационный контроль. Попытки контролировать тревогу и их результаты по-прежнему фиксируются в дневнике самонаблюдений.

Итак, на четвертой сессии повторяется основная схема АМТ и дополнительно воссоздается тревожная сцена 90-балльного уровня. Пациент впервые начинает самостоятельно расслабляться после активации тревоги. Терапевт просит пациента «включить» тревожную сцену 90-балльного уровня и обратить внимание на когнитивные, эмоциональные и поведенческие признаки активации тревоги. После того, как пациент подал сигнал о появлении тревоги, он самостоятельно «выключает» тревожную сцену, вновь расслабляется, используя тот метод, который оказался для него наиболее эффективным (представление релаксирующей сцены, мышечная релаксация, глубокое дыхание), и подает терапевту сигнал о наступлении расслабления. Та же схема повторяется с использованием тревожной сцены 60-балльного уровня. Как и раньше, сессия заканчивается обсуждением и домашним заданием по самонаблюдению и применению навыков преодоления тревоги; результаты фиксируются в дневнике самонаблюдения.

Практическое занятие 5

АМТ-сессия 5. Ваша активность существенно уменьшается, а активность пациента должна, соответственно, возрасти, что позволит доверить ему ответственность за полный самоконтроль эмоционального состояния. В начале сессии попросите пациента самостоятельно расслабиться и подать сигнал о достижении расслабления. После этого «включите» тревожную сцену. Хотя вы пока еще «включаете» тревожную сцену, все действия на этом этапе контролирует пациент. Инструктируйте его следующим образом: «После того как вы почувствуете тревогу, продолжайте представлять себя в тревожной ситуации и начинайте расслабляться. Когда вы расслабитесь, завершите представление тревожной ситуации и подайте сигнал о том, что вы ее завершили, потом продолжайте расслабляться до тех пор, пока я снова не попрошу вас «включить» представление тревожной ситуации».

Так же, как и на **предыдущей** сессии, чередуются представления тревожных сцен 60- и 90-балльного уровней. Используются такие же сигналы, то есть рука поднимается и удерживается, пока пациент переживает тревогу, и опускается, когда он расслабляется. Период между сигналами служит индикатором достигнутого прогресса в управлении тревогой. Домашние задания остаются прежними.

Итак, на пятой сессии повторяется основная схема тренировок. Терапевт инструктирует пациента «включить» тревожную сцену 90-балльного уровня и, обратив внимание на внутренние признаки тревоги, сигнализировать, что она вновь появилась. Далее пациент, удерживая тревожную сцену в воображении, начинает релаксацию и сигнализирует,

когда достигает расслабления, после чего сам заканчивает тревожную сцену. Цикл вновь повторяется с использованием тревожной сцены 60-балльного уровня. Сцены 90- и 60-балльного уровней чередуются до конца сессии.

АМТ-сессии 6–8. Формат пятой сессии повторяется до тех пор, пока пациент не достигнет оптимального самоконтроля. При необходимости могут воссоздаваться новые тревожные сцены.

В завершение предложите пациенту проверить его достижения в реальных ситуациях. Список ситуаций, в которых пациент мог бы проверить свое умение управлять тревогой, составляется совместно с терапевтом. Испытание реальностью позволяет пациенту убедиться в своих достижениях. В итоге пациент сможет принять самостоятельное решение завершить терапию.

ФОРМЫ ДНЕВНИКОВ САМОНАБЛЮДЕНИЯ И ТРЕНИРОВОК

Форма 1. Дневник релаксации

Дата / время тренировки	Уровень напряжения перед тренировкой в баллах (0-100)	Уровень напряжения после тренировки в баллах (0-100)	Области легкого рас- слабления	Области затруднений в рас- слаблении

Форма 2. Дневник стрессовых ситуаций

Дата / время	Ситуация, в которой возникает напряжение или тревога	Уровень тревоги в баллах (0-100)	Мысли	Физические ощущения

Форма 3. Самонаблюдение и релаксация в ситуациях с небольшим уровнем напряжения

Дата / время	Ситуация, в которой возникает напряжение или тревога	Мысли	Физи- ческие ощу- щения	Уровень напря- жения в баллах (0-100)	Релак- сация	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0-100)

Форма 4. Самонаблюдение и релаксация в течение дня

Дата	Период времени*			
	Утро (7её-11её)	Полдень (11её-15её)	Послеобеденное время (15её-19её)	Вечер (19её-23её)
Уровень напря- жения до ре- лаксации в бал- лах (0-100)				
Уровень на- пряжения по- сле релаксации в баллах (0-100)				

* Временные интервалы обозначаются индивидуально для каждого пациента.

Форма 5. Самонаблюдение и релаксация
в стрессовых ситуациях

Дата / время	Ситуация, в которой возникает напряжение или тревога	Первые признаки (сигналы) тревоги		Уровень напря- жения в баллах (0-100)	Релак- сация	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0-100)
		Мысли	Физи- ческие ощу- щения			
					Да (нет)	

УПРАЖНЕНИЯ
ДЛЯ БЫСТРОГО СНЯТИЯ НАПРЯЖЕНИЯ*

Упражнение 1

Фаза напряжения. Согните руки, держа их перед грудью параллельно полу. Закройте глаза, дышите легко и равномерно, крепко сожмите кулаки. Затем резко напрягите все мышцы рук от плеча до кисти. Кулаки надо сжать так, чтобы мышцы начали вибрировать. Продолжайте дышать легко и равномерно. Напрягайте мышцы до такой степени, чтобы появилось легкое ощущение боли.

Фаза расслабления. Опустите руки так, чтобы они свободно повисли вдоль тела. Расслабьте мышцы рук. Полностью расслабьтесь. Медленно вдыхайте и выдыхайте. Сосредоточьтесь на ощущениях тяжести и тепла в ваших руках, затем откройте глаза.

* По рекомендациям *Uffe Krik*. Psychological first aid (and other human support). Danish Red Cross, 1993.

Контроль. Если вы не можете дышать и напрягаться одновременно, необходимо потренироваться. Вы получите желаемый результат, если полностью сконцентрируетесь на мышечном усилии и дыхании. Если ваши руки после упражнения стали теплыми, значит, вы хорошо поработали. Если нет, попробуйте сначала.

Использование. Применяйте это упражнение, чтобы освободиться от внутреннего напряжения перед важной встречей, выступлением или принятием решения. Используйте упражнение, когда хотите достичь быстрого физического расслабления или когда вы оказываетесь в стрессовой ситуации. Применяйте это упражнение и в тех случаях, когда раздражаетесь или беспокоитесь, вместо того чтобы, скажем, курить.

Упражнение 2

Фаза напряжения. Лягте спиной на пол или другую жесткую поверхность. Полностью вытяните ноги, положите руки вдоль тела. Дышите легко и свободно. Крепко сожмите ягодицы. Затем напрягите икры и бедра. Напрягите все ваше тело, одновременно делайте равномерные вдохи и выдохи — удерживайте напряжение примерно минуту. Старайтесь не выгибаться вверх, чтобы не получился «мост». Даже когда вы достигли уровня максимального напряжения, ягодицы должны касаться пола.

Фаза расслабления. Позвольте напряжению полностью уйти. Возьмитесь руками за колени и покачайтесь так несколько раз, чтобы расслабить мышцы позвоночника.

Контроль. Если упражнение удалось, вы почувствуете расслабление и тепло во всем теле. Если вы слишком

сильно вытягивали ноги, у вас может появиться ощущение покалывания в стопах и икрах.

Использование. Для быстрого расслабления и освобождения от напряжения; для расслабления мышц позвоночника; для уменьшения боли в спине.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Joseph St., Williams R., Yule W. Understanding Post-traumatic Stress. A Psychological Perspective on PTSD and Treatment. New York: John Wiley & Sons, 1997. P. 120-123 (*Direct Exposure Therapy*), 123-131 (*Cognitive-Behavioral Therapies*).

Suinn R. M. Anxiety Management Training (AMT): A Behavior Therapy. New York: Plenum, 1990.

Suinn R. M. Anxiety Management Training // Anxiety and depression in adults and children / Ed: Kenneth D. Craig, Keith S. Dobson. Sage Publication, 1995. P. 159-179.

Приложение 2 ИНТЕРВЬЮ ПО ГЕНОГРАММЕ

Терапевт собирает информацию:

А. О составе семьи («Кто живет вместе в вашем доме? В каких они родственных отношениях? Были ли у супругов другие браки? Есть ли от них дети? Где живут остальные члены семьи?»).

Б. О демографических характеристиках семьи (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи и т. д.).

В. О настоящем состоянии проблемы («Кто из членов семьи знает о проблеме? Как каждый из них видит ее и как реагирует на нее? Имеет ли кто-нибудь в семье подобные проблемы?»).

Г. Об истории развития проблемы («Когда проблема возникла? Кто ее заметил первым? Кто думает о ней как о серьезной проблеме, а кто склонен не придавать ей особого значения? Какие попытки решений были предприняты и кем в этих ситуациях? Обращалась ли семья раньше к специалистам и были ли госпитализации? В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса? Видят ли члены семьи проблему как изменяющуюся? В каком направлении? К лучшему или к худшему? Что случится в семье, если кризис будет продолжаться? Какими видятся взаимоотношения в будущем?»).

Д. О недавних событиях и переходах в жизненном цикле семьи (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.).

Е. О реакциях семьи на важные события семейной истории («Какова была реакция семьи, когда родился определенный ребенок? В честь кого он был назван? Когда и почему семья переехала в этот город? Умер ли кто-либо из членов семьи? Кто пережил тяжелее всего смерть этого члена семьи? Кто перенес легче? Кто организовывал похороны?»). Оценка прошлых способов адаптации, особенно реорганизаций семьи после потерь и других критических переходов обеспечивает важные ключи о семейных правилах, ожиданиях и паттернах организации.

Ж. О родительских семьях каждого из супругов («Живы ли ваши родители? Если умерли, то когда и от чего? Если живы, то чем занимаются? На пенсии или работают? Разведены ли они? Были ли у них другие браки? Когда ваши родители встретились? Когда они поженились? Есть ли у вас братья или сестры? Старшие или младшие? Какая у вас разница в возрасте? Чем они занимаются, находятся ли в браке и есть ли у них дети?»). Терапевт может далее задавать такие же вопросы о родителях отца и матери. Целью является сбор информации, по крайней мере, о 3—4 поколениях, включая поколение идентифицированного клиента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях.

З. О других значимых для семьи людях (друзьях, коллегах по работе, учителях, врачах и т. д.).

И. О семейных взаимоотношениях («Кто-нибудь из членов вашей семьи прервал взаимоотношения друг

с другом? Есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте? Какие члены семьи очень близки друг к другу? Кому в семье этот человек доверяет больше всего? Все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют. Какие типы несогласия есть в вашей паре? У ваших родителей? В браках ваших братьев и сестер? Как каждый из супругов ладит с каждым ребенком?»). Терапевт может задавать специальные циркулярные вопросы. Например, он может спросить у мужа: «Как вы думаете, насколько близки были ваша мать и ваш старший брат?» и затем поинтересоваться о впечатлениях на эту тему его жены. Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи: «Как ваш отец описал бы вас, когда вам было тринадцать лет, что соответствует возрасту вашего сына сейчас?». (Целью таких циркулярных вопросов является обнаружение различий во взаимоотношениях с разными членами семьи. Обнаруживая при этом отличающееся восприятие у разных членов семьи, терапевт попутно вводит новую информацию в систему, обогащая семью взглядами на саму себя.)

К. О семейных ролях («Кто из членов семьи любит заботиться о других? А кто любит, когда о нем много заботятся? Кто в семье выглядит волевым человеком? Кто самый авторитетный? Кто из детей более послушен родителям? Кому сопутствует успех? Кто терпит постоянно неудачи? Кто кажется теплым? Холодным? Дистанцированным от других? Кто больше всех болеет в семье?» и т.д.). Терапевту важно обращать внимание на ярлыки и клички, которые члены семьи дают друг другу (супермать, железная леди,

домашний таран и т. д.). Они являются важными ключами к эмоциональным паттернам в семейной системе.

Л. О трудных для семьи темах («Имеет ли кто-нибудь из членов вашей семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы? Имел ли кто-то из членов семьи опыт физического или сексуального насилия? Употребляют ли наркотики? Много алкоголя? Когда-либо арестовывались? За что? Каков их статус сейчас?» и т.д.). Обсуждение этих тем может быть болезненным для членов семьи. И поэтому вопросы должны задаваться особенно тактично и осторожно. И если семья высказывает сильное сопротивление, то терапевт должен отступить и вернуться к ним позднее.

Приложение 3 ВОПРОСЫ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРЫ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОЦЕНИВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ СПЛОЧЕННОСТИ

1. Насколько эмоционально близкими друг другу чувствуют себя члены семьи? (Супруги? Родители с детьми?)
2. Насколько активно участвуют они в жизни друг друга?
3. Проводят ли члены семьи время вместе, когда это возможно, или предпочитают заниматься своими делами?
4. Имеют ли члены семьи общих друзей или у каждого они свои?
5. Что любят члены семьи делать вместе, есть ли у них общие интересы?
6. Как семья проводит праздники и дни рождения?
7. Что обычно происходит в семье вечером и в выходные?
8. Как соотносится интенсивность взаимоотношений родителей и детей с возрастом ребенка?

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОЦЕНИВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ ГИБКОСТИ

1. Поделено ли руководство между родителями?
2. Строгая ли в семье дисциплина?
3. Как проходит обсуждение разногласий в семье?

4. Выполняют ли супруги и другие члены семьи определенные задачи или роли в семье строго не определены?
5. Насколько часто меняются в семье правила?
6. Как часто в семье происходят изменения?
7. Кажется ли семья дезорганизованной? Ригидной?
8. Насколько родители осуществляют в семье руководящие функции?