

ЕВРОПЕЙСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Е. И. Крукович, В. Г. Ромек

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Минск 2003

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я7
К 84

Рекомендовано к изданию
на объединенном заседании кафедры психологии
и Совета факультета психологии
(протокол № 1 от 25.09.2002 г.)

Рецензент:
доцент кафедры психотерапии Медицинской Академии
Последипломного Образования Беларуси,
кандидат медицинских наук *И. А. Байкова*

Крукович Е. И., Ромек В. Г.

Кризисное вмешательство: Учеб.-метод. пособие / Е. И. Крукович, В. Г. Ромек. – Мн.: ЕГУ, 2003.
– 92 с.

ISBN 985-6614-94-5.

В пособии рассматриваются относительно новые направления психологической практики и терапии, возникшие в ответ на потребности нормализации психического состояния людей, перенесших воздействие техногенных и природных катастроф.
Предназначено для студентов и аспирантов факультета психологии ЕГУ, практикующих психологов и терапевтов.

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я7

ISBN 985-6614-94-5

© Крукович Е. И., Ромек В. Г., 2003
© Оформление. ЕГУ, 2003

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 психологической 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, безответная первая влюбленность или потеря работы может так же привести человека к намерению совершить самоубийство, как 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 может справиться с кризисом самостоятельно, причем это утверждение верно и по отношению к жертвам травматических событий. Часто задачей профессионала является, прежде всего, выявление потенциальных возможностей преодоления кризисного состояния и их активизация либо определение 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. Например, мы не включили темы, касающиеся посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и его профилактики, во-первых, учитывая появившуюся литературу, посвященную этой проблеме. Во-вторых, 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 – экзистенциального выбора 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.

Первая часть пособия посвящена практическим проблемам кризисной интервенции: в первой главе излагаются общие представления о кризисе и кризисных ситуациях, принципы кризисной помощи; во второй главе рассматривается кризисная помощь человеку, переживающему горе. Акцент делается на практическом обучении распознаванию признаков трансформации естественного процесса переживания утраты в патологический. Суицидальное поведение рассматривается в третьей главе, построенной по такому же принципу, что и предыдущая: основное внимание также направлено на диагностику степени суицидального риска и конкретные интервенции.

Во второй части 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.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ

Глава I

КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ: КРИТЕРИИ И СТРАТЕГИИ ПОМОЩИ

1. 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, различаются психологическое и клиническое определения кризиса. Психологи понимают кризис как острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, дискретный момент развития личности¹. Характерно то, что человек не может преодолеть кризис способами, известными ему из прошлого опыта.

В клинической теории кризиса это понятие используется для обозначения такой реакции на опасные события, которая переживается как болезненное состояние². Это понимание кризиса, сужая границы понятия, оказывает влияние на формирование критериев кризисного состояния. Например, в клинической теории кризиса одним из основных критериев считается наличие недавней 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. Все психологические и физические ресурсы используются для разрешения кризиса и облегчения состояния. 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 реагирует на кризис, прежде всего, дезадаптивными реакциями, 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 суицидуз.

Негативные изменения

в результате кризиса (осложненные кризисы)

Многие негативные изменения мыслей, чувств, поведения и физического состояния в кризисном состоянии по симптомам соответствуют некоторым категориям международной классификации психических болезней (здесь и далее – МКБ-10). Очень часто характер изменений не достигает уровня заболевания, проявляясь в комплексе изменений, характерных 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)

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 не представляется возможным предложить единый универсальный рецепт кризисной психотерапии. 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.

Практическое задание

Прочитайте по любому изданию комментариев к МКБ-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?

*Типология кризисов: травматические кризисы;
кризисы становления; кризисы развития и кризисы жизни*

Травматические кризисы вызываются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям⁵, т. е. ситуациями угрозы потери здоровья, жизни (природные и техногенные катастрофы, дорожные аварии, нападения, несчастные случаи и т. п.⁶). Подобные события независимо от их результатов существенно нарушают базовое чувство безопасности человека и могут приводить к развитию болезненных состояний – травматического и посттравматического стресса и других невротических и психических расстройств⁷.

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 эмансипироваться 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, кризису семьи.

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, так как 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, было ли это решение принято самой женщиной, либо под давлением мужа (других людей).

Менопауза – может привести к многостороннему кризису у женщины, ее мужа, 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.

Обособление детей от родителей, уход из родительского дома. Родители могут переживать стресс, чувствовать себя не нужными, что может привести 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 в свою очередь встают перед необходимостью приспособить их жизнь к произошедшим изменениям и заботиться о нем.

Смерть близкого человека. Это событие может вызвать травматический кризис, если оно неожиданно, смерть безвременна и трагична. Однако, поскольку каждый человек неизбежно сталкивается с угасанием и смертью близких людей, мы можем говорить и о жизненном кризисе, как, например, в случае смерти близкого очень старого человека. И даже если это событие естественно и закономерно, оно заставляет страдать и горевать об умершем, по-другому увидеть свою собственную жизнь и изменить систему ценностей.

В отличие от травматических кризисов, когда серьезная психологическая травма связана с травматической ситуацией, кризисы развития и жизненные кризисы развиваются в течение определенного периода. Можно условно выделить следующие стадии таких кризисов:

1. Развитие кризисной проблематики.
2. Пик проблемы.
3. Кризис.

1. *Развитие кризисной проблематики.* Можно описать два варианта такого развития: а) накопление нерешенных, второстепенных проблем в конце концов достигает кризисной точки. Незначительная последняя проблема обычно является той каплей, которая переполняет чашу терпения; б) либо человек ожидает важного, центрального события, которого невозможно избежать на самом деле или по его представлениям. 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, расстройство 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 достигнет 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 субъективное 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», может привести или к разрешению проблемы, приобретению нового опыта, развитию личности, или к развитию болезни, регрессии, стагнации.

Практическое задание

В кризисной психологии составлены перечни внешних стимулов (событий), которые часто приводят к кризисным состояниям. Попробуйте, пожалуйста, сначала дополнить этот список другими кризисными событиями, затем предложите своим коллегам ранжировать общий список 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.

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.

2. Принципы кризисной интервенции

Кризисная интервенция – экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности профессионала или добровольца кризисной помощи и симптомо-центрированного контроля.

Ведущими методами кризисной интервенции являются *кризисное консультирование и кризисная психотерапия*. Кризисная психотерапия показана при так называемых *осложненных кризисах*, т. е. 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 следующих главах на примере психологической помощи человеку в состоянии горя и при суицидальной активности мы рассмотрим подробнее, какую именно помощь в зависимости от прогноза течения кризиса следует предлагать. Данный же раздел посвящен изложению общих подходов к кризисной интервенции и программы кризисной помощи, которая ближе к модели психологического консультирования.

*Основные принципы кризисной интервенции*¹⁰

1. *Эмпатический контакт*. Это важнейшее условие кризисной помощи. Сопереживание и понимание психологического состояния другого человека – это самое 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 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 пациенту¹¹ 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 построенной 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, так как они могут помогать либо являться причиной кризиса¹². 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 помогает также переосмыслить произошедшее. Человек, переживающий кризис, захвачен сильными эмоциями, он может испытывать страх, отчаяние, растерянность. Его способность ясно мыслить блокирована. Одной из целей прояснения событий и действий является 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 его тревогу и ощущение слабости. Совместно обсуждаются возможные негативные и позитивные последствия намеченных действий, выбираются наиболее практичные варианты.

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

Задание

Самостоятельно проработайте литературу, посвященную работе с кризисами, вызванными травматическими событиями, в частности помощи жертвам катастроф. Сравните принципы и стратегии кризисной помощи пострадавшим с общими принципами и стратегиями, изложенным в этой главе. Опишите специфику кризисной превенции в ситуациях катастроф.

Рекомендуемая литература

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.

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

Пергаменицка Л. А. Психосоциальные последствия катастроф // Там же. С. 28–48.

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

¹ См.: Кризисная интервенция // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998. С. 226.

² См.: Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия М.: Медицина, 1994. С. 68.

³ Более детальное описание клинической теории кризиса см.: Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. С. 68–70.

⁴ Мы рекомендуем: Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997.

⁵ Определение травматических ситуаций также см.: Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 52.

⁶ 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).

⁷ 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.

⁸ 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.).

⁹ В буквальном смысле, ибо в переводе с греческого это слово и обозначает «поворотный пункт».

¹⁰ Эти принципы применимы и к телефонной кризисной помощи.

¹¹ Словом «пациент» мы будем далее называть любого человека, заявившего о проблеме, независимо от наличия или отсутствия у него клинического диагноза. Имеется в виду этимология слова: его латинское значение «patientis» – терпящий.

¹² 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 выслушивание. Целью дебрифинга является эмоциональное отреагирование и когнитивное структурирование, необходимое для восстановления у пострадавших чувства контроля происходящих событий. (См. описание техники «дебрифинга» в уже упоминавшейся нами книге «Кризисные события и психологические проблемы человека» под ред. Л. А. Пергаменщика. С. 183–188.)

Глава II

СОСТОЯНИЕ ГОРЯ

1. 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 смерти¹. 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 настоящем². Процесс переживания горя можно условно разделить на несколько стадий, которые считаются общими для перенесших утрату, хотя реакции людей индивидуальны: каждый переживает горе по-своему. К тому же процессу переживания свойствен циклический характер, т. е. он состоит из множества болезненных возвращений на ранние стадии. Тем не менее знание признаков, характерных для той или иной стадии переживания горя, 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: обычно 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. Василюка³, злость возникает как специфическая эмоциональная реакция на помеху в удовлетворении потребности, в данном случае потребности остаться в прошлом вместе с умершим. Любые внешние стимулы, возвращающие человека в настоящее, могут провоцировать это чувство. По предположению Томкинса⁴, непрерывное страдание само по себе повышает порог гневной реакции, а гнев ослабляет страдание. Иногда человек испытывает сильную злость к умершему⁵. 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 травмы⁶.

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

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*. 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.

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 расстройству⁷.

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, 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

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 к окружающим.
11. Чувство вины.
12. Суицидальные мысли.
13. Иллюзии, ощущение присутствия умершего.

Нетипичные симптомы горя (патологические)

1. Задержка реакции на смерть любимого человека («анестезия чувств»: неспособность эмоционально реагировать на произошедшее в течение длительного периода 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.
12. Другие, не отмеченные выше симптомы, характерные для посттравматического стрессового расстройства.

2. 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, например, бытует мнение, что не следует с горящим говорить об умершем: «бередить 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.

Помощь на стадии шока

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

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 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.

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) приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

Помощь на стадии восстановления

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. Помощью в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет горюющему «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 существует высокая степень риска, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь 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.

3. Практические задания

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)¹⁰ (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).

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

(П): (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).

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?¹¹

Задание 3:

- Прочтите следующий отрывок записи первой встречи (*интервью 2*) и определите состояние пациентки. Для этого составьте описание физических симптомов, чувств, поведения. Сделайте окончательный вывод после сравнения симптомов патологического и естественного переживания горя.

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?

(К): 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): А когда он погиб?

(П): В феврале прошлого года¹². 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.)

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

Линдемманн 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.

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.

Фориндер У., Попельфельд Л. Работа с детьми и подростками, лишившимися близких // Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Л. А. Пергаменщика. Минск: НИО, 1997. С. 170–182.

Фориндер У., Попельфельд Л. Дети и горе // Психология. 1998. № 1.

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

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

- ¹ Некоторые авторы (см., например, *Humphrey G. M., Zimpfer D. G. 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.
- ² См. о приспособительном значении горя в кн. *К. Е. Изарда «Эмоции человека»* (М., 1980. С. 259).
- ³ См.: *Василюк Ф.* Пережить горе // *О человеческом в человеке.* М., 1991.
- ⁴ См.: *Изард К. Е.* Эмоции человека. С. 260.
- ⁵ 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.
- ⁶ Если смерть человека была внезапной, насильственной или создала очень серьезные последствия для близких, тогда реакция горя отягощается травматическим кризисом.
- ⁷ 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).*
- ⁸ Родные и близкие, также поглощенные горем, часто не могут выполнять этой функции, так как сами переживают кризисное состояние.
- ⁹ О помощи близким людям человека, совершившего суицид, см.: *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. 325–338.
- ¹⁰ Все имена и другие фактические сведения, связанные с конкретной ситуацией, изменены.
- ¹¹ 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» (*Психалогія.* 1998. № 1).
- ¹² Беседа происходит в апреле, т. е. через четырнадцать месяцев после смерти сына.

Глава III

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФОРМА КРИЗИСНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

1. Распознавание суицидальной опасности

Суицидальное поведение непосредственно связано с психологическим кризисом. Поскольку кризис вызывается депризацией и фрустрацией важнейших потребностей, таких как потребность в безопасности, принадлежности, достижении, автономии, понимании, очевидна возможность экстремальных последствий. 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.

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 парасуицида² предлагает 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.

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, 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.

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 приходит 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?

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 суицидального 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.

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 умерла жена от онкологического заболевания. 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.

I. Социально-демографические, медицинские и биографические факторы:

Возраст (57лет), 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 долгосрочных 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, постепенно 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, т. е. 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.: Т. е. 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. Т.: 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 простуживаюсь.
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. П.: Да, это так.
37. Т.: А что-нибудь определенное вы думаете о том, как покончить с жизнью?
38. П.: Это необходимо сказать?
39. Т.: Конечно, вы можете не говорить, но если скажете, это поможет нам разобраться, что же с вами происходит.
40. П.: 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. П.: Да, так что теперь я думаю о более легких способах.
45. Т.: Например?
46. П.: 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. П.: 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. П.: 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 помогаем людям с похожими

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

52.П.: 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.П.: 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.П.: Десять дней назад.

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

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

59.Т.: То есть они заботятся о вас?

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

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

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

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

64.П.: Нет... хотя... не знаю.

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

66.П.: 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 внести сведения, представленные пациентом⁵. Конечно, во время консультации вряд ли уместно рисовать таблицы⁶, однако соответствующие столбцы и колонки так или иначе представлены в мысленной схеме, которую использует терапевт. Следует отметить, что на практике могут применяться 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 1* 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.

Закключаем, 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, так как 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 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 в прошлом и у близких людей пациента в пунктах 62, 64.

Далее проведем анализ ситуационных, поведенческих, когнитивных и эмоциональных 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.

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	+

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 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 (терапевта). 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». Из данного 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.

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)

Выявлено 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 проблемы указывают нам на возможный ключ кризисной помощи. По поводу внешних ресурсов следует получить дополнительную информацию.

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	?+

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*, разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому лучше вначале учиться определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

Итак, по суммарной оценке суицидальность пациента соответствует третьему уровню, т. е. 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. Особенно 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 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.

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

2. Помощь при потенциальном суициде

Распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях – это первая помощь. Одним из важных отличий суицидоопасного состояния является 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 интерес, но не оценивать, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника.

Далее приводится обобщенный перечень необходимых интервенций⁷:

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 о такой важной особенности человека, склонного к самоубийству, как амбивалентное отношение к жизни: поиск пути к смерти и желание жить. 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. Одним из проявлений кризисного состояния является когнитивный хаос. Консультант должен помочь организовать лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные

блоки, установить их приоритеты. Его задачей является 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 довольно 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 баланса настроения пациента: от желания умереть до желания жить.

Далее следует наметить конкретные шаги, тщательно обсудив их альтернативы и возможные последствия. Таким образом, терапевтический процесс только начинается. Терапевтические методы подбираются 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;
 - суицидальные мысли и попытки в прошлом;
 - как он сам оценивает вероятность своего суицида?
4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело.
5. Побудите его высказать 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.

3. Практические задания

Задание 1. Составьте список дополнительных вопросов, которые, на ваш взгляд, необходимо выяснить, чтобы построить стратегию кризисной помощи, и проведите ролевую игру. Включите вопросы о степени выраженности депрессивного состояния. Ориентируйтесь на следующие признаки депрессии:

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

Задание 2. Проведите несколько вариантов ролевой игры («завершение интервью I»). Попробуйте прийти к совместному договору о кризисной помощи, назначьте пациенту следующую встречу.

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).

К.: 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, дуручка, 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 спрыгну. 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.
- К.: 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.: А 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, понимаете, 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 дурой, 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?

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., Венкитерн 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.

¹ Термин «поведение» в данном случае кроме поведенческих реакций включает физиологические, эмоциональные и когнитивные аспекты психической деятельности.

² См.: Bradley B. P. Depression: Treatment / S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds.) // The Handbook of Clinical Adult Psychology. 1995. P. 137.

³ 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.

⁴ По Шкале оценки угрозы суицида (см. с. 51) его состояние можно отнести ко второму уровню суицидального риска.

⁵ См. таблицы 1–8.

⁶ 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, может помочь 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».

⁷ 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.

⁸ См.: Вестник РАТЭПП, 1995. <http://ratepp.by.ru/librare/suicid/suicid.htm>. Эти рекомендации, данные для телефонного консультирования, пригодны для любой формы кризисного вмешательства.

⁹ См.: Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1. Гл. 10. С. 324.

ПСИХОТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Глава I

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 нею, став 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.

1. 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, т. е. 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 целей терапии.

Таким образом, 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 состоит в изменении четко описанных и хорошо операционализированных образцов поведения, когнитивных и эмоций, которое экспериментально контролируется на всех этапах терапии.

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 и предполагают специально организованные терапевтические действия. В рамках

поведенческой психотерапии помощь, которую оказывает психотерапевт пациенту, состоит в том, что он вместе с ним анализирует причины и характер поведенческих проблем, приводящих к страданиям, планирует и осуществляет терапевтические 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, т. е. практике, 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 имеет.

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 процесса и результатов* является другой отличительной чертой 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. Она 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. Речь идет, таким образом, скорее, о разных технологиях, объединенных общей терапевтической ориентацией и рассчитанных на мультимодальное воздействие, нежели 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 предположений⁴:

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 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 психических явлений.
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 отношению к этой модели судят о том, может ли отдельный метод психотерапии быть отнесен к разделу «поведенческих».

2. 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, т. е. 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: *какие образцы поведения требуется изменить в отношении 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 поведению 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

потребуется 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 может иметь дело чаще не с внешними стимулами (хотя такой кризис связан именно с внешними событиями), а с внутренними – 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.

3. 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 приходится комбинировать эти два подхода.

«Первая психологическая помощь»

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга⁷ разработали ряд поведенческих рекомендаций, которых психологу, другому специалисту или добровольцу следует придерживаться, оказывая помощь в острой 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 приедет 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 происшествя.

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 придет: 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 оборачивайтесь 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 и на нем. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

Практическое задание

Переформулируйте «Правила первой психологической помощи для психологов» применительно к ситуациям: супружеской измены; дорожно-транспортного происшествия с человеческими жертвами; разговор с ребенком, потерявшим родителей; разговор с избитым по расистским мотивам иностранцем.

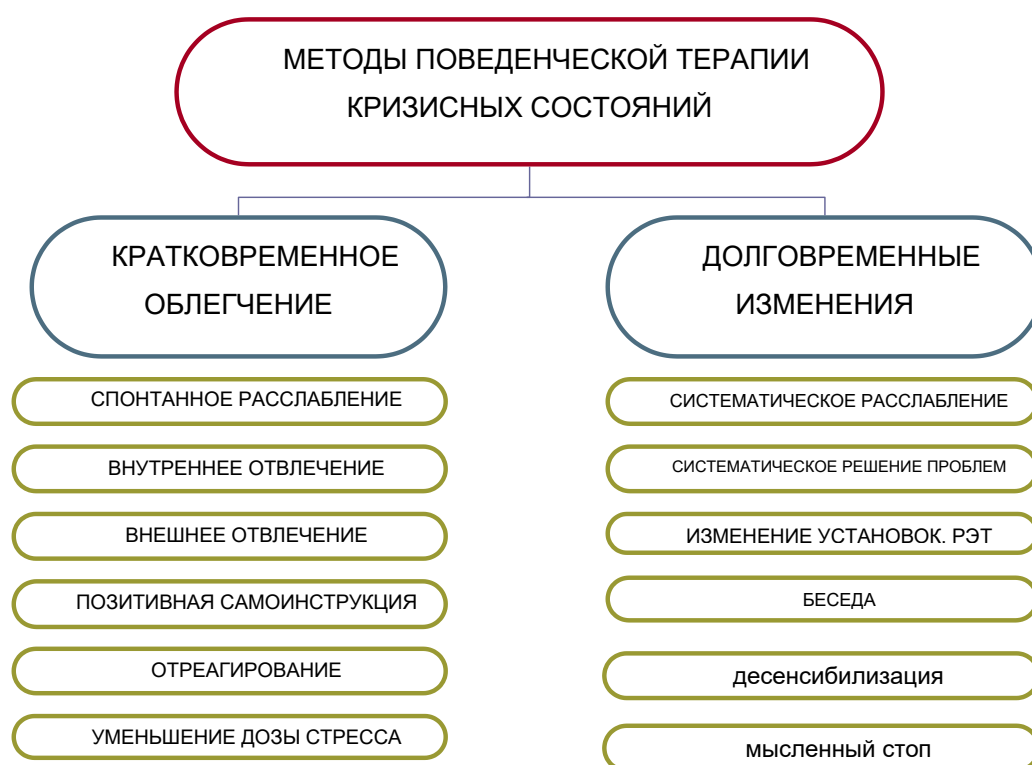
4. Методы поведенческой психотерапии кризисных состояний

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 длительного овладения кризисом (см. рисунок).

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.



Методы терапии кризисных состояний

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 внимание 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.

Позитивная самоинструкция может быть использована в терапии, если кризисные события мешают пациенту выполнять его прямые обязанности, выступают внутренним барьером. 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».

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 на глаза, то степень страдания мы можем

уменьшить, если придумаем способ уменьшения количества 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 релаксации. 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. Ожидается, что прямой разговор «снимет камень с души» и позволит проверить некоторые, возможно, ошибочные, предположения¹⁰.

Систематическая десенсибилизация по отношению к травмирующим стимулам заключается в предъявлении вызывающего неприятные эмоции стимула на фоне релаксации. При правильном применении метода достигается то, что стимулы, ранее вызывающие негативные чувства, после тренинга автоматически вызывают релаксацию¹¹.

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.

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 теме¹².

Практическое задание

Найдите в учебных пособиях по психологическому консультированию и психотерапии¹³ 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.). Behaviour therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.

Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.

Schulte D. (Hrsg.). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: 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/ippp_pfr/journal/numbers/20002/papers/06.htm

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. 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., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб.: Питер-Пресс, 1997.

Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб.: Питер-Пресс, 1999.

Фёдоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.

- 1 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.
- 2 Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997.
- 3 Бек А., Фримен А. (ред.). Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002; МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.
- 4 Вильсон Д. Т. Поведенческая терапия // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 3. URL: http://psychol.ras.ru/ipp_pfr/journal/numbers/20002/papers/06.htm
- 5 Kanfer F. H., Saslow G. Behavioural diagnoses // C. M. Franks (Ed.). Behaviour therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969; Schulte D. (Hrsg.). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: U&S, 1974.
- 6 Ромек В. Г. Модели поведенческого анализа // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 72–87.
- 7 Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.
- 8 Подробнее о приемах релаксации и ситуативного расслабления можно прочесть в книге: Цзен Р. В., Пахомов Ю. В. Психотренинг: Игры и упражнения. М.: ФиС, 1988.
- 9 Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб.: Питер Пресс, 1997; Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб.: Питер Пресс, 1999.
- 10 Подробнее о тренинге открытого выражения чувств см.: Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб.: Речь, 2002.
- 11 Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия М.: Академия, 2002. С. 27–31.
- 12 Фёдоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.
- 13 Мы рекомендуем: Перре М., Бауман У. (ред.). Клиническая психология. СПб.: Питер-Пресс, 2002.

Приложение

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 ПТСР¹. Осложненная реакция горя также сопровождается тревогой, страхом, причем тревожные реакции имеют неспецифический характер, т. е. человек очень часто тревожится и не может идентифицировать стимулы, которые вызывают тревогу. Поэтому методы систематической десенситизации, 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, в частности перенесшим травматический стресс, вообще невозможно применить терапевтические методы прямой экспозиции, такие как имплозия и систематическая десенситизация, поскольку из-за очень высокого уровня тревоги и отсутствия преодолевающих навыков у этих пациентов велика вероятность повторной травматизации во время экспозиции.

Тренинг управления тревогой (АМТ). Специально для пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством или симптомами генерализованной тревоги², разработаны различные варианты метода *Тренинга управления тревогой* (Anxiety Management Training)³. Автор данного варианта, Ричард Суинн⁴ (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 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 непроизвольно всплывающие мысли или физические симптомы, которые сигнализируют о *начальной стадии* активации тревоги, а затем использовать релаксацию, чтобы предупреждать 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 совладения с тревогой за рамки терапевтической сессии и генерализовывать их. Каждое выполненное домашнее задание рассматривается и как очередной шаг к умению *предупреждать* 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 условиях⁵.

Методы АМТ. В процессе АМТ используются: 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 домашних тренировок релаксации (фиксируются глубина достигнутой релаксации и степень снижения тревоги посредством релаксации). Позже таким же образом фиксируются результаты применения релаксации для совладения 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, т. е. 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 тревоги и затем инициирует расслабление.

Развитие навыков самоконтроля может приводить к повышению самоэффективности. 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, самоэффективность 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 (т. е. для возвращения в нормальное состояние пациенту требуется все больше времени);
- интервалы между тревожными реакциями укорачиваются (т. е. 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 (приводят к проблемам в работе, социальной жизни, истощают 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 I

АМТ-сессия I. 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.

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. Информируйте 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 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?»

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 ощущением 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 помогли, какие группы мышц удавалось легко расслабить во время тренировки по системе Джекобсона, помогли 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.

Практическое занятие II

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.

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, стремление выйти из комнаты, чтобы избежать ситуации, которое не претворяется в действие.

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 медленное дыхание. Далее введите представление релаксирующей сцены. Опишите релаксирующую сцену и, как и на прошлой сессии, попросите пациента приподнять руку, когда он достигнет комфортабельного 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 достигает 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 релаксации 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. Обсуждается релаксация в начале сессии, вовлеченность пациента в релаксирующую сцену, реалистичность образа. Так же 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 III

АМТ-сессия 3. Структурирована так же, как и вторая сессия. Добавляется 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.

Задание

Релаксация. Попросите пациента самостоятельно начать релаксацию. Это первый шаг к принятию им ответственности за контроль своего эмоционального состояния. 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.

Симптомы, сопутствующие тревоге. Инструктируйте пациента: «Обратите внимание на то, *как* вы чувствуете тревогу; возможно, это телесные ощущения, такие как 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 появившуюся 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 IV

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 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 свою 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 шеи) в самом начале, т. е. 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 V

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, т. е. 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 достигнет 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 расслабления	Области затруднений в расслаблении

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	Физические ощущения	Уровень напряжения в баллах (0–100)	Релаксация	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)
					Да (нет)	

Форма 4. Самонаблюдение и релаксация в течение дня

Дата	Период времени ¹⁰			
	Утро (7 ⁰⁰ –11 ⁰⁰)	Полдень (11 ⁰⁰ –15 ⁰⁰)	Послеобеденное время (15 ⁰⁰ –19 ⁰⁰)	Вечер (19 ⁰⁰ –23 ⁰⁰)
Уровень напряжения до релаксации в баллах (0–100)				
Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)				

Форма 5. Самонаблюдение и релаксация в стрессовых ситуациях

Дата/время	Ситуация, связанная с напряжением или тревогой	Первые признаки (сигналы) тревоги		Уровень напряжения в баллах (0–100)	Релаксация Да (нет)	Уровень напряжения после релаксации в баллах (0–100)
		Мысли	Физические ощущения			

Упражнения для быстрого снятия напряжения¹¹

Упражнение I

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.

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 упражнения, когда хотите достичь быстрого физического расслабления или когда вы оказываетесь в стрессовой ситуации. Применяйте также это упражнение, когда раздражаетесь или беспокоитесь, вместо того чтобы, скажем, курить.

Упражнение II

Фаза напряжения: Лягте спиной, на пол или другую жесткую поверхность. Полностью вытяните ноги, положите руки вдоль тела. Дышите легко и свободно. Крепко сожмите ягодичцы. 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, ягодичцы 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.

¹ 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).

² 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*).

³ Далее сокращенно: АМТ.

⁴ 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.

⁵ АМТ может использоваться и как дополнение к другим видам терапии, эффективность применения которых увеличится, если пациент предварительно научится регулировать свое эмоциональное состояние.

⁶ Текст инструкции см.: Suinn R. M. Anxiety Management Training / Anxiety and depression in adults and children / Ed.: Kenneth D. Craig, Keith S. Dobson. Sage Publication, 1995. P. 167.

⁷ См. форму 1 «Дневник релаксации».

⁸ См. форму 3 для дневниковой регистрации.

⁹ См. формы 4 и 5.

¹⁰ Временные интервалы обозначаются индивидуально для каждого пациента.

¹¹ По рекомендациям Uffe Krik. Psychological first aid (and other human support). Danish Red Cross, 1993.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Часть первая	
ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ	5
<i>Е. И. Крукович, В. Г. Ромек</i>	
Глава I	
КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ: КРИТЕРИИ И СТРАТЕГИИ ПОМОЩИ	5
1. Критерии кризисного состояния	5
2. Принципы кризисной интервенции	12
<i>Е. И. Крукович</i>	
Глава II	
СОСТОЯНИЕ ГОРЯ	17
1. Горе как естественный и патологический процесс	17
2. Психологическая помощь при переживании горя	22
3. Практические задания	26
<i>Е. И. Крукович</i>	
Глава III	
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФОРМА КРИЗИСНОГО РЕАГИРОВАНИЯ	32
1. Распознавание суицидальной опасности	32
2. Помощь при потенциальном суициде	51
3. Практические задания	54
Часть вторая	
ПСИХОТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ	59
<i>В. Г. Ромек</i>	
Глава I	
МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ	59
1. Особенности поведенческой психотерапии	60
2. Этапы поведенческой психотерапии кризисных состояний	64
3. Методы поведенческой терапии последствий кризисных ситуаций	66
4. Методы поведенческой психотерапии кризисных состояний	69
<i>Е. И. Крукович</i>	
Приложение	
ПРАКТИКУМ ПО ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОГИ	74

Учебное издание

Крукович Елена Ивановна,
Ромек Владимир Георгиевич

Кризисное вмешательство

Учебно-методическое пособие

Редактор *А. А. Сычёв*
Корректор *Е. В. Савицкая*
Компьютерная верстка *Т. В. Дугановой*

Подписано в печать 29.01.2003 г. Формат 84х108 1/32.
Бумага офсетная. Гарнитура «Петербург».
Усл. печ. л. 4,83. Тираж 500 экз. Заказ № 450.

Европейский гуманитарный университет,
ЛВ № 438 от 30.10.2000 г.
220030, г. Минск, пр. Ф. Скорины, 24.

По вопросам приобретения литературы обращаться
по тел. (017) 232 70 36, e-mail: publish@ehu.by

Отпечатано на ризографе
Образовательно-гуманитарного фонда «ХУМАНИТАС».
ЛП № 265 от 29.09.2000 г.