

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования
«МОГИЛЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени А. А. КУЛЕШОВА»

КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Составитель И. В. Черепанова



Могилев
МГУ имени А. А. Кулешова
2018

Электронный аналог печатного издания

Кризисная психология / составитель И. В. Черепанова. –
Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2018. – 176 с. : ил.

ISBN 978-985-568-446-7

Рассмотренные в курсе лекций по дисциплине «Кризисная психология» темы отражают наиболее актуальные проблемы современной кризисной психологии. Характер расположения материала обусловлен целями и задачами курса, обеспечивает постепенный переход от теоретического осмысления учебного материала к практическому опыту организации работы. Курс лекций строится на междисциплинарной, интеграционной основе.

Адресован студентам, обучающимся по специальности «Психология», практикующим психологам, специалистам-смежникам.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.2я73

Кризисная психология. [Электронный ресурс] : курс лекций / составитель И. В. Черепанова. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А.А. Кулешова, 2018. – Загл. с экрана

212022, г.Могилев,
ул.Космонавтов, 1
Тел.: 8-0222-28-31-51
E-mail: alexpn@mail.ru
<http://www.msu.by>

© Черепанова И.В., составление, 2018
© МГУ имени А.А.Кулешова, 2018
© МГУ имени А.А. Кулешова,
электронный аналог, 2018

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

На исходе XX – начале XXI в. произошло громадное количество бедствий и катастроф, мир буквально захлестывает эпидемия террористических актов. Произошли глобальные изменения роли человека в мире. Мир стал более неопределенным и непредсказуемым и вызвал такую динамику человеческой жизни, когда не индивидуально-личностные характеристики, а события стали все больше и больше определять поведение человека. Кризисы, потери, переезды и другие критические ситуации нередко становились травмирующими для человека, меняли его жизнь, судьбу. Внимание к травмирующим событиям жизненного пути определило и новый подход к психологической помощи. Именно поэтому в современных условиях все более актуальными становятся вопросы психологической и психосоциальной работы с различными категориями людей, побывавших в экстремальных ситуациях. В курсе «Кризисная психология» для студентов, обучающихся по специальности «Психология», изучаются особенности поведения человека в кризисных ситуациях, стратегии преодоления неопределенностей жизненного пути, объяснительные механизмы и программы психологической помощи и поддержки.

Целью изучения дисциплины «Кризисная психология» является ознакомление с методологическими основаниями кризисной психологии, с объяснительными теориями поведения человека в ситуации неопределенности и непредсказуемости; обучение навыкам самостоятельного построения программ психологической помощи человеку в кризисный и посткризисный периоды жизненного пути.

Основные задачи дисциплины:

- 1) ознакомить с методологическими основаниями кризисной психологии;
- 2) проанализировать основные теоретические подходы в кризисной психологии;
- 3) обучить навыкам психодиагностики травматических состояний и построения программ психологической помощи.

Рассмотренные в курсе лекций по дисциплине «Кризисная психология» темы отражают наиболее актуальные проблемы современной кризисной психологии: особенности поведения человека в различных кризисных ситуациях; возможные стратегии их преодоления; основные методы оказания психологической помощи и поддержки.

Курс лекций строится на междисциплинарной, интеграционной основе и учитывает базовые элементы знаний таких учебных дисциплин, как экзистенциальная психология, теория и практика психологической помощи, основы виктимологии, психология созависимого поведения, проблемы дезадаптации личности, психология аддиктивного поведения, суицидология.

Характер расположения материала обусловлен целями и задачами курса, обеспечивает постепенный переход от теоретического осмысления учебного материала к практическому опыту организации работы.

Тема 1
ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И СИСТЕМА ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ
КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИИ

План

1. Предмет, цели и задачи кризисной психологии.
2. Определение понятий «кризис», «событие», «кризисное событие».
3. Сущность и стадии кризиса.
4. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности.
5. Понятие «психическая травма». Психологическая перспектива (психологическое будущее).
6. Психологическое содержание процесса переживания. Скорбь как процесс переживания.
7. Стратегии преодоления психической травмы.

1. Предмет, цели и задачи кризисной психологии.

Практическая психология XX в. отвечала на вопросы, которые были сформулированы в XIX в. Этим можно объяснить появление в начале века психоанализа и бихевиоризма. Если психоанализ отвечал на проблемы психического здоровья, то бихевиоризм – на проблемы обучения и трудовой деятельности. Деятельность человека в XIX в. была «спокойным» от психических травм временем. Бурное развитие цивилизации всегда сопровождается снижением защищенности человека от ее последствий. Начался век XX – как эпоха перелома, который П. Тиллих позже назвал временем упадка цивилизации, угрожающим духовному самоутверждению. Немецкая классическая философия стала говорить об отчуждении человека от продуктов своего труда, но более травмирующим стало отчуждение человека от человека и, как следствие, отчуждение от самого себя, от своей сущности.

Отметим основания, которые определили необходимость выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологических знаний.

Первое основание – это мирное сосуществование различных психологических практик: педагогическая, спортивная, инженерная, медицинская, каждая из которых имеет свой предмет, свою технологию и инструментарий психологического подхода к человеку в зависимости от вида деятельности. Следует добавить, что это «мирный» вид деятельности, но в любой области человеческой жизнедеятельности все чаще и чаще встречаются ситуации (события), которые выходят за привычные рамки и требуют адекватного ответа, но этот ответ выходит за предмет данной отрасли психологической науки. В независимости от отрасли психологии, ответ оказывается схожим и в кризисной ситуации спорта, и медицины, и педагогики и т. д.

Второе основание – существование различных психологических школ и направлений, каждая из которых вырабатывала свою объяснительную парадигму, свои методы исследования, свой способ вмешательства в психическую жизнь человека. Так, классический бихевиоризм брался «сконструировать» человека под любой заказ, если будет своевременно направлен на личность определенный набор стимулов. Психоанализ был готов помочь человеку избавиться почти от любых проблем, если будет в состоянии добраться до глубины его психики, до конфликтов раннего детства, проанализировать детские влечения, детские страхи и детские запреты. Не отрицая ни основные положения бихевиоризма, ни, тем более, влияние детских психических травм на жизнедеятельность человека, мы считаем, что сама человеческая жизнь в каждый свой период в полной мере определяет психическую жизнь и поведение.

Жизненный путь человека характеризуется, прежде всего, наличием разнообразных событий, причем некоторые из них интерпретируются человеком как травматические. Эти события «узловые моменты жизненного пути» (С.Л. Рубинштейн) во многом определяют дальнейший сценарий жизни человека, его психическое и физическое здоровье.

Сложность внешнему наблюдателю (психологу) понять характер влияния внешнего события на жизнедеятельность человека определяется тем, что внешние события воспринимаются, переживаются, интерпретируются и относятся в разряд кризисных на основании субъективных переменных. Мы не можем предсказать, как конкретное событие будет отражено в сознании конкретного человека. Событие, конечно, можно фиксировать как некий фрагмент действительности, но, как только в ней появляется человек, он меняет действительность «по своему образу и подобию».

Современная социально-экономическая и культурологическая ситуация развития человека во многом противоречит привычным способам построения стратегий поведения, исходя из природных стимулов и общественных нормативов. Ни один выпуск новостей по ТВ или радио не обходится без сообщений о взрывах, терактах, катастрофах и т. п.

Человеческому сознанию сложно успевать за сменой событий в общественной и собственной жизни. Человек оказался перед необходимостью чаще, чем его предок, реагировать на необычный ситуационный фактор, т. к. ни в опыте предков, ни в его собственном опыте не содержится адекватных стратегий выхода из кризисных ситуаций. Таким образом, рост социальных и природных катаклизмов и невозможность использовать для их преодоления биологического кода и опыта поколений – во многом определило рост психологической травматизации населения, что не может не отражаться негативно на психическом здоровье.

Все это определило необходимость выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологической науки и практики.

Кризисная психология – относительно новая отрасль современной психологии. События жизненного пути являются основными конструктами, которые во многом определяют предмет кризисной психологии. Поэтому **кризисная психология** – это такая отрасль психологического знания, в котором личность человека рассматривается с точки зрения его бытия, в отношении к его бытию.

Цель кризисной психологии: выведение методологических оснований кризисной психологии и их практическая реализация.

Предмет: в курсе **кризисной психологии** изучаются особенности поведения человека в кризисных ситуациях, стратегии преодоления неопределенностей жизненного пути, механизмы и программы психологической помощи и поддержки.

Человек рассматривается прежде всего с точки зрения его бытия. Основными вопросами для рассмотрения становятся вопросы: «как» он жил ранее и «как» будет жить дальше.

Основные **задачи**, стоящие перед кризисной психологией.

Теоретические аспекты:

1. Анализ теоретических подходов и оснований кризисной психологии.
2. Изучение основных механизмов и закономерностей протекания кризисов (социологические и психологические исследования).

Прикладные аспекты:

1. Разработка основных положений оказания помощи и поддержки людям, находящимся в кризисном или посткризисном состоянии.
2. Разработка программ быстрого реагирования в условиях кризисной ситуации (проведение активной кризисной терапии в короткие сроки – кризисная интервенция).

2. Определение понятий «кризис», «событие», «кризисное событие».

Кризис – это ситуация эмоционального и умственного стресса, требующая значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени.

Понятие «**кризис**» (от греч. *krisis* – решение, поворотный пункт, исход) – переломный момент, тяжелое переходное состояние, обострение, опасное неустойчивое состояние. В науке рассматриваются кризисы медицинские, аграрные, биржевые, валютные, денежно-кредитные, финансовые, перепроизводства, колониальной системы.

В китайском языке понятие кризис определяется как «полный опасности шанс», как возможность роста человеческой личности, которые индивид обретает, проходя через состояние психического кризиса и испытывая различные сопротивления.

Кризис – это ситуация эмоционального и умственного стресса, требующая значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Зачастую подобный пересмотр представлений влечет за собой изменения в структуре личности. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер. По определению, личность, находящаяся в кризисе, не может оставаться прежней; иными словами, ей не удастся осмыслить свой актуальный психотравмирующий опыт, оперируя знакомыми, шаблонными категориями или использовать простые привычные модели приспособления.

Гордон В. Олпорт

Слово «кризис» мы воспринимаем как своего рода предупреждение: следует что-то предпринять, пока не произошло нечто худшее.

Мы исходим из того, что кризисная ситуация содержит опасность. Следовательно, ее следует избегать, устранять, предотвращать, а к тому же и скрывать. Безусловно, что психические кризисы могут нести в себе угрозу. Многие реакции, наблюдаемые в связи с кризисами, – стремление к самоизоляции или бурной деятельности, – представляет собой попытку преодолеть ситуацию. Такие типы реакции могут быть адаптивными. Причем желание изолировать себя не следует смешивать, например, с депрессией, как и стремление бродить без устали в кризисной ситуации нельзя принимать за контролируемое маниакальное состояние.

Не всегда представляет опасность сам кризис, а скорее то, что мы упустили шанс. Кризис может повлечь за собой рост и созревание. В психическом кризисе можно выделить две стороны: опасность для личностного роста и потенциал личностного роста.

Понятие «**событие**» в Толковом словаре В. Даля определяется следующим образом: «Событие», событийность кого с кем, чего с чем, пребывание вместе и в одно время; событийность происшествий, совместимость по времени. Близкую по значению трактовку данного понятия дают В.И. Слободчиков и Е.И. Исаев. Они выделяют в данном понятии два ключевых признака: «совместный» и «другой». Отсюда и определение понятия. «Со-бытие есть живая общность, сплетение и взаимосвязь двух и более жизней, их внутреннее единство при внешней уникальной, внутренне противоречивая, живая общность двух людей».

В терминах «событие» и «кризис» мы выделяем следующие существенные признаки: опасное переходное состояние (в термине «кризис») и событийность происшествий, совместимость по времени (в термине «событие»). Итак, состояние совместной по времени опасности – сущность содержания понятия «кризисное событие».

Два понятия: кризис и событие. В определяемом нами понятии «кризисное событие» системообразующим является элемент «нежелательное яв-

ление». Данная характеристика ставит кризисное явление в зависимости от личностной оценки и личностного восприятия. Нежелательность кризисного события определяется тем, что оно опасно («совместная опасность» – второй системообразующий элемент данного понятия) для жизнедеятельности человека. Это может быть угроза его здоровью, материальному благополучию, социальному статусу, внутриличностному равновесию.

Эти две характеристики понятия «кризисное событие» – «совместная опасность» и «нежелательность» – раскрывают систему признаков, входящих в содержание данного понятия.

Выделим следующие **основные признаки** искомого понятия: внезапность наступления события; сверхнормативное для данного человека, для данной ситуации содержание события; возникновение внутриличностного, межличностного или межгруппового конфликта, требующего оперативного разрешения и отсутствия у человека опыта решения конфликта такого уровня; динамические, прогрессирующие изменения в ситуации, в условиях жизнедеятельности, в социальных ролях; усложнение процессов жизнедеятельности в связи с появлением неизвестных ранее и не имеющих аналогов в опыте человека неопределенных элементов жизнедеятельности; переход ситуации в фазу нестабильности, выход к пределам адаптационных ресурсов человека.

При анализе и определении сущности кризисного события можно выделить пять подходов и, следовательно, пять различных вариантов рассмотрения данной категории: 1) житейский, на уровне здравого смысла; 2) психологический; 3) социологический; 4) философский; 5) технический.

Для нас первостепенное значение имеют первые два. На житейском уровне кризисное событие характеризуют в следующих терминах здравого смысла. Событием кризисного характера для «наивного» человека, человека с улицы, будет всякое осложнение обстоятельств его жизнедеятельности, это осложнение носит чрезвычайный характер, оно неожиданно, и потому стихийно и непредвиденно. Данное событие несет угрозу, опасность для физического и психического здоровья. Таким образом, здравый смысл выделяет параметры чрезвычайности, стихийности, опасности, что и используется для характеристики кризисного события.

Психологический анализ обращает внимание на следующие параметры кризисного события: 1) неблагоприятные условия для жизнедеятельности; 2) событие имеет угрожающий характер; 3) резкое возрастание внутриличностной напряженности; 4) истощение адаптационных ресурсов и «прорыв» адаптационного барьера; 5) изменение динамических стереотипов поведения; 6) кризисное состояние личности.

Координаты описания понятия «кризисное событие».

Для описания индивидуального развития существует в современной психологической науке три главных термина: «время жизни», «жизненный цикл»

и «жизненный путь». Характеристику данных категорий, описывающих индивидуальное развитие, дает И.С. Кон. Согласимся с ученым, что наиболее емкий и употребительный современный научный термин для описания данного явления – это «жизненный путь». При определении термина «жизненный путь» особое внимание уделяется понятию «событие». Важность данного понятия объясняется, прежде всего, недостатками той психологии, которая изучала процессы индивидуального развития так, как если бы эти процессы совершались в неизменном социальном мире. Ограниченность такого подхода очевидна особенно тогда, когда необходимо ответить на вопрос, как происходит процесс развития индивида, когда необходимо изучать индивида в изменяющемся мире, в котором происходят события, носящие нередко кризисный характер. Понятие «возрастных кризисов» выработано в возрастной психологии. Слово «кризис» подчеркивает момент нарушения равновесия, появления новых потребностей и перестройки мотивационной сферы личности. Но так как в данной фазе развития подобное состояние статистически нормально, то и кризисы эти называются «нормативными».

Данный подход работал и оправдывал себя до тех пор, пока мы интересовались структурой жизненного пути среднестатистического индивида. По существу, нас не интересовал отдельный человек. Но как только мы подходим к биографии индивидуальной личности, так называемые объективные данные необходимо дополнить субъективными. Периодизация в данном случае строится по тем событиям, которые стали поворотными пунктами в развитии личности и ее жизненного мира, что предполагает внутреннюю систему отсчета.

Анализируя результаты многочисленных исследований американских ученых и, прежде всего, данные Калифорнийского лонгитюда, И.С. Кон делает важный методологический вывод. Ученый отмечает, что жизненный путь, биография индивида не сводится к универсальным закономерностям онтогенеза. Этот путь обусловлен также сложной совокупностью социально-исторических условий, от которых зависят стоящие перед личностью на каждом данном этапе ее развития конкретные задачи и те средства, которыми она располагает для их решения.

Эти же выводы получены по результатам исследований процессов каузальной атрибуции, в рамках которых были выделены и зафиксированы фундаментальные ошибки приписывания; одна из них непосредственно относится к обсуждаемой нами проблеме. В сжатом виде эта ошибка выглядит следующим образом: профессиональные психологи часто склонны переоценивать роль диспозиционных (личностных) факторов регуляции поведения и недооценивать влияние ситуационных факторов.

W. Mischel и его сотрудники в ряде экспериментальных работ продемонстрировали, как «незаметный» ситуационный фактор нивелирует индивидуальные различия испытуемых. Эти эксперименты позволили ученому сделать

вывод о том, что корреляция черт имеет место только в голове наблюдателя, а личностные тесты имеют малую валидность для предсказания поведения индивида в различных ситуациях.

Современная психология действительно сосредоточилась на внутреннем мире человека (или на его деятельности) и мало интересуется тем, что происходит с ним при резких и значительных изменениях в пространственных, временных и социальных обстоятельствах его жизни.

Итак, понятие «жизненный путь» является систематизирующей категорией для понимания и объяснения поведения человека в экстремальных ситуациях, так как через это понятие мы можем понять природу переживаний человеком тех событий, которые явились для него определяющими в его биографии.

Как мы уже отмечали, большая заслуга в постановке и разработке проблемы жизненного пути принадлежит в отечественной психологии Б.Г. Ананьеву, Н.А. Логиновой, С.Л. Рубинштейну, в западной психологии Ш. Бюлер, Г. Томе. В 70-е гг. XX в. за рубежом возникло самостоятельное научное направление исследования событий, отделившись от также достаточно нового направления, посвященного изучению психологического стресса, – событийно-биографическое направление. Данный подход подчеркивает уникальность жизненного пути личности, а также необходимость превращения психологии развития личности в психологию жизненного пути, что основой его периодизации становится не сензитивные периоды, социальные переходы и социальные кризисы сами по себе, а те конкретные (биографические) события, которые переживаются личностью как значимые в ее развитии.

Структура, основные моменты жизненного пути изменяются от поколения к поколению, что влечет за собой различия в психологическом облике разных поколений, т. е. жизненный путь зависит от исторического времени, в котором живет человек. По выражению Б.Г. Ананьева, «сама история – основной партнер в жизненной драме человека», а общественные события становятся вехами его биографии. Однако мера отражения в ней истории для различных людей различна. В биографиях современников много общих моментов, но жизнь каждого уникальна. Разнообразие биографий обусловлено тем, что люди, живущие в одной и той же макросреде, являются не только членами общества, но и членами многих общностей – микросреды развития. На развитие личности влияет целостный образ жизни в микросреде, который отражается в индивидуальном образе жизни людей. Индивидуальный образ жизни устойчив, но в биографии человека бывают такие поворотные моменты – биографические события, которые вызывают в нем значительные изменения. Поворотные этапы в жизни человека сопровождаются принятием определенного решения, изменением жизненных ценностей, смысла существования, т. е. жизненного пути личности. Концепция С.Л. Рубинштейна, рассматривающая личность в качестве субъекта жизни, опосредствующего любые влияния внешней

среды, несет в себе идею об индивидуально-активном человеке, т. е. человеке, строящем условия жизни и свое отношение к ней. Отсюда вытекает центральная проблема личной жизни: сможет ли личность стать субъектом собственной жизни? Здесь жизнь понимается как движение вверх, к человеческому, этическому, социальному, психологическому.

Человеческая жизнь протекает как цепочка из переживания кризисов разной силы и продолжительности, выхода из них и проживания периода благополучия. В период благополучия назревает необходимость перемен. Переживание кризиса тем острее, чем больше человек сопротивляется переменам в своей жизни. Таким образом, кризис – это событие в жизни человека, с которым он не знает, что делать, и которого в его опыте еще не было.

Итак, понятие жизненный путь является систематизирующей категорией для понимания и объяснения поведения человека в экстремальных ситуациях, т. к. через это понятие мы можем выяснить природу переживаний человеком тех событий, которые явились определяющими в его биографии.

3. Сущность и стадии кризиса.

В большинстве случаев кризис есть результат психологического напряжения и фрустрации, переживаемых в течение длительного времени, или следствие одновременного действия нескольких факторов. Но именно «накопленная» неудовлетворенность является причиной возникшего кризиса, тогда как любое, даже незначительное и далекое от «кризисной зоны» событие может стать «последней каплей» и развернуть пружину кризисного состояния. Поэтому консультант должен:

- избегать преждевременных оценок причины кризиса;
- отличать истинную причину от провоцирующего фактора.

Кризис наступает тогда, когда человек перестает видеть возможные выходы.

Острый кризис ограничен во времени. Он, так или иначе, приводит к тому или иному решению или исходу и обычно не продолжается более шести недель.

Во время кризиса человек вынужден отказаться от привычного образа действий, мыслей и предрасположен к усвоению новых установок.

Кризис приводит к высвобождению психической энергии, которая, будучи сфокусирована и направлена, может помочь благополучному выходу из него; в противном случае хаотическая буря эмоций носит разрушительный характер.

В психическом кризисе выделяют 2 стороны:

- 1) опасность для личностного роста;
- 2) потенциал для личностного роста.

В течение жизни человек переживает самые разные кризисные состояния. Различают (Е.В. Емельянова):

Локус	Кризисы	Сущность кризиса
Внешний локус провоцирующего фактора – различные жизненные события и ситуации	Ситуационный кризис	Не зависит от человека, вовлеченного в него (травма, пожар, землетрясение)
	Кризис перемен	Нежелательная беременность, выход на пенсию, переезд, поступление в институт и т. д.
	Депривационный кризис	Кризис утраты (горе) вследствие смерти близких людей, развода, утраты значительного состояния
	Интеграционный кризис	Связанный с позитивными изменениями, тем не менее, вызывающими стресс в связи с длительным напряжением при освоении новых задач и обязанностей (вступление в брак, рождение ребенка)
Внутренний локус провоцирующего фактора – причины кризиса носят внутриспсихический характер	Кризисы развития	Рождение, становление Эго, пубертат, идентификация, середины жизни, пожилого возраста
	Болезнь как кризис	Многие болезни – следствие нежелания решать свои проблемы или вытеснения их из сознания
	Кризис отношений	Ревность, пристрастия, любовь как зависимость, конфликты
	Кризисные состояния души	Мучительный уровень негативных эмоций (агрессия, страх, стресс, чувство вины, печаль, депрессия, чувствительность, жалость к себе)
	Экзистенциальные кризисы	Связаны с поиском смысла жизни, одиночеством, экзистенциальным страхом смерти
	Морально-этические кризисы	Кризис выбора между личностным ростом и отказом от потребностей; между «правильным» и новым, противоречащим жизненным опытом

Любой кризис имеет 5 стадий протекания:

Стадии	Реакции
1 стадия: нормальная	<ul style="list-style-type: none"> – используются привычные способы решения проблем и поведения; – задействуются знакомые ресурсы; – сохраняется гибкость в подходе к проблеме; – напряжение и релаксация сбалансированы. <p>Человек успешно противостоит стрессу. Если его действий недостаточно для разрешения проблемы, наступает следующая стадия.</p>

<p>2 стадия: предкризисное состояние</p>	<ul style="list-style-type: none"> – усиление ощущения неуверенности, душевного дискомфорта, переживание необычности происходящего, внутреннее стеснение, оцепенение мыслей, скованность, заторможенность, ощущение фрустрации, страха; – ощущение безысходности при неудачной попытке решения проблемы старыми способами; – уменьшение гибкости; – напряжение превышает релаксацию. <p>Иногда человек готов к встрече с психологом-консультантом и восприятию новых идей. Если встреча происходит именно на этой стадии, то при консультировании говорят о проблеме принятия решения. В 80% случаев человек находит новые пути выхода из кризиса самостоятельно или при помощи психолога. В противном случае наступает следующая стадия.</p>
<p>3 стадия: собственно кризис (или острый кризис).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – переживается состояние сильного внутреннего конфликта, разлада; – эмоциональная и умственная дезорганизация; – возможны депрессия, суицид, криминальное поведение – в зависимости от типа реагирования: депрессивного или агрессивного; – ощущение истощенности ресурсов; – дезинтеграция – крушение самооценки, представлений о своем месте в обществе и в жизни; – страх перед неизвестностью, неопределенностью, переменами. <p>Чаще всего нужна помощь специалиста, т. к. хотя большинство в состоянии самостоятельно справиться с проблемой, возможны последствия в виде ПТСР. Если человек приходит к психологу – работа ведется в русле кризисной интервенции, суть которой – сделать возможной работу над проблемой.</p>
<p>4 стадия: возникновение новой формы</p>	<ul style="list-style-type: none"> – еще ощущается некоторая беспомощность из-за сомнения и нерешительности, но чувствуется также некоторое успокоение; – намечается цель; – осознаются новые возможности; – происходит освоение новых моделей решения проблем. На этой стадии консультации ведутся в русле принятия решения.

5 стадия: стадия комфорта	<ul style="list-style-type: none"> – ситуация прояснилась, наметились пути выхода; – интегрированы новые модели решения проблем; – появляется чувство уверенности; – возвращается хорошее самочувствие; – происходит укрепление самооценки.
---------------------------	--

Человеческая жизнь протекает как цепочка из переживания кризисов разной силы и продолжительности, выхода из них и проживания периода благополучия. Именно в период благополучия созревают зерна будущих противоречий, то есть назревает необходимость перемен. И здесь мы вернемся к тому, с чего начали эту тему: переживание кризиса тем острее, чем больше человек сопротивляется происходящим переменам в своей жизни.

4. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности.

Психобиографический подход – событийно-биографическое направление психологии. Данный подход подчеркивает уникальность жизненного пути личности, необходимость превращения психологии развития личности в психологию жизненного пути. В основу периодизации предлагают ставить конкретные (биографические) события, которые переживаются личностью как значимые в ее развитии.

Попытка всеобъемлющего изучения биографии личности была предпринята Ш. Бюлер и ее сотрудниками в конце 20-х – начале 30-х гг. XX в. Ш. Бюлер попыталась понять жизнь человека не как цепь случайностей, а через ее закономерные этапы, и понять личность через ее внутренний мир. Биографический подход Ш. Бюлер к изучению человека стоит особняком в истории психологии и не получил достойного дальнейшего развития в психологической науке. Главная движущая сила развития личности, по Ш. Бюлер, – врожденное стремление человека к самоосуществлению, самоисполнению, т. е. всесторонней реализации самого себя. Реализовать себя человек может только благодаря творчеству, созиданию. Самоосуществление – итог жизненного пути. Она считает, что причина психического нездоровья человека, причина неврозов – в отсутствии жизненных целей, наиболее адекватных его внутренней сущности. В данном аспекте идеи Ш. Бюлер получили свое развитие в гуманистической теории А. Маслоу, который охарактеризовал самоактуализацию как желание человека стать тем, кем он может стать.

На основе изучения сотен биографий самых различных людей, представителей различных классов и групп Ш. Бюлер выдвинула идею о многофазности жизненного пути человека. Фаза жизненного пути (она выделила 5 таких

фаз) указывает на изменение направления развития, на прерывность в нем. Примечательно то, что возраст до 16–20 лет (период предшествует самоопределению) Ш. Бюлер выносит за пределы жизненного пути, как и возраст от 65–70 лет до смерти (человек, с ее точки зрения, влечит бесцельное существование). На наш взгляд, чтобы понять истинное значение какого-либо периода жизни, надо соотнести его с целостной структурой жизненного цикла, учесть не только ближайшие, но и отдаленно глубокие его последствия для развития личности, поэтому неправомерным решением ученого является вынесение этих двух фаз развития за пределы жизненного пути.

В связи с рассмотрением понятия «жизненный путь личности» проведем некоторые уточнения понятия «событие» в психологической науке. В чем значение данного понятия для человека и какое оно занимает место в процессе его жизненного пути? Понятие «событие» встречается в психологии, но, чаще всего, как некая вспомогательная категория для разъяснения других более значимых психологических терминов. Здесь основной единицей всякого исторического процесса, в том числе, и биографии человека, является **событие**. Именно с событиями связаны коренные перестройки характера, изменения темпа и направления развития личности. Понимание сущности событий во многом определяет понимание природы жизненного пути в целом. «Событие, – отмечала И.А. Логинова, – основная «единица» всякого исторического процесса, в том числе и биографии человека». С событиями связаны коренные перестройки характера, изменения направления или темпа развития личности. Под событием в отечественной психологии понимают некоторое конкретное изменение, происходящее мгновенно или достаточно быстро.

С.Л. Рубинштейн вводит понятие «индивидуальная история», в которой бывают и свои «события» – узловые моменты и поворотные этапы жизненного пути индивида, когда с принятием того или иного решения на более или менее длительный период определяется жизненный путь человека.

Б.Г. Ананьев предложил типологию событий, которая состоит из событий окружающей среды и событий поведения человека в среде; Н.А. Логинова добавила к этой типологии третью группу – события внутренней жизни, составляющие духовную биографию человека. События среды характеризуются как дискретные, составляют целый ряд значительных вех в биографии человека и вносят значительные изменения в ход жизни человека. Значимость одного и того же объективного события определяется той позицией, которую занимает по отношению к нему человек. События могут анализироваться с точки зрения поступков человека. Поступок человека есть единица поведения человека, и, в зависимости от значимости, поступок может приобрести характер события. Смысл поступков внутренней жизни определяется утверждением или отрицанием каких-либо ценностей, которое происходит тогда, когда субъект выступает объектом своих действий и переживаний. Все три описанных группы

событий интересны своим психологическим содержанием и последствием для личности. Н.А. Логинова утверждает, что «ближайшие психологические последствия событий возникают в виде психических состояний, которые отражают объективное содержание событий и соответствуют характеру данного человека».

События среды – это существенная перемена в обстоятельствах развития, происшедшая не по воле человека. Перерыв в плавном течении жизни может быть обусловлен вторжением различных внешних сил в судьбу человека. Так, авария на Чернобыльской АЭС явилась причиной перемен во многих судьбах, биографиях людей. К событиям микросреды относят: рождение или смерть родственников; изменения в трудовом или учебном коллективе: назначение на новую должность, переход в новый коллектив. Наконец, к событиям среды относят роковые случаи – счастливые и несчастные, разом нарушающие все его планы и меняющие сложившийся образ жизни. Значение того или иного объективного события раскрывается в связи с позицией, которую занимает сам человек по отношению к нему. Роль события определяется тем, будет ли человек жертвой внешних обстоятельств или займет активную позицию по отношению к ним.

Вторая группа – события, связанные с поведением человека в окружающей среде, т. е. его поступки. Некоторые поступки имеют такое значение для человека, что приобретают характер события. Классы поступков-событий, как правило, соответствуют классам отношений. Поступки-события вызревают в сфере переживаний, во внутреннем мире человека, их смысл сводится к утверждению или отрицанию каких-либо ценностей. Поиск, принятие или, наоборот, отвержение ценностей составляют духовную биографию человека, которая имеет свои узловые моменты – события внутренней жизни (третья группа).

Т.Б. Карцева предлагает использовать понятие «жизненные события». Жизненное событие не может не иметь для субъекта психологических последствий. Свершение поворотных событий в жизни человека часто вызывает изменение социальной ситуации развития личности, приводит к смене ролей, к изменению круга лиц, включенных во взаимодействие с ним, спектра решаемых им проблем и возможностей принятия им решений и ответственности, к изменению его образа жизни, и, наконец, – его образа Я, представления о самом себе. Все это позволяет трактовать свершение жизненного события как фактор, создающий условия для личностных изменений, для перестройки личности как субъекта события. Событие является для человека жизненным лишь в том случае, когда его свершение затрагивает центральные аспекты его личности – его образа Я, представление о себе, действуя на них разрушительно или вынуждая личность изменять их. Если же происшедшее событие не затрагивает этих сфер личности, оно не является для нее жизненным, неза-

висимо от того, насколько тягостно для человека его переживание. *Жизненное событие есть ситуация самоопределения личности*. Отсюда следует важный вывод, сделанный Т.Б. Карцевой: одинаковые события могут для одних людей стать жизненными, а для других – не стать ими. Одним из индикаторов жизненного события в жизни личности и, соответственно, косвенным критерием его является процесс переосмысления человеком своего прошлого, его переоценка, изменение целей и смысла жизни.

Жизненные, событийные кризисы, которые происходили у каждого человека, по существу, оставались вне интереса психологов. Экологические катастрофы, стихийные бедствия, аварии и другие события заставили пересмотреть многие незыблемые взгляды на нашу жизнь. Оказалось, что человек живет в достаточно неопределенном мире, где стрессовые события довольно частые явления.

5. Понятие «психическая травма». Психологическая перспектива (психологическое будущее).

Психическая травма – потрясение, переживание особого взаимодействия человека и окружающего мира. Главное содержание – утрата веры в то, что жизнь организована согласно порядку и поддается контролю. Травмирующий для психики характер несут события, связанные с угрозой собственной жизни, органические травмы.

В психобиографическом подходе активно рассматривается именно динамический аспект, т. е. влияние психической травмы на восприятие времени, а именно, на то, как меняется видение настоящего, прошлого и будущего.

Травматический стресс по интенсивности переживаемых чувств соразмерен со всей предыдущей жизнью. Травматический опыт кажется наиболее существенным событием жизни, как бы делящим всю жизнь на события, произошедшие до и после события.

1) Травматическое событие меняет видение прошлого и настоящего.

Человек, испытавший нервное напряжение, ощущает себя не таким, каким был прежде, а взрослее, опытнее, чем его сверстники. Человек, который пережил травмирующее событие, но отреагировал его, как бы остается в этом событии. Для таких людей велика вероятность повторения травматической ситуации: ветераны войны в Афганистане едут воевать в «горячие точки», девушка, которая подверглась насилию в более раннем возрасте, может быть подвергнута насилию, будучи взрослой женщиной.

2) Травматическое событие меняет видение будущего.

Психологическая перспектива (психологическое будущее) – когнитивная способность предвидеть будущее, прогнозировать его, представляя себя в нем, а также целостная готовность к нему в настоящем. Представления личности о собственном будущем является фактором ее жизненного пути, образуют субъективный образ развития индивида. Прогнозирование будущего может

быть оптимистичным/пессимистичным, реалистичным/фантастичным. Прогнозирование личностью своего жизненного пути имеет количественные и качественные характеристики.

Количественный аспект: длительность, объем, вероятность явлений будущего.

Качественный аспект: определенность явлений будущего.

Травмирующие последствия проявляются в симптомах «укороченного будущего», в наличии неопределенных жизненных планов, в избегании ситуаций, связанных с необходимостью выстраивать жизненные прогнозы.

Травмирующее событие определяет многие последующие события, кладет начало новому образу жизни.

6. Психологическое содержание процесса переживания. Скорбь как процесс переживания.

Основной единицей внутренней жизни личности является *переживание*. Переживания в форме психических состояний, в которых слиты эмоциональные, волевые и интеллектуальные компоненты, отражают события и обстоятельства жизни в их отношении к самому объекту. В качестве объяснительного механизма понимания психологической природы переживания может служить подход Л.И. Божович. В категории «переживания» она выделила компоненты: отношения, ориентирования и побуждения.

По Л.И. Божович, переживание отражает степень удовлетворенности субъекта его взаимоотношений с окружающей средой, и выполняет «функцию» осведомления субъекта о том, в каком взаимоотношении со средой он находится, ориентируя его поведение, побуждая субъекта действовать в направлении, уменьшающем или ликвидирующем возникший разлад.

Скорбь – процесс переживания состояния потери, смерти близких людей.

Процесс скорби рассматривается как феномен, состоящий из 3 стадий:

1. Начинается сразу после смерти близкого человека, длится от 1 до 3 дней.

Проявления: шок, неверие, отрицание, оцепенение, рыдание, смятение.

2. Пики – между 2-й и 4-й неделями после смерти; длится в течение года.

Проявления: болезненная тоска, погруженность в переживания, воспоминания, яркий образ умершего в душе, ощущение, что умерший жив, печаль, слезливость, бессонница, потеря интереса к жизни, раздражительность и беспокойство.

3. Обычно наступает в течение года после смерти близкого человека.

Проявления: завершение, уменьшение количества эпизодов печали, способность вспоминать о прошлом с удовольствием, возобновление повседневной активности.

Повышенный риск смертности у людей, потерявших близких связан с одиночеством, отсутствием сети социальной поддержки, снижением эффективности иммунной системы (особенно у мужчин, перенесших горе).

7. Стратегии преодоления психической травмы.

Преодоление – индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. Особо значим фактор субъективности, т. е. то, как человек воспринимает ситуацию, как переживает, как реагирует на нее.

Главная задача преодоления – удержать человека в состоянии психического равновесия, когда он попадает в ситуацию неопределенности.

Модусы психологического преодоления: направленность на решение проблемы или на изменение собственных установок в отношении ситуации.

Процесс освобождения от негативных последствий стресса, конфликта, фрустрации – “*coping*” (от англ. – преодолевать, сходное понятие – «адаптация»).

Стратегия преодоления возникает:

- а) при столкновении личности с новыми для этой личности требованиями;
- б) когда ранее усвоенные и привычные формы реагирования уже не срабатывают;
- в) когда субъект сталкивается с невозможностью реализации своих планов и намерений, стремлений и ценностей.

Существует большое число классификаций видов психологического преодоления. При анализе стратегий преодоления нужно отметить параметры:

- 1) ориентированность (локус преодоления) (ориентация на проблему или на себя);
- 2) область психического, в которой разворачивается процесс преодоления (видимая деятельность человека, представления о ней, чувства, вызывающие деятельность);
- 3) «эффективность» – показывает, приносит стратегия желаемый результат или нет;
- 4) временная протяженность полученного эффекта после преодоления препятствия (разрешается ситуация радикально или требует возврата, дополнительных усилий);
- 5) тип ситуаций, провоцирующих coping-поведение, которые можно рассматривать, начиная от кризисной и заканчивая повседневной ситуацией.

Критерии эффективности coping-стратегий

Ситуационный

Фиксируется внимание на ситуации. Процесс преодоления завершен, когда ситуация для субъекта утрачивает свою негативную значимость.

Личностный

Процесс преодоления на стадии завершения, если происходит понижение уровня невротизации личности, который выражается в снижении депрессии, тревожности, раздражительности и психосоматической симптоматики.

Адаптационный

Эффективность – в приспособлении человека к ситуации, ослабляется чувство уязвимости к стрессам, повышаются адаптационные ресурсы.

Процесс преодоления также обуславливается полоролевыми стереотипами:

1) женский тип преодоления трудностей преимущественно эмоциональный;

2) мужской – инструментальный (преодоление трудностей через преобразование кризисной ситуации или через перетолковывание).

К *эффективным* можно отнести стратегии, в которых происходит реальное преобразование ситуации или ее перетолковывание, т. к. это не столько переделка внешнего мира, сколько изменение отношения к ситуации. К неоднозначным стратегиям относят *эмоционально-экспрессивные* формы преодоления. Эффективное поведение, выражения чувств – признак преодоления, замкнутость – нет. Открытое агрессивное поведение в силу своей асоциальной направленности не является эффективным. Фактором риска является *стратегия самообвинения*, когда человек принимает на себя вину за трудности, с которыми он сталкивается в кризисной ситуации. У него формируется невротическая вина, которая становится объектом преодоления и не всегда снимается без помощи психолога.

Тема 2 ТЕОРИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

План

1. *Определение понятий «стресс», «травматический стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).*
2. *История создания теории посттравматического стрессового расстройства.*
3. *Этиология, эпидемиология и симптоматика ПТСР.*
4. *Анализ методов диагностики ПТСР.*
5. *Теоретические модели ПТСР.*
6. *Травматический стресс и крушение базовых иллюзий.*
7. *Индивидуальная уязвимость и психологические последствия травмы.*

1. Определение понятий «стресс», «травматический стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).

Стресс (от англ. *stress* «нагрузка, напряжение») – совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие неблагоприятных факторов-стрессоров, нарушающее его гомеостаз и состояние нервной системы (или организма в целом). Выделяют положительную (эу-стресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса.

Г. Селье в 1936 г. предложил гомеостатическую модель самосохранения организма и мобилизацию ресурсов для реакции на стрессор. Все воздействия на организм он подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде *общего адаптационного синдрома*. Синдром в своем развитии проходит три стадии:

- 1) реакция тревоги;
- 2) стадия резистентности;
- 3) стадия истощения.

Г. Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо и ведет к старению и гибели организма.

Психические проявления общего адаптационного синдрома обозначаются как «*эмоциональный стресс*» – аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Эмоции вовлекаются в структуру поведенческого акта, и эмоциональный аппарат включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов. В результате активируются функциональные вегетативные системы и обеспечение, регулирующие поведенческие реакции.

Эмоциональный стресс – феномен, возникающий при сравнении требований, предъявляемых к личности с ее способностью справиться с этими требованиями. В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией возникает напряженное состояние, вызывающее нарушение его гомеостаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (когнитивная и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией неэффективны, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений.

Стресс может стать причиной серьезных расстройств. При неоднократном повторении (большой продолжительности аффективных реакций) эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает, а наоборот, постоянно активизирует центральные образования нервной системы и расстраивает деятельность внутренних органов и систем.

Стрессоры делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т. п.), психологические (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т. п.). Последние подразделяются на эмоциональные и информационные.

Травматический стресс – результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью, образу Я.

Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере – нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти. В качестве стрессора выступают **травматические события** – экстремальные кризисные ситуации, обладающие негативным последствием, ситуации угрозы жизни.

Психологическая реакция на травму включает в себя 3 фазы:

Название фазы	Характеристика
Фаза психологического шока	1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности. 2. Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза кратковременна.

Воздействие (критическая фаза)	Выраженные эмоциональные реакции на событие, его последствия (страх, тревога, гнев, плач, обвинение) – эмоции, отличаются непосредственностью проявления и интенсивностью. Они сменяются реакцией критики или сомнения в себе с осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. В худшем случае может произойти фиксация на травме и переход состояния в хроническую форму.
Фаза нормального реагирования	Отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам.

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

Состояние, развивающееся под действием травматического стресса, не попадает в клинические классификации. Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным. Было описано множество симптомов подобного изменения состояния, однако долгое время не было четких критериев его диагностики. Также не существовало единого термина для его обозначения. Только к 1980 г. было накоплено и проанализировано достаточное для обобщения количество информации, полученной в ходе экспериментальных исследований.

Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Были выделены 4 характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс (Б.Г. Рамек):

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

2. История создания теории посттравматического стрессового расстройства.

В современном представлении ПТСР – это хроническое психическое расстройство, обусловленное психологическим дистрессовым событием, происходящим вне области нормального человеческого опыта. Б. Мещеряков и В. Зинченко определяют ПТСР, как «нарушение психики у лиц, перенесших экстремальные ситуации и получивших психическую травму. ПТСР часто возникает у пострадавших от стихийных бедствий (землетрясения, наводнения), техногенных катастроф и социогенных экстремальных ситуаций (пожары, дорожно-транспортные происшествия, бомбардировки, перестрелки, пытки, нападения, изнасилования, похищение террористами, насилие над ребенком, концентрационный лагерь)».

Первое систематическое описание психических расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, было сделано в 1867 г. английским хирургом Д.Е. Эриксоном в работе «Железнодорожная травма и другие травмы нервной системы», где он описал ряд симптомов психического расстройства, которые наблюдал у лиц, пострадавших в результате железнодорожной катастрофы. В течение многих недель после события эти больные испытывали постоянное ощущение «душевного дискомфорта», страдали расстройством сна с тяжелыми сновидениями, связанными с несчастным случаем. Объективно у них отмечались нарушения памяти и ослабление концентрации внимания. Перечисленные расстройства Д.Е. Эриксон пытался объяснить результатом «молекулярного поражения спинного мозга». Однако такой вывод не нашел в дальнейшем поддержки у ученых и практиков.

В 1889 г. немецкий невролог Н. Опенгейм ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Благодаря работам З. Фрейда в 20–30-е гг. в Европе произошло психоаналитическое осознание травматических неврозов. З. Фрейд писал: «Ужасная война, которая только что закончилась, вызвала большое количество «травматических неврозов» и, по крайней мере, положила конец искушению относить эти случаи к органическому повреждению нервной системы, вызванному механической силой». З. Фрейд считал, что основная причина заболевания – неожиданность и страх. Начиная с 40-х гг., центр изучения данной проблемы переместился в США. Так, Е. Линдеман предложил для определения расстройств, вызванных тяжелой психической травмой, использовать понятие «патологическое горе». Данный синдром, по мнению автора, может развиваться непосредственно после несчастья или спустя некоторое время, может быть преимущественно выражен или, наоборот, мало заметен. Е. Линдеман дал первую классификацию расстройств, наблюдаемых у пострадавших от несчастного

случая. Сюда вошли соматические расстройства, чувство тоски, раздражение, утрата стереотипов поведения, гнев, аутодеструктивное поведение, изменение отношений с родственниками или друзьями.

В дальнейшем, исследования таких ученых как Р.С. Леопольд, Н. Диллоун, В.Г. Нидерланд, Р.И. Лифтон обнаружили следующие психологические расстройства: навязчивые и угнетающие воспоминания, приступы тревоги, которые были определены как «синдром выживших».

Ученые вводят понятие «синдром изнасилованных», определяя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в определенные сроки примерно у трети из числа подвергшихся изнасилованию. «Синдром, очень сходный с тем, который в настоящее время мы называем посттравматическим стрессовым расстройством, был отмечен у солдат во время Гражданской войны в Америке. Он был назван «солдатским сердцем» из-за наличия вегетативных симптомов со стороны сердца. Во время Первой мировой войны синдром был назван «шрапнельным шоком», «боевой усталостью» и было высказано предположение о том, что он наблюдается в результате травмы, наносимой взрывами снарядов. Затем посттравматический стресс был отмечен в нацистских концентрационных лагерях и у тех, кто пережил атомную бомбардировку Японии Соединенными Штатами. В 1941 г. люди, оставшиеся в живых после пожара в переполненном ночном клубе «Кокосовая Аллея» в Бостоне, обнаруживали повышенную нервозность, утомляемость и ночные кошмары. Во всех этих ситуациях появление патологических симптомов коррелировало с тяжестью стресса – наиболее тяжелые стрессы (например, в концентрационном лагере) вызвали появление синдрома более, чем у 75% жертв.

А. Кардинер в 1941 г. провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

Э. Крепелин использовал термин «невроз пожара» для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных, эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Он же впервые обратил внимание на то, что в его психопатологической картине существенную роль играют истерическое реагирование и рентные установки больных. Ученый считал обязательным при реабилитации – ограничение пенсий и пособий и скорейшее возвращение к привычной работе. Массовое депрессивное или агрессивное состояние у ветеранов было замечено в Америке после войны во Вьетнаме, и синдром стал называться «вьетнамским». У 25% воевавших во Вьетнаме солдат развились неблаго-

приятные изменения личности под влиянием психической травмы. Около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство (на начало 90-х гг.). Около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучия в семье и социальных контактов. Потом оказалось, что те же симптомы встречаются у людей, никогда не служивших в армии и не имеющих никакого отношения к военным действиям, у тех, кто пережил тяжелые потрясения, которые или буквально угрожали жизни или им так казалось (катастрофы, теракты, насилие, авария, землетрясение, пожары, смерть близких, трагедия, произошедшая на их глазах).

Таким образом, к концу 70-х гг. был накоплен значительный материал, который показывал, что у пострадавших, несмотря на различный характер событий, вызвавший психическую травму, наблюдается целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств. Так как ни одной из нозологических форм в целом эти расстройства не соответствовали, М. Горовиц предложил выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием «посттравматическое стрессовое расстройство». С 1980 г. посттравматическое стрессовое расстройство включено Американской психиатрической ассоциацией в диагностическую номенклатуру. Современное представление о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложилось окончательно к 1980-м гг., однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

3. Этиология, эпидемиология и симптоматика ПТСР.

В основе этиологии ПТСР лежит психическая травма, событие, способное вызвать психический стресс. Во всех случаях событие, ставшее причиной психической травмы, – экстраординарно для личности и сопровождается страхом, ужасом, ощущением беспомощности. Существует список ситуаций, приводящих к ПТСР:

А. Природные:	Б. Вызванные человеком несчастные случаи:	В. Умышленные:
а) климатические (ураганы, смерчи, наводнения); б) сейсмические (землетрясения, извержения вулканов).	а) на транспорте (дорожном, железнодорожном, водном, авиа); б) в промышленности; в) взрывы (химические, на шахтах, военных складах); г) пожары (ожоги, удушение дымом); д) биологические (вирусные, бактериологические, токсемии); е) химические (токсические газы, жидкости, твердые вещества); ж) ядерные (радиация, радиоактивное загрязнение).	а) терроризм; б) бунты, мятежи, социальные волнения; в) войны.

Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии.

Б.В. Шостакович выделяет в этом ряду «синдром изнасилования». «Травматическая ситуация становится событием, травмой в зависимости от диспозиционных факторов и, в первую очередь, от характера восприятия и оценки события самим человеком. Опасность совершенно необязательно должна быть реальной, она может существовать в воображении человека. Усиливает травмирующее воздействие ситуации психическая и физическая слабость жертвы» – считает Ю.В. Щербатых.

В развитии посттравматических стрессовых расстройств важную роль играют следующие ситуационные факторы: внезапность и неожиданность стресса, жестокость происходящего, как при военных действиях или нападениях террористов; недостаточная социальная поддержка. Число людей с психическим расстройством может быть значительно больше, чем число непосредственно пострадавших, так как в подобные переживания вовлекаются члены семей, свидетели, спасатели. В мирное время случаи посттравматического стрессового расстройства в популяции составляют для мужчин 0,5%, для женщин – 1,2%. Это расстройство может развиваться у 50-80% людей, испытавших такое воздействие. В целом очень молодым и очень старым труднее справиться с травмирующими событиями, чем людям, у которых травма возникает в середине жизни. Например, приблизительно у 80% детей, получивших ожоги, через 1–2 года после ожоговых поражений развивается посттравматическое стрессовое расстройство. С другой стороны, примерно только у 30% взрослых после ожогов развивается подобное расстройство. Вероятнее всего, у маленьких детей еще не развиты механизмы, позволяющие справиться с физическими и эмоциональными повреждениями, наносимыми травмой. Подобно этому, пожилые люди, так же как маленькие дети, имеют более ригидные механизмы борьбы с травмой и не могут применить достаточно гибкого подхода против ее воздействия. Более того, воздействие травмы может быть усилено физической инвалидностью, характерной для жизни стариков, особенно с нарушениями со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем.

Наличие психических отклонений в период, предшествовавший травме, расстройств личности или более серьезных нарушений увеличивает силу воздействия стрессора. Одним из мощных факторов, обуславливающих развитие ПТСР, является такая личностная черта, как «невротизм». Повышенный риск в отношении ПТСР обусловлен склонностью человека к использованию таких стилей совладания с жизненными невзгодами, как избегание и уход, а также тенденцией к навязчивым размышлениям о событиях с усмотрением в них, главным образом, отрицательного смысла. Были выявлены и другие предрасполагающие факторы. Так, установлено, что люди с избегающими, зависимыми или нарциссическими личностными чертами, вследствие массивного характе-

ра травмы, более склонны к возникновению ПТСР, сравнительно, например, с носителями антисоциальных личностных черт, у которых такая симптоматика развивается с меньшей вероятностью. К факторам психического здоровья, повышающим вероятность ПТСР, относят наличие в анамнезе эпизода большой депрессии и химической зависимости. Индивидуальные характеристики влияют не только на восприятие событий, но также определяют эмоциональную возбудимость, регулируют интерпретацию сигналов опасности и затрудняют выработку адаптивных реакций на стрессогенные воздействия.

Частота различных травм и последующего развития ПТСР в репрезентативной американской выборке:

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар, стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

Исследователи психических болезней стресса и Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) упоминают большой ряд условий возникновения ПТСР и его симптомов: человек пережил событие, угрожающее жизни; реакция в виде страха, ужаса, беспомощности; навязчивые воспоминания о событии; сны о пережитом событии; действия или ощущения, воссоздающие пережитое; психологическое напряжение при напоминании о травмирующих событиях; избегание разговоров, связанных с травмой; избегание мест и людей, связанных травмой; запомывание аспектов травмы; снижение интереса к значимой деятельности; чувство отчуждения от окружающих; неспособность испытывать любовь; неспособность ориентироваться на перспективу; трудности при засыпании; раздражительность или вспышки гнева; трудности концентрации внимания; сверхнастороженность; усиленная реакция на испуг; стойкое психическое напряжение. Наличие у человека одновременно шести или более из этих симптомов позволяют диагностировать развернутый синдром ПТСР. Если выявлены пять или меньше симптомов, то это свидетельствует о компонентах ПТСР как последствия психологического травмирования.

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства наиболее полно представлены в классификации болезней DSM-III-R и DSM-IV.

А. Событие. ПТСР возникает в результате психической травмы. В основе травмы лежит ситуация, не имеющая индивидуальных аналогов переработки. Ситуация становится кризисным событием, из которой личность не видит выхода и попадает в состояние тяжелого стресса. Кризисная ситуация связана с угрозой жизни, здоровью, психическому равновесию как самого субъекта, так и его родственникам, близким.

В. Группа «повторного переживания». Психическая травма, вызывавшая ПТСР, повторно переживается пострадавшим в следующих формах (не менее 1 пункта):

- 1) повторные угнетающие мысли, связанные с «событием»;
- 2) постоянные/эпизодические угнетающие воспоминания о травме;
- 3) внезапное ощущение того, что «событие» и то, что ему предшествовало, повторяется вновь (включая иллюзии, галлюцинации, «flashbacks»);
- 4) психологическое угнетение в случаях, когда текущие события напоминают или символически связаны с психической травмой, включая предметы, даты и т. д.

С. Группа «избегания». Постоянное избегание того, что может ассоциироваться с «событием» или напоминать о нем. А также общая психическая заторможенность (не менее трех пунктов):

- 1) стремление уйти от мыслей и чувств, ассоциирующихся с травмой;
- 2) стремление избегать ситуаций и действий, которые могут вызвать воспоминание о психической травме;
- 3) невозможность восстановить подробности, связанные с травмой;
- 4) значительная потеря интереса к ранее важным аспектам деятельности;
- 5) чувство отчуждения и безразличия к другим;
- 6) заметное снижение уровня положительных аффективных переживаний;
- 7) неуверенность в будущем – эффект укороченного будущего.

Д. Группа «общая психическая возбудимость / заторможенность».

Симптомы повышенной возбудимости, отсутствующие до психической травмы (не менее 2 пунктов):

- 1) трудности с засыпанием или сном;
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) снижение концентрации внимания, рассеянность;
- 4) повышенная осторожность, гипертрофированная бдительность;
- 5) повышенная пугливость (повышенная стартовая реакция на внезапный стук и т. п.).

Различают следующие *виды ПТСР*:

- острое его развитие с яркими проявлениями, продолжающееся не больше трех месяцев;
- хроническое, продолжающееся больше трех месяцев;
- отсроченное, когда проявление заболевания возникает спустя месяцы и годы после психологической травмы и вызванного ею давно закончившегося острого стресса;
- без ярких проявлений, но с деформацией характера, самочувствия и поведения человека, изменяющих его жизнь: его склонности, пристрастия и, соответственно, отношение к нему окружающих людей, когда изменение личности сказывается на всем образе его существования.

В.М. Волошин указывает на то, что «феномен ПТСР характеризуется стойкими тревожно-депрессивными, тревожно-фобическими, обсессивно-компульсивными нарушениями с формированием в процессе болезни избегающего поведения. Особенностью ПТСР, выделяющей его среди психогенно обусловленных нарушений, является наличие стойких многолетних переживаний психотравмирующей ситуации. Основной симптоматике ПТСР всегда сопутствует депрессия, которая доминирует на начальных этапах заболевания и является составной частью синдрома в процессе хронизации болезни, оказывая существенное влияние на ее картину и течение. Однако в литературе отсутствуют исследования, специально посвященные изучению сопряженности психопатологической структуры и динамики ПТСР с депрессией».

Посттравматическое стрессовое расстройство имеет отчетливо психогенную природу расстройства; тяжесть психогении выходит за рамки обычного человеческого опыта, то есть имеет исключительную выраженность своего патогенного воздействия; имеет латентный период, а также отличается пролонгированным воздействием и проявляется в период от шести месяцев до десяти лет после перенесения однократной или повторяющейся психологической травмы. Обязательные критерии: очевидная связь возникновения болезни с тяжелым стрессогенным событием (при этом есть ссылка на то, что расстройство может быть отдаленным от события на несколько недель или месяцев, однако не более чем на полгода); повторяющиеся эпизоды воспоминаний о событии; ночные кошмары; отчуждение; «эмоциональная оцепенелость»; ангедония. Больные боятся и избегают всего, что напоминает о пережитой ими психической травме. В подобных ситуациях у них могут возникать острые вспышки страха, паники или агрессии. Как «осложняющий фактор» рассматривается избыточное употребление алкоголя или наркотиков. Следует помнить, что реальная клиническая картина посттравматического стрессового расстройства, естественно, может быть значительно богаче. ПТСР выявляется в случае присутствия у человека следующих признаков: 1) если беспокоят пугающие воспоминания о ситуации нападения, катастрофы. Воспоминания возникают

внезапно и сопровождаются оцепенением, потливостью, сильным сердцебиением; 2) если человек избегает всего того, что так или иначе может напомнить ситуацию травмы (определенной улицы, подъезда, машин определенной марки, телевизионных передач), т. к. не может справиться с появляющимися тягостными ощущениями; 3) если человек пробуждается несколько раз за ночь от того, что ему снятся кошмары, связанные с пережитой экстремальной ситуацией. Существует такое понятие, как триггер. Триггером является событие, вызывающее у больного ПТСР приступ. Чаще всего триггер является частью травмирующего опыта – плач ребенка, шум машины, нахождение на высоте, изображение, текст, телепередача и др. Больные ПТСР обычно всеми силами избегают встреч с триггерами, стремясь избежать нового приступа.

Полное или частичное *отрицание* является первой реакцией на травмирующее событие. Отрицание может быть промежуточным этапом, если в дальнейшем у человека хватает сил, чтобы переработать произошедшее, либо может стать окончательным исходом, предохраняющим систему убеждений от пересмотра. Примером крайней формы отрицания является полная психогенная амнезия. Однако чаще встречаются варианты с частичной амнезией события или с отрицанием некоторых выводов, проистекающих из события. Например, отрицание собственной роли в событии приводит к обвинению других людей или сил, отрицание смертности – к формированию защитных мифов о бессмертии, неготовность пересмотреть идею о собственном всемогуществе – к переживаниям вины за происшедшее. Когда постстрессовые нарушения на фоне отрицания становятся хроническими, появляется выраженное эмоциональное напряжение, которое трансформируется в невротические и психосоматические симптомы, а также может стать основой для формирования алкогольной и наркотической зависимости. Клинически эти состояния уже не укладываются в картину ПТСР или реакции потери, хотя рядом авторов и предлагаются для обозначения этих состояний термины «маскированное ПСТР» или «скрытое ПТСР».

Переосмысление события является одной из основных причин реперевживания (повторного воспроизведения) травмы. Однако симптомы реперевживания являются результатом множества факторов, в т. ч. и отрицания. При преобладании отрицания воспоминания о событии носят навязчивый характер и сопровождаются выраженным избеганием.

У людей с ПТСР *нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни*. В силу того, что травматические воспоминания остаются не интегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвергаются изменениям с течением времени – что составляет природу психической травмы, – жертва остается «застывшей», фиксированной на травме как на актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как событие прошлого. При этом травматические воспоминания существуют

в памяти не в виде связных рассказов, а как интенсивные эмоции и сомато-сенсорные явления, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или когда стимулы и ситуации напоминают о травме.

Со временем *первые навязчивые мысли о травме могут связываться с реакциями на широкий спектр стимулов*, что укрепляет выборочное доминирование травматических сетей памяти. *Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания*, со временем могут становиться все более и более тонкими и генерализованными, таким образом, самые разнообразные стимулы становятся напоминанием о травме.

Телесные реакции человека с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы носят такой характер, будто бы он все еще находится в условиях серьезной угрозы: он страдает от сверхбдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Исследования ясно показали, что *люди с ПТСР страдают от обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы в ответ на связанные с травмой стимулы*. Феномены физиологической гипервозбудимости являются сложными психофизиологическими процессами, в которых, как представляется, постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы служит причиной такого, например, симптома, как трудности с концентрацией внимания или сужение круга внимания, направленного на источник предполагаемой угрозы.

Одним из *последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы*. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности. Как известно, с точки зрения адаптации возбуждение вегетативной нервной системы служит очень важной функцией мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально опасной ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция в значительной степени утрачивается: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает невозможным положиться на свою физиологическую систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний, и, как следствие, они уже не могут служить ориентирами для деятельности. Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым угрожающим смыслом. *Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида*.

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности при отделении не-существенных стимулов от существенных, когда из контекста необходимо выбрать то, что является действительно важным. В результате *теряется способ-*

ность гибко реагировать на изменяющиеся требования окружающей среды, из чего следуют трудности в обучении и серьезное нарушение способности к усвоению новой информации.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать (или заместить) чувство беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля. Парадоксальным образом исследования показывают, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся себя, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет первым сохранить внутренний локус контроля и тем самым избежать чувства беспомощности.

Компульсивное повторное переживание травматических событий – поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, – не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется он в том, что неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые в целом или частично сходны с начальным травматическим событием. Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации. Например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции; женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними грубо обращается; жертвы сексуального соблазна в детстве, повзрослев, занимаются проституцией. Понимание этого, на первый взгляд, парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны повторного переживания травмы, может выступать как в роли жертвы, так и агрессора.

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США, показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. Также показана в высшей степени достоверная связь между детским сексуальным насилием и различными формами самодеструкции – вплоть до попытки самоубийства, – которые могут возникнуть уже во взрослом возрасте. В литературе описывается феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами.

Преследуемый навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированный человек пытается организовывать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими мыслями. Избегание может принимать разные формы, например: дистанцирование от воспоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных про-

цессов, позволяющих вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет и разрушает взаимосвязи с другими людьми и как следствие – ведет к снижению адаптивных возможностей.

Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может влиять на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Однако семья, «семейная стабильность» выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на страдающего члена семьи, в частности когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

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

Компенсированные личности, которые нуждаются в легкой психологической поддержке – дружеской или семейной.

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

Личности с дезадаптацией средней степени, которые нуждаются во всех видах помощи, в том числе – в фармакологической коррекции состояния. Психофизическое равновесие заметно нарушено во всех сферах, имеются психические нарушения на уровне пограничных: постоянное чувство страха, выраженной тревоги или агрессивности, не адекватных ситуации. Физически эти люди могут страдать в результате травм или ранений.

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

Изучены разные *типы ПТСР (по МКБ-10)*:

1) *тревожный тип* – отличается частыми возникновениями немотивированной тревоги, не только осознаваемой, но и ощущаемой телесно; из-за этого возникают частые смены настроения, нарушен сон: кошмары, бессонница; такие люди стремятся к общению и это облегчает их болезненно-тревожное состояние;

2) *астенический тип* – характеризуется вялостью, слабостью, апатичностью, навязчивым равнодушием к своей жизни и проблемам окружающих

людей; собственная несостоятельность мучает, и это еще больше угнетает; сон нарушен иначе, чем при тревожном типе посттравматического стрессового расстройства: надолго возникает мучительная дремота, иногда весь день трудно подняться с постели; больные этого типа согласны лечиться, откликаются на помощь друзей и близких;

3) *дисфорический тип* – пациентам свойственна постоянная раздражительность, агрессивное недовольство и мрачное настроение; они обидчивы, бывают активно мстительны, драчливы, потом могут сожалеть о своей несдержанности или, напротив, испытывать недолгое удовлетворение; за помощью не обращаются, избегают ее; их начинают лечить после того как становится ясно, что протестная агрессивность таких людей неадекватна реальности;

4) *соматоформный тип* – возникают массивные болезненные ощущения внутри тела: в области сердца, в желудочно-кишечном тракте, в голове; эти болезненные симптомы появляются как правило спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, т. е. это отставленный вариант посттравматического стрессового расстройства; ипохондрическая фиксация на этих симптомах и тревожное ожидание их усиления заставляет больных обращаться к врачам, если у них не сформированы комплексы неверия в медицину и своей обреченности.

4. Анализ методов диагностики ПТСР.

Основным инструментом дифференциальной диагностики всего комплекса расстройств является метод структурированного клинического интервью – СКИД (SCID-Structured Clinical Interview for DSM-II-R). СКИД был опубликован в 1987 г. и с тех пор применяется врачами и психологами в клинической практике и в исследовательских целях.

СКИД включает ряд диагностических модулей (блоки вопросов), обеспечивающих постановку диагноза по критериям, содержащимся в DSM-III-R. Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым необходимым для каждого конкретного случая модулем, который выбирается на основании данных общего (обзорного) опроса пациента на первом этапе исследования. Окончательный диагноз определяется по данным суммарной итоговой шкалы, в которую заносятся результаты, полученные при применении каждого модуля.

Кроме основного инструмента (SKID) при диагностике ПТСР, применяются:

1. Миссисипская шкала (Mississippi Scale). Позволяет определить наличие PTSD-синдрома в 93% случаев и в 89% случаев – отсутствие этого синдрома.
2. Субшкала PTSD-синдрома, разработанная на базе MMPI. Применение субшкалы MMPI выявляет до 82% случаев PTSD.
3. Опросник депрессии А.Т. Бека.

4. Тест Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности.

5. Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale – IOES) М. Горовитца, позволяющая определить наличие у пациента PTSD-синдрома по выраженности одной из двух тенденций: стремления к навязчивым переживаниям по поводу травмы/к избеганию связанного с ней.

6. Локус контроля. Шкала Дж. Роттера.

7. Опросник ОМІ (Questionnaire Upon Mental imagery) – для определения уровня развития способности к воображению. Кроме способности к воображению он фиксирует выраженность стремления к поиску “острых” впечатлений.

5. Теоретические модели ПТСР.

В результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

К психологическим моделям можно отнести психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни. Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления состояния ПТСР и успешностью последующей адаптации. Было установлено, что наиболее эффективными являются две стратегии:

1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы;

2) осознание травматического опыта и значения травматического события.

Первая из этих стратегий была использована при разработке психодинамических моделей, описывающих процесс развития ПТСР-синдрома и выхода из него как поиск оптимального соотношения между патологической фиксацией на травмирующей ситуации и ее полным вытеснением из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснение из сознания («инкапсуляция травмы»), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду, помогая преодолеть последствия внезапной травмы. При развитии постстрессовых состояний осознание всех аспектов травмы становится неременным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в значимую часть бытия субъекта.

Согласно *психодинамическому подходу* травма приводит к нарушению процесса символизации. З. Фрейд рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера. Вслед-

ствии интенсивного (длительного) воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на субъекта. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В качестве следствий травматизации рассматриваются: регресс к оральной стадии развития, смещение либидо с объекта на Я, ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация Я, идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я», деструктивные изменения Я-идеала. Считается, что травма – механизм, актуализирующий детские конфликты.

Данная модель не объясняет всю симптоматику травматического реагирования, например, постоянного отыгрывания травмы. Кроме того, в опыте любого человека можно найти детскую травму. Что не является, однако, предопределяющим в развитии неадаптивного ответа на стресс. Кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР – когнитивная оценка и переоценка травматического опыта – отражен в когнитивных психотерапевтических моделях.

В *когнитивном направлении* считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (не “я плохой”, а “я совершил плохой поступок”).

В этом случае сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом – восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР.

В рамках когнитивной модели травматические события – это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологическая реакция на стресс – неадаптивный ответ на обесценивание этих базовых представлений. Неадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнев, уход, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина неадаптивного преодоления травмы лежит в негибкости когнитивных схем.

Данная модель с наибольшей полнотой объясняет этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитываются и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

Согласно *психосоциальному подходу*, модель реагирования на травму многофакторна, и необходимо учесть вес каждого фактора в развитии реакции на стресс. В основе лежит информационная модель М. Горовитца. Информацион-

ная модель М. Горовица – попытка синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей (в рамках психофизиологической модели ответ на травму – результат длительных физиологических изменений). Стресс, согласно М. Горовицу, – это масса внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перегрузка. Необработанная информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. Подчиняясь принципу избегания боли, человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но, в соответствии с тенденцией к завершению, временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, так же как и психологический, включен в эту динамику. Феномен реагирования такого рода – это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивания ее в когнитивные схемы индивида. Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего не позволяет учитывать индивидуальные различия при травматических расстройствах. В психосоциальном подходе подчеркивается необходимость учитывать факторы окружающей среды (социальной поддержки, стигматизации, культурные особенности, дополнительные стрессы). Эта модель обладает недостатками информационной модели, но введение факторов окружающей среды позволяет выявить индивидуальные различия.

Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение социального статуса, наличие социальной поддержки. Последний фактор является самым значимым.

Выделены стрессгенные ситуации, связанные с социальным окружением: человек с опытом войны не нужен обществу; война и ее участники непопулярны; между теми, кто был на войне, и теми, кто не был, отсутствует взаимопонимание; общество формирует комплекс вины у ветеранов.

Столкновение с этими, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводило к ухудшению состояния ветеранов войн. Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае, когда поддержка и понимание окружающих отсутствуют.

6. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий.

Психологическое состояние людей после катастрофы имеет общие характеристики, выходящие за рамки психологических состояний.

Так, у пострадавших формируются установки жертвы. Это связано с тем, что человеку выгодно как можно дольше оставаться жертвой. Формируется рентная ориентация у пострадавших, которая близка с установкой жертвы. Человек с рентной ориентацией противится психологической помощи, он «доволен» своим психологическим состоянием, так как его социальный статус «пострадавший» позволяет получать или надеяться получать материальную и моральную выгоду.

Психологические защиты от естественного страха смерти в сознании людей выступают в виде базовых иллюзий. Их три: иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости и иллюзия простоты устройства мира. Эти иллюзии очень устойчивы и часто встречаются не только у детей, но и у взрослых.

Иллюзия собственного бессмертия: «Могут умереть все, кроме меня». Первое же столкновение с травматической ситуацией ставит ребенка лицом к лицу с реальностью. Впервые в своей жизни он вынужден признать, что может умереть. Для большинства такое откровение может кардинально поменять образ мира, который из уютного, защищенного превращается в мир роковых случайностей, открытый для действия неконтролируемых сил.

Иллюзия справедливости: «Каждый получает по заслугам» или: «Мир справедлив». Травматическая ситуация сразу же со всей очевидностью обнажает нереальность иллюзии о справедливом устройстве мира. Для ребенка это открытие часто становится настоящим потрясением. Ведь на самом деле оно обесценивает все усилия: действительно, зачем хорошо учиться, стараться быть хорошим и т. д., если это не даст защищенности?

Иллюзия простоты мироустройства: «Мир очень прост; в нем есть только черное и белое, добро и зло, наши и не наши, жертвы и агрессоры». Чем взрослее становится личность, тем больше ложную простоту вытесняет мысль, которую часто можно услышать от много повидавших людей: «В жизни все очень сложно, чем больше живу, тем меньше понимаю».

Сущность *психологической помощи в посттравматической ситуации* заключается в том, чтобы пострадавший сам смог запустить механизм ответственности за себя, за свое поведение, здоровье. Чтобы использовать механизм ответственности за себя в психотерапевтическом процессе, необходимо помочь пострадавшему осознать природу его проблем.

С методической точки зрения процесс психотерапевтического обучения может состоять из следующих компонентов.

1. Коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных, «мифических» представлений относительно стрессовых реакций в процессе адаптации к новым условиям жизни и деятельности. *Мифотворчество* – это особенность сообществ, перенесших массовую психическую травму и не получивших необходимой психологической помощи.

Наиболее часто встречаются такие мифологизированные представления:

а) «Связанные со стрессом симптомы и психосоматические заболевания не могут причинить мне реального вреда, поскольку все они – в моем воображении»;

б) “Только «слабые» люди страдают от стресса”;

в) «Я не могу нести ответственность за стресс в моей жизни – стресс в наше время неизбежен – мы все его жертвы»;

г) «Все люди реагируют на стресс одинаково»;

д) «Осознать источники чрезмерного стресса легко»;

е) «Когда я начинаю испытывать чрезмерный стресс, все, что я должен сделать – это сесть и расслабиться».

2. Представление информации об общей природе стрессовой реакции.

Человек должен иметь представление о том, каким образом мысли и эмоции могут воздействовать на сам организм человека и каким образом стресс может играть позитивную (эустресс) и негативную (дистресс) роли.

3. Развитие у клиента сознания того, как у него проявляется стрессовая реакция, какие имеются характерные симптомы чрезмерного стресса.

В итоге человек должен отличать эустресс от дистресса.

4. Формирование у клиента способности самоанализа, для того, чтобы ему самому идентифицировать характерные для себя стрессоры. Важно помнить, что стрессоры у каждого человека субъективны. Если клиент может идентифицировать источники стресса, то становятся возможными конструктивные шаги к избежанию стрессов или для лучшей подготовки к столкновению с ними.

5. Сообщение пострадавшему о той активной роли, которую сам он играет в развитии и лечении чрезмерного стресса.

В процессе адаптации к стрессогенным факторам названные компоненты психотерапевтического обучения лучше всего могут формироваться через библиотерапию, упражнения на самоосознание, участие в психотерапевтических группах и даже через традиционную форму обучения.

7. Индивидуальная уязвимость и психологические последствия травмы.

Одна из сторон ПТСР относится к внутреннему миру личности и связана с индивидуальной реакцией на пережитые события. Помимо тяжести стрессорного фактора, важную роль играет *уязвимость индивидуума к ПТСР*, о которой свидетельствуют:

– особенности преморбида (лат. *morbus* – болезнь) – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние (на грани здоровья и болезни), когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены (незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции);

– склонность к виктимизации (тенденция оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях);

– черты травматофилии (фиксация на травматическом опыте).

К другим важным факторам риска ПТСР относятся такие личностные особенности человека, как:

– акцентуации характера;

– социопатическое расстройство;

– низкий уровень интеллектуального развития;

– наличие алкогольной или наркотической зависимости.

Если человек склонен к *экстериоризации стресса*, то он менее подвержен ПТСР. *Генетическая предрасположенность* (наличие в анамнезе психических расстройств) может увеличивать риск развития ПТСР после травмы; на это также влияет *предшествующий травматический опыт*. Важен *возрастной фактор*: преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Риск ПТСР возрастает также в случаях *изоляции человека на период переживания травмы*, утраты семьи и близкого окружения. Велика роль *своевременно оказанной помощи*, реакции членов семьи, которые могут поощрять некоторые болезненные проявления.

Биологические и психологические проявления являются одним из самых очевидных критериев того, что событие воспринимается жертвой как травматичное. Если сразу после стресса человек переживает выраженное симпатическое возбуждение, с учащенным пульсом, повышением кровяного давления, чувством тревоги или паники, это неблагоприятный прогностический признак. Когда симпатическая нагрузка достаточно велика, центральная нервная система может выдать гиперреакцию даже на одноразовый стрессор. Точно так же наличие диссоциации, считающейся защитной реакцией на травму, говорит о том, что жертва переживает событие как серьезный стресс. Поэтому, если какое-то событие «потрясло» человека настолько, что он находится в состоянии «оцепенения» или диссоциативной отстраненности, возможность последующего развития ПТСР увеличивается.

Можно выделить еще ряд условий, влияющих на развитие ПТСР:

1. Насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая.

2. Насколько объективно реальна была угроза для жизни.

3. Насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он мог физически не пострадать, но видеть последствия катастрофы, трупы жертв).

4. Насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Когда родители очень болезненно воспринимают происшедшее и реагируют паникой, ребенок также не будет чувствовать себя в безопасности.

В зарубежных исследованиях, изучающих взаимосвязь характеристик личности, стресса и заболеваний, большое внимание уделяют таким психо-

логическим свойствам, как *локус контроля*, *психологическая выносливость (устойчивость)* и *самооценка*.

Локус контроля определяет, насколько эффективно человек может влиять на окружающую обстановку или владеть ею. Традиционно локус контроля располагается в континууме между двумя крайними точками: внешним (external) и внутренним (internal) локусами контроля. Экстерналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Интерналы, наоборот, чувствуют, что только некоторые события находятся вне сферы человеческих влияний. Даже катастрофические события могут быть предотвращены хорошо продуманными действиями человека. Интерналы располагают более эффективно работающей когнитивной системой. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, что позволяет им влиять на значимые для них события. Кроме того, интерналы имеют выраженную тенденцию разрабатывать специфические и конкретные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, чувство контроля над собой и окружением позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.

В обзоре Averill подчеркиваются три основных типа контроля. Это поведенческий контроль, который затрагивает некоторое направление действий; когнитивный контроль, который, в первую очередь, отражает интерпретацию событий личностью; контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия.

Травматическое стрессовое событие и то, что за ним следует, есть опыт острого и внезапного столкновения убеждений человека с реальностью. Исходя из этого, наиболее психологически значимыми характеристиками травматического стрессового события можно считать:

- 1) противоречие базисным убеждениям личности, пересмотр которых воспринимается как угроза существованию;
- 2) неожиданность (как объективная, так и субъективная, когда в силу отрицания человек не допускал возможности события);
- 3) непоправимость происшедшего.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны обвинять самих себя за случившееся с ними. Взятие ответственности на себя позволяет компенсировать чувство беспомощности и уязвимости иллюзией потенциального контроля.

В целом, существует достаточно много *теорий, объясняющих личную предрасположенность к возникновению травматического стресса*. Наиболее интересными из них представляются концепции И.Д. Ялома и Дж. Келли.

И.Д. Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения понятий смерти, свободы, изоляции и бессмысленности. Выделяют также пятую составляющую – неопределенность

как следствие вероятностного характера всего происходящего. Неопределенность является одним из наиболее тягостных переживаний. Значительная часть интеллектуальной деятельности человека, связанная с формированием представления о мире и о себе, направлена именно на преодоление этой неопределенности, поиск закономерностей, при этом типично отметить возможность маловероятных или просто нежелательных событий.

Понятие смерти. Впервые страх смерти возникает у трехлетнего ребенка: ему стало страшно засыпать, он часто спрашивает у родителей, не умрут ли они и т. д. В дальнейшем ребенок создает психологические защиты, выступающие в виде базовых иллюзий.

Понятие свободы. Самым сильным ограничителем свободы являются чувство вины и вытекающие из него долг, обязательства и т. п. Человек, испытывающий чувство вины, стремится как бы наказать себя саморазрушением, иначе говоря – демонстрирует аутодеструктивное поведение. Особенно это характерно для травматического чувства вины. У людей, переживших психологическую травму, это чувство возникает в трех видах.

Во-первых, это вина за воображаемые грехи. Если, например, умирает кто-то близкий, человек начинает анализировать свое поведение по отношению к умершему и всегда находит ситуации, когда он причинял умершему огорчение.

Во-вторых, у человека, пережившего травматический стресс, часто возникает чувство вины за то, что он не сделал. Жертвы травматических ситуаций часто страдают от так называемого «болезненного чувства ответственности», когда их терзает вина за действия в прошлом. Анализируя ситуацию, они всегда находят нечто, что можно было бы сделать иначе – и тем самым предотвратить трагедию: например, вовремя подать лекарство или заставить обратиться к врачу и т. п.

Третий аспект травматического чувства вины – это так называемая «вина выжившего», когда человек «виноват» только потому, что он остался жив, а тот, другой, умер. Ее еще называют «синдромом узников концлагерей». Выживший живет под бременем невыносимой ответственности.

Понятие изоляции. Чувство изоляции хорошо известно жертвам травматического стресса: многие из них страдают от одиночества, от трудности и даже невозможности установления близких отношений с другими людьми. Их переживания, их опыт настолько уникальны, что другим людям просто невозможно это понять. И тогда окружающие начинают казаться скучными, ничего не понимающими в жизни. Именно поэтому пережившие травму люди тянутся друг к другу. По их мнению, только человек, испытавший нечто подобное, может их понять.

Одиночество, переживаемое пострадавшими, – это не только психологическая реальность, но и социальная. Существует миф о том, что жертва вы-

зывает, прежде всего, сочувствие. Однако часто жертва вызывает агрессию. Люди начинают сторониться пострадавшего, как бы боясь заразиться от него несчастьем.

Понятие бессмысленности. В. Франкл убедительно показал, что человек может вынести все, что угодно, если в этом есть смысл. Психологическая травма неожиданна, беспричинна и потому воспринимается как бессмысленная. Это заставляет пострадавших искать какое-нибудь объяснение тому, что произошло, чтобы травматическое переживание не было напрасным. Тогда и создаются социальные мифы, которые предлагают свое объяснение случившегося.

Другой концепцией, объясняющей специфику переживания травматического стресса, является теория Дж. Келли. По мнению Дж. Келли, процесс мышления человека протекает на основании формирования полярных утверждений, конструктов. Вот некоторые из них: 1) смертность – бессмертие; 2) закономерность – случайность; 3) зависимость – независимость; 4) чувство общности с другими – одиночество; 5) осмысленность – бессмысленность; 6) безопасность – угроза; 7) беспомощность – всемогущество; 8) полноценность – ущербность. Стремление избегать неопределенности приводит к выбору по принципу «или – или», а стремление компенсировать тревогу, вызванную базисным конфликтом, и «принцип удовольствия» определяют выбор той или иной полярности. Практика показывает, что человек зачастую считает себя в какой-то мере скорее бессмертным, чем смертным, предпочитает верить в закономерность и осмысленность происходящего, старается сделать картину мира более безопасной, определенной, ведет себя так, как если бы он был всемогущим или верил во всемогущество того, что (или кто) определяет наше существование (общество, родители, бог и т. п.).

Травматическое стрессовое событие и то, что за ним следует, есть опыт острого и внезапного столкновения убеждений человека с реальностью. Исходя из этого, наиболее психологически значимыми характеристиками травматического стрессового события можно считать: 1) противоречие базисным убеждениям личности, пересмотр которых воспринимается как угроза существованию; 2) неожиданность (как объективная, так и субъективная, когда в силу отрицания человек не допускал возможности события); 3) непоправимость происшедшего.

Важную составляющую травмы, помимо самого события, представляет собой постстрессовое окружение. Отношение к смерти и страданиям в современном мире характеризуют следующие особенности: 1) тенденция к избеганию, как если бы эти феномены не имели отношения к жизни большинства людей; 2) их переживают в одиночестве: культура, общество и непосредственное окружение не дает тут поддержки. Все это, как правило, усугубляет течение ПТСР и реакции потери, затрудняет переработку травматического события.

В остром периоде травма влечет за собой крах системы ценностей, убеждений, представлений о мире и о себе (идентичности), что при отсутствии компенсации может привести к суициду. Стремление компенсировать эту катастрофу реализуется в виде: 1) попытки сохранить прежнюю систему ценностей и убеждений; 2) пересмотра и создания новой, более гибкой и жизнеспособной системы.

Тема 3

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ И ФИЛОСОФИИ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИИ

План

1. Предмет и основные положения экзистенциальной психологии.
2. Методы экзистенциальной психологии. Экзистенциальный анализ.
3. Определение понятий «смерть», «свобода», «изоляция» с точки зрения экзистенциальной психологии.
4. Модусы бытия во времени. Модусы бытия в пространстве. Модусы условия самовыражения.
5. Трансценденция. Миро-проект.
6. Характеристика экзистенциальных тревог.

1. Предмет и основные положения экзистенциальной психологии.

Экзистенциальная психология – направление в психологии, которое исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам, возникшее в русле философии экзистенциализма. Ее прикладным разделом является экзистенциальная психотерапия. Экзистенциальную психологию относят к гуманистическим направлениям в психологии.

Экзистенциальная психология изучает проблему бытия в преломлении через:

- а) проблему судьбы и смерти;
- б) проблему вины и одиночества;
- в) проблему смысла жизни и ответственности.

Более кратко предмет экзистенциальной психологии можно сформулировать следующим образом: экзистенциальная психология изучает смысл человеческого бытия, условия его приобретения, изменения и утраты. В центре внимания экзистенциальной психологии категория личности. В этом ее принципиальное отличие от других психологических подходов и теорий.

Бихевиоризм изучает поведение, психоанализ инстинкты, психология сознания – сознание и только экзистенциальная психология предметом своего исследования берет целостную личность.

Онтологическая трактовка сознания. Экзистенциальная психология пытается найти априорные характеристики «чистого» сознания. Эти характеристики понимаются как врожденные свойства человеческого бытия. Сознание обладает не меньшей сущностью, чем бытие. Нет бытия человека без бытия сознания. В рамках этой психологии сознание объективируется.

Взгляд на эмоции. Эмоции рассматриваются не как аффекты, а как характеристики, коренящиеся в онтологической природе человека. Чувство вины – как

беспокойство в связи с нереализованной возможностью подлинного бытия. Свобода – как поиск выбора, что предполагает беспокойство, состояние личности, когда она сталкивается с проблемой реализации жизненных потенциалов.

Онтологическая и экзистенциальная вина имеет три модуса.

Первый модус связан с невозможностью полной самоактуализации и относится к внутреннему миру.

Второй модус связан с обреченностью человеческого существования на бесчувствие, в силу невозможности до конца понять другого, и относится к социальному миру.

Третий модус вины наиболее всеобъемлющий – это вина в утрате единства с природой, что относится к объективному миру.

2. Методы экзистенциальной психологии. Экзистенциальный анализ.

Методы экзистенциальной психологии построены по существу на самоотчетах, возвращая психологию к субъективизму. Экзистенциальные исследования подчинены следующей задаче: найти проект или фундаментальные отношения, к которым сводятся все поведенческие проявления. Предполагается, что структура мира человека раскрывается через его жизненную историю, характер, содержание языка, сновидения.

Экзистенциальная психология интегрирует целостный психологический опыт в непосредственной данности сознанию, она сосредотачивает внимание на переживаниях. Экспериментальные методы, принятые в психологии, экзистенциальная психология считает следствием дегуманизации и принципиально их отвергает.

Экзистенциальный анализ базируется на следующих принципах рассмотрения и определения личности:

- а) динамический;
- б) базисные проблемы существования;
- в) внутриличностный конфликт между осознанием самого себя и конечных данностей своего существования (смерть, свобода, изоляция и бессмысленность).

Экзистенциальная психология предлагает формулу существования человека в мире: сознание конечной данности – тревога – защитный механизм. Тревога здесь движущая сила развития. В экзистенциальной психологии тревогу вызывает осознание и страх, страх перед будущим.

Четыре фактора человеческого бытия: смерть, свобода, изоляция и бессмысленность – определяют основное содержание экзистенциальной психодинамики, экзистенциального анализа.

Экзистенциальный анализ – направление современного психоанализа, ориентированное на рассмотрение личности во всей ее полноте и уникально-

сти существования. Это феноменологический анализ актуальности человеческого бытия. Его цель – реконструкция внутреннего мира.

Экзистенциальный анализ как метод создан в 30-х гг. XX в. Л. Бинсвангером. Он сосредоточил внимание на «бытие-в-мире» как принципиальном феномене человеческого существования и произвел модификацию теории и практики психоанализа в плане расширения антропологического горизонта понимания и создания «психоаналитической антропологии». Как психотерапия он ориентирован на лечение неврозов и психозов путем оказания квалифицированного содействия пациентам в осознании ими себя как свободных людей, способных к самоопределению собственного существования. Согласно версии одного из лидеров данного направления Э.А. Босса, целью экзистенциального анализа является излечение людей посредством преодоления запретов, предвзятых понятий и субъективных интерпретаций, заслоняющих бытие от человека и выбор пациентом соответствующего ему способа существования и проявления своей сущности.

Экзистенциальный подход (экзистенциальная динамика) к человеку определяется не развитием. С экзистенциальной точки зрения глубоко исследовать совсем не обязательно означает исследовать прошлое. Глубина экзистенциального анализа – это глубина осознания своего бытия в этом мире и неизбежности наступления небытия.

3. Определение понятий «смерть», «свобода», «изоляция» с точки зрения экзистенциальной психологии.

К областям базисных конфликтов, которые анализирует экзистенциальная психология, относятся: *смерть, свобода, изоляция, бессмысленность.*

Смерть наиболее очевидная и легко осознаваемая конечная данность. Противостояние между сознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить – центральный экзистенциальный конфликт.

Свобода. Человеческую жизнь можно рассматривать как постепенное обретение свободы до полной свободы от жизни. Человек питает иллюзию, что он приходит в организованный мир. На самом деле индивид несет ответственность за свой мир, сам является творцом. Мир для него никто не организовывал, он готов что-то сделать для тебя при условии, что ты отдашь за это свою свободу. Свобода есть ничто иное, как ужас пустоты, бездны, отсутствие внешней структуры. Здесь сущность экзистенциального конфликта проходит между стремлением к свободе и ужасом перед обретенной свободой, за которой нет опоры, организации, нет ничего.

Изоляция – фундаментальная изоляция от других созданий и мира. Каждый в одиночестве приходит в этот мир и в одиночестве должен его покинуть. Экзистенциальный конфликт – конфликт между создаваемой абсолютной изоляцией и потребностью в контакте, в защите, в принадлежности. Человеку хочется передать ответственность за себя другому, тем самым разомкнуть пути

изоляции. Безответственный человек – это человек коллективистический, человек толпы, где толпа преодолевает за нас изоляцию и одиночество, взамен часто забирая разум и мораль.

Бессмысленность. Если ничего изначально не предназначено, то каждый должен сам творить свой жизненный замысел. Каждый имеет свою дорогу. Но как сотворить нечто прочное, чтобы оно выдержало нашу жизнь. Этот экзистенциальный конфликт порожден дилеммой, стоящей перед ищущим смысл человеком, который брошен в бессмысленный мир.

4. Модусы бытия во времени. Модусы бытия в пространстве. Модусы условия самовыражения.

Термин «модус» (лат. *modus* – мера, способ, образ, вид) обозначает свойство предмета, присущее ему лишь в некоторых состояниях, в отличие от атрибута – неотъемлемого свойства предмета.

В модусе бытия человек открыт тому, с чем сталкивает его мгновение. Он не пытается втиснуть мир в схему, но воспринимает происходящее “здесь и сейчас”. Бытие – вечное движение, постоянные перемены. В мире не может быть неизменного. Будущее невозможно предсказать: впереди находится неведомое. Модусы бытия пронизывают человеческую жизнь: работу, частную жизнь, поведение в каждый момент времени.

Л. Бинсвангер выделяет следующие модусы бытия (во времени):

Модус будущего. Существование человека связано с будущим временем, куда он трансцендирует собственные пределы. Он выбирает свой путь, от которого зависят и пределы существования.

Модус прошлого. Если эта открытость исчезает, то человек начинает цепляться за прошлое. Свою жизнь, неудачи он объясняет с позиций детерминизма, а не своими собственными просчетами, нежеланием выбирать.

Модус настоящего. Если доминирует модус настоящего времени, то человек «падает» в *das Man*, обезличивается.

В норме человек осознает себя в трех измерениях и испытывает чувство тревоги о будущем. Человек, переживший кризисное событие, осознает себя только в одном времени: фиксируется на прошлом, настоящее представляется ему хаотичным, а будущего и вовсе нет (эффект укороченного будущего). Установка такого человека – жить одним днем, не думая о последствиях.

Модусы бытия-в-пространстве:

1. **Umwelt** – физический мир, который разделяют все живые организмы;
2. **Mitwelt** – социальный мир, сфера общения;
3. **Eigenwelt** – мир самости, присущий только человеку. Это основа, на которой строится отношение к двум другим модусам.

Как и в случае с модусами времени, критическое событие делает человека неспособным к включению во все миры, а только в один или ни в один мир.

Модусы бытия в мире. Безусловно, что существует много модусов бытия в мире. Что такое модус бытия – это способ самоинтерпретации, самопонимания, самовыражения.

Дуальный модус – состояние, которое достигают два человека в любви.

Аутентичный модус человеческого бытия, когда Я – Ты становятся Мы.

Сингулярный модус это стратегия индивида, живущего для себя.

Анонимный модус – стратегия индивида, прячущегося в толпе.

Как правило, у человека не один, а много модусов существования. Модусы существования чем-то напоминают социальные роли, которые человек проигрывает в своей жизни. Принципиальная разница между этими понятиями состоит в том, что роли есть функция микросреды, а модусы – функции бытия человека в мире через самовыражение и самоинтерпретацию.

5. Трансценденция. Мир-проект.

Трансценденция – выход за пределы – фундаментальная способность человеческого существа, заданная онтологической структурой и находящаяся вне рамок причинного объяснения. Трансценденция предполагает отношение к себе как к объекту и субъекту одновременно, способность взглянуть на себя со стороны. Благодаря ей преодолеваются границы времени и пространства. Сущностью личности является способность переносить прошлое в настоящее, приближать будущее. Введением понятия «трансценденция» подчеркивается активность человеческой личности, ее творческое начало.

Данное понятие позволило уточнить такую характеристику личности как психическое здоровье. Л. Бинсвангер считал, что норму душевного здоровья следует выводить из непрерывности становления, саморазвития, самореализации. Остановка может привести к «окаменению» и абсолютизации какого-то «ставшего», достигнутого состояния. Отсюда, психическая болезнь – есть высшая степень неподлинности. Болезнь и здоровье находятся в прямой зависимости от подлинности (неподлинности) совершенного человеком выбора. Индивид сам выбирает свое существование как больное, и все события его внутреннего мира связаны с этим выбором. Болезнь трактуется как состояние человека, отказавшегося от свободного проектирования собственного будущего, отказавшегося от основополагающего принципа человеческого существования – принципа трансценденции.

Трансцендирование выступает главной характеристикой психического здоровья. Вместе с тем в его процессе человек выходит за пределы самого себя к миру. Тогда его сознание есть всегда сознание чего-то, так как самим актом трансцендирования конституируется как мир, так и сам человек.

Мир-проект – термин, введенный Л. Бинсвангером для всеобъемлющего паттерна индивидуального модуса «бытия-в-мире». Мир-проект человека позволяет понять, как он будет действовать в определенной ситуации. Грани-

цы проекта могут быть узкими и сжатыми, а могут быть широкими и экспансивными. Мир-проект – это ориентир, с помощью которого можно интерпретировать каждое действие личности. Принципиально важно, что мир-проект, определяя поведение личности, сам остается за пределами сознания.

Категории, отличающие здоровый мир-проект от больного.

1. «Непрерывность». Любой разрыв непрерывности может вызвать чувство страха. Внутренний мир клиента сужается, личность опустошена и старается как можно проще реагировать/не реагировать на мир. Он уходит в глубокий невроз.

2. Разнообразие. Когда мир-проект определяется незначительным числом категорий, угроза сильнее, чем тогда, когда он более разнообразен. Разнообразие человеческих миров позволяет уйти из мира с угрозой, в мир, где этой угрозы нет.

Мир-проект можно рассматривать как стратегию жизни или более узко – как стратегию преодоления кризисных ситуаций (coping-стратегию).

6. Характеристика экзистенциальных тревог.

Тревога – это субъективное восприятие чрезвычайных обстоятельств. По утверждению К. Гольштейна индивид в чрезвычайных обстоятельствах не может справиться с требованиями окружающей среды и поэтому ощущает угрозу своему существованию и своим ценностям. Тревогу человек воспринимает как разрушение самого себя, прекращение существования собственной личности.

Экзистенциальный философ и теолог П. Тиллих систематизировал типы тревог в соответствии с областями угроз человеческому самоутверждению. Он считает, что в различные периоды, связанные с закатами различных цивилизаций определенная область человеческого самоутверждения подвергалась характерной для данного времени угрозе. Так, закату античности соответствует угроза онтическому самоутверждению [онтическое – основополагающее самоутверждение бытия в его простом существовании], закату средневековья – угроза нравственному самоутверждению, закату нового нашего времени – угроза духовному самоутверждению.

Тревога судьбы и смерти.

Эта пара экзистенциальных тревог наиболее основополагающая, наиболее универсальная и наиболее неотвратимая. Тревога смерти абсолютная константа жизни, существенная постоянная угроза человеческому самоутверждению. Тревога смерти возрастает по мере развития индивидуализации. В коллективистических культурах существует особый вид мужества, который свойственен устойчивому коллективизму. Такое мужество создается посредством множества внутренних и внешних действий и символов, это свидетельство тому, что даже коллективизм вынужден преодолевать эту базисную тревогу.

Онтическому самоутверждению угрожает и тревога судьбы. Этот тип тревоги характеризуется: а) случайностью, б) непредсказуемостью, в) невозможностью выявить смысл и цель. Все это характеризует наше бытие, которое по сути своей случайно. Случайность всего, что нас окружает не может не вызывать тревогу по поводу нашего пространственного существования. Тревогу смерти и тревогу судьбы порождают не объекты, с которыми мы сосуществуем, которые преодолеваем, с которыми боремся, а человеческая ситуация как таковая.

Тревога вины и осуждения.

В традиционной психологии «вина» – эмоциональное состояние, связанное с переживанием неправильного действия, ощущения своей плохости. Экзистенциальная добавляет важное измерение к концепции вины. Полное принятие ответственности за свои действия расширяет границы вины, уменьшает возможности бегства. Человек несет вину за преступления против других людей, моральных или социальных правил и за преступления против себя.

Выделяют три рода вины. *Невротическая вина* происходит от воображаемых нарушений правил, нанесения ущерба, мелких проступков против другого человека, родительских и социальных запретов.

Подлинная (реальная) вина обусловлена реальным нанесением физического или морального ущерба другому человеку, действительное нарушение социальных, родительских норм и правил.

Некоторые авторы выделяют возрастную вину, которая формируется в детстве, когда ребенок чувствует себя несоответствующим требованиям взрослых, родителей. Ребенок не может соответствовать, у него другой мир, не менее ценный, чем мир взрослых, но взрослые об этом часто забывают.

Также может быть выделена вина безнадежно больных, которая является следствием нескольких причин:

- 1) выражают подозрение, что их болезнь и их участь заслуженное наказание и является следствием собственного поступка;
- 2) принимают на себя роль чрезвычайно зависимого ребенка;
- 3) умирающий человек чувствует, что заставляет живущих столкнуться лицом к лицу с неизбежностью смерти, за что они должны его ненавидеть;
- 4) больной человек иногда осознает, что он завидует тем, кто остается жить, и что он желает (это желание редко осознается), чтобы супруг, родитель, ребенок или друг умерли бы вместо него.

Экзистенциальная (онтологическая) вина вносит иное прочтение данного феномена. Человек несет ответственность прежде всего за «преступления» против самого себя. Экзистенциальная вина – это позитивная конструктивная сила, советчик, возвращающий нас к себе самим.

Тревога пустоты и отсутствия смысла.

Все большее число людей охватывается чувством бесцельности и пустоты, или, как определил данное состояние В. Франкл, – экзистенциальным вакуумом.

Тревога «отсутствия смысла» – утрата предельной заботы, утраты смысла всем смыслам. Человек в поисках смысла – это единственно человеческая форма его существования – духовное самоутверждение через творчество.

В творчестве можно выделить два уровня: Уровень созидания (А) и уровень соучастия созиданию (Б). Принимать участие в творчестве по типу «Б» означает обладание способностью к осмысленному соучастию в их творениях.

Тревогу пустоты вызывает угроза небытия определенным содержанием духовной жизни, разрушение верований. Верования разрушаются в результате:

а) человек отрезан от соучастия в некоторой культурной сфере;

б) он жестоко разочарован в том, что ранее страстно утверждал;

в) его приверженность одному объекту сменяется приверженностью другому, а затем третьему, ибо смысл каждого из них пропадает, а творческий эрос превращается в безразличие или отвращение.

Пустота и утрата смысла – суть выражения тревоги небытия, угрожающего духовной жизни человека.

Эти три типа тревог переплетены между собой таким образом, что один из них задает тон, а остальные вносят дополнительные оттенки в состояние тревоги. Они заданы самим существованием человека и исполняются в ситуации отчаяния, возникновению которой они способствуют.

Тема 4 ОСНОВЫ ЛОГОТЕРАПИИ

План

1. Характеристика категории «смысл».
2. Система ценностей осмысленной жизни.
3. Экзистенциальный вакуум.
4. Логотерапевтическая теория неврозов.
5. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.

1. Характеристика категории «смысл».

Логотерапия – один из видов экзистенциальной психотерапии, основанный на поиске и анализе смыслов существования. Разработан Виктором Эмилем Франклом (*австрийский психиатр, психолог и невролог, бывший узник нацистского концентрационного лагеря*) в середине XX в.

Согласно В. Франклу, логотерапия основывается на трех понятиях: свободе воли, воле к смыслу и смысле жизни.

Концепция логотерапии утверждает, что движущей силой человеческого поведения является стремление найти и реализовать существующий во внешнем мире смысл жизни. Одним из ключевых человеческих свойств, по мнению В. Франкла, является воля к смыслу, которую психолог противопоставил адлеровскому стремлению к превосходству, самоутверждению, направленному на компенсацию комплекса неполноценности и фрейдовскому принципу удовольствия. В. Франкл считал, что стремление к смыслу – фундаментальная мотивационная сила в человеке, и что люди нуждаются не в лишенном напряжения состоянии, а в напряженном стремлении к некоему смыслу, который достоин их. Когда же стремление к смыслу фрустрировано, возникает апатия, скука.

Состояние человека, когда у него фрустрировано стремление к смыслу, по мнению В. Франкла, и называется экзистенциальным вакуумом, о котором писали философы-экзистенциалисты. Экзистенциальный вакуум, согласно логотерапии, может вести к ноогенному неврозу (неврозу, который возникает вследствие фрустрации стремления к смыслу), клинической симптоматике.

В 1950–1960-е гг. основоположник логотерапии констатирует распространение утраты смысла жизни. Согласно приведенной им статистике, при этом возрастает заболеваемость депрессиями, наркоманией, алкоголизмом, а также возрастает агрессия. В отличие от З. Фрейда, который считал, что агрессию порождают подавленные сексуальные инстинкты, В. Франкл полагал, что важной причиной агрессии является также отсутствие смысла жизни. По его мнению, алкоголики и наркоманы – это люди, не имеющие жизненного смыс-

ла или его утратившие, испытывающие экзистенциальный вакуум, внутреннюю пустоту, бессмысленность существования.

С точки зрения В. Франкла, смысл не есть что-то чисто субъективное, – человек не придумывает его, а находит в окружающем мире. В. Франкл называет три пути, идя по которым человек может сделать свою жизнь осмысленной:

- созидание;
- получение нового опыта или встреча с кем-то на жизненном пути;
- нахождение смысла в жизни, в том числе, в страданиях.

В. Франкл подчеркивает, что третий путь – путь нахождения смысла в страданиях – нужно использовать, только если недоступны первые два. Третий путь он открыл для себя, будучи в концлагере во время холокоста, и этот путь помог ему вынести ужасные муки. В. Франкл имел право сказать, что человек – это больше чем психика: человек – это дух.

Быть человеком – это не только находиться в поле смысла, требующего осуществления, но еще и обращаться к ценностям, требующим реализации. Это означает жить в поле напряжения, возникающего между полюсами реальности и идеалов, требующих материализации. Человек живет идеалами и ценностями. Человеческое существование не аутентично, если оно не проживается как самотрансценденция. Человек стремится обрести смысл и ощущает фрустрацию или вакуум, если это стремление остается нереализованным.

Улоготерапии есть пять сфер применения. И, поскольку это терапия, основанная на логосе, на смысле, то, прежде всего, она показана в случаях **ноогенного невроза**, который, как таковой, возникает вследствие утраты смысла. В этой *первой области* применения мы можем рассматривать логотерапию как специфическую терапию.

Во *второй области* применения, в случаях психогенного невроза, где она применяется в виде дереклексии и парадоксальной интенции, логотерапия выступает в качестве неспецифической терапии, поскольку различные типы патогенных реакций, для устранения которых ее можно применить, никак не связаны с проблематикой смысла. Хотя этим вовсе не сказано, что в случае неспецифического применения речь идет только о симптоматической терапии. Ибо дереклексия и парадоксальная интенция в случаях, когда они действительно показаны, действуют на самое основание невроза, как раз туда, где круговой механизм, который нужно разорвать, оказался таким патогенным. Поэтому, даже тогда, когда логотерапия не является специфической и не является каузальной психотерапией, она все-таки оказывается терапией, воздействующей непосредственно на причины.

В *третьей области* применения логотерапия и вовсе перестает быть терапией, просто потому, что здесь она имеет дело не с соматогенными заболеваниями в целом, а с неизлечимыми соматогенными заболеваниями, при которых изначально речь может идти только о том, чтобы помочь больному

обрести смысл в своем страдании за счет реализации ценности установки. Как было сказано, при этом не идет и речи о какой-либо терапии, но никто не может оспорить, что такое врачевание души, «то, чем мы занимаемся, – говорил З. Фрейд, – это забота о душе в лучшем смысле слова», входит в сферу профессиональных обязанностей врача, является врачебным действием и лечебной процедурой, в противоположность *четвертой сфере* применения логотерапии, где она уже не является, как в третьей области показаний, лечебным действием (хотя и в отношении неизлечимых болезней и недугов), но где она сталкивается с социогенными явлениями – с ощущением бессмысленности, чувством опустошенности и экзистенциальным вакуумом, то есть, с явлениями, в отношении которых нельзя применить медицинскую модель, поскольку сами по себе они не являются патологическими, но все же могут оказаться патогенными, особенно в случаях, когда они приводят к ноогенному неврозу.

И, наконец, *пятая сфера* применения логотерапии – сфера социогенного сомнения и отчаяния в поисках смысла жизни. Здесь логотерапия представляет собой не лечение больных врачом, а несет человеческое утешение страждущим. В пятой сфере применения речь не идет ни о специфической, ни о неспецифической терапии ноогенных или психогенных неврозов, ни о лечении или утешении людей, страдающих вследствие соматогенных или социогенных причин, речь идет, скорее, о предотвращении, о профилактике ятрогенных неврозов. В сущности, мы должны были бы говорить о психиатрогенных неврозах. Мы имеем в виду как раз те случаи, в которых врач или психиатр повинен в углублении экзистенциальной фрустрации, поскольку он подходит к пациенту с мерками и представлениями, сформированными на основании субчеловеческой модели, в результате чего психотерапия волей-неволей сводится к некой индоктринации, причем редуccionистской.

Дадим **характеристику** понятию «смысл» так, как его понимает и интерпретирует В. Франкл.

Смысл **относителен** постольку, поскольку он относится к конкретному человеку, вовлеченному в особую ситуацию.

Доступность. В. Франкл утверждает, что смысл доступен любому человеку независимо от пола, возраста, интеллекта, образования, характера, среды и религиозности.

Процесс нахождения смысла. Нахождение смысла – это вопрос не познания, а призвания. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни, а жизнь ставит этот вопрос перед ним, и человеку приходится ежедневно отвечать на него и не словами, а действиями.

Степень объективности смысла. Смысл не субъективен, в том значении, что человек не изобретает его, а находит в мире. Именно поэтому смысл выступает для человека как императив, требующий своей реализации.

Ситуативность смысла. Каждая ситуация несет в себе свой смысл, разный для разных людей, но для каждого он является единственным и единственно истинным. Не только от личности к личности, но и от ситуации к ситуации этот смысл меняется.

Локализация смысла. В психологической структуре личности В. Франкл выделяет особое “нэтическое” измерение, в котором локализованы смыслы. Это измерение несводимо к измерениям биологического и психологического существования человека.

Объяснение. Смысловая реальность не поддается объяснению через психологические и, тем более, биологические механизмы и не может изучаться традиционными психологическими методами.

Ответственность. Найти смысл – это полдела; необходимо еще осуществить его. Человек несет ответственность за осуществление уникального смысла своей жизни.

Таким образом, В. Франкл утверждает уникальность и неповторимость смысла жизни для каждого человека, который не изобретается, не создается самим индивидом, его нужно искать и находить и нести ответственность за его осуществление.

2. Система ценностей осмысленной жизни.

Итак, смысл уникален и неповторим, человек сам ответственен за поиски своего смысла. Так считает ученый, написавший книгу “Человек в поисках смысла”, однако это не помешало ему дать содержательную характеристику возможных смыслов. В. Франкл предложил систему ценностей, которая позволяет сделать человеческую жизнь осмысленной.

Он выдвигает три группы ценностей: ценности **созидания** (творчества), ценности **переживания** и ценности **отношения**.

Ценности, которые реализуются в продуктивных творческих действиях, мы будем называть «*созидательными*». Помимо созидательных, существуют ценности, реализуемые в переживаниях, – это *ценности «переживания»*. Они проявляются в нашей чувствительности к явлениям окружающего мира: благоговением перед красотой природы или произведений искусства.

Можно также определить и третью возможную категорию ценностей – поскольку жизнь остается в основе своей осмысленной, даже когда она бесплодна в созидательном смысле и небогата переживаниями. Эта третья группа ценностей заключается в отношении человека к факторам, ограничивающим его жизнь. Именно реакция человека на ограничения его возможностей, открывает для него принципиально новый тип ценностей, которые относятся к разряду высших ценностей. Ценности подобного рода, мы вслед за В. Франклом назовем «*ценностями отношения*».

Осуществляя смысл, человек реализует самого себя. Осуществляя же смысл, заключенный в страданиях, мы реализуем самое человеческое в человеке. Мы обретаем зрелость, мы растем, мы перерастаем самих себя. Именно там, где мы беспомощны и лишены надежды, будучи не в состоянии изменить ситуацию, – именно там мы призваны, ощущаем необходимость измениться самим.

В основе логотерапии лежат две фундаментально-антропологические характеристики человеческого существования:

- способность к **самотрансценденции** и
- способность к **самоотстранению**.

Итак, существование не только интенционально, но также и трансцендентно. Самотрансценденция – сущность существования. Быть человеком – значит быть направленным не на себя, а на что-то иное. Категория «бытие-в-мире» (Л. Бинсвангер) предполагает, что мы рассматриваем человека глубоко вовлеченного, втянутого в ситуацию быть противопоставленным миру, объективность и реальность которого несколько не умаляется субъективностью того «бытия», которое находится в мире. Сохранение «инакости», объективности объекта означает сохранение **напряжения**, устанавливаемого между объектом и субъектом. Чтобы сохранить это напряжение, нужно оградить смысл от совпадения с бытием. Смысл смысла в том, что он направляет ход бытия.

Человек свободен в поисках и реализации смысла своей жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами. Человек свободен благодаря тому, что его поведение определяется прежде всего ценностями и смыслами, локализованными в ноэтическом измерении и не испытывающими детерминированных воздействий влечений, потребностей, внешними обстоятельствами.

В этом своем качестве человека определяется двумя фундаментальными онтологическими характеристиками: способностью к самотрансценденции и способностью к самоотстранению.

Если я не сделаю этого – кто сделает?

И если я не сделаю это прямо сейчас – то когда же мне это сделать?

Но если я сделаю это только для себя самого – то кто я?

Гиллель

Самотрансценденция выражается в постоянном выходе человека за пределы самого себя, в направлении его на что-то, существующее вне его.

Способность к самоотстранению выражается в возможности человека подняться над собой и ситуацией, посмотреть на себя со стороны.

Эти две фундаментальные способности человеческого существа позволяют найти смысл, проходя через страдания, не сгибаясь. Они позволяют челове-

ку через ценности отношений найти смысл своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными и бессмысленными.

В определенном смысле понятие ценностей отношения шире, чем смысл, который можно найти в страдании. Страдание – это лишь один аспект **трагической триады** человеческого существования.

Триада смысла

Свобода воли

Воля к смыслу

Смысл жизни

Триада ценностей

Творчество

Переживания

Отношения

Триада осмысленного отношения к

Боли

Вине

Смерти

Трагическая триада человеческого существования

3. Экзистенциальный вакуум.

Отсутствие смысла порождает у человека состояние, которое В. Франкл называет экзистенциальным вакуумом. Именно экзистенциальный вакуум является причиной, порождающей в широких масштабах специфические «ноогенные неврозы».

Необходимым условием психического здоровья является определенный уровень напряжения, возникающего между человеком, с одной стороны, и локализованным во внешнем мире объективным смыслом, который ему предстоит осуществить, с другой стороны.

Люди, лишённые напряжения, склонны к тому, чтобы создавать его, и это может принять либо здоровые, либо нездоровые формы.

Этиология экзистенциального вакуума определяется двумя факторами: во-первых, человеку в отличие от животного никакие побуждения и инстинкты не говорят, что ему **нужно** делать; во-вторых, в противоположность прошлым временам, никакие условности, традиции и ценности не говорят, что ему **должно** делать; в-третьих, часто он не знает даже, что он по существу, **хочет** делать.

Основные проявления экзистенциального вакуума – скука и апатия. Согласно классификации П. Тиллиха мы живем в эпоху угрозы духовному самоутверждению, когда экзистенциальные тревоги пустоты и потери смысла выдвинуты на первый план человеческого существования.

Быть человеком, по сути, означает находиться в отношении к чему-то и быть направленным на что-то иное, нежели он сам. Истинное общение-встреча – это модус со-существования, открытый логосу, дающая партнерам возможность трансцендировать себя к логосу, даже способствующей такой взаимной самотрансценденции.

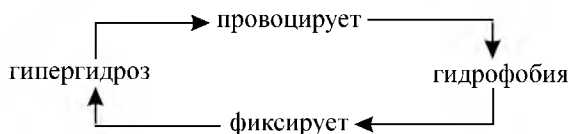
4. Логотерапевтическая теория неврозов.

Прежде всего, дадим определение трем патогенным паттернам реагирования.

Первый патогенный паттерн реагирования В. Франкл назвал фобией или страхом ожидания. Его суть в том, что некий симптом вызывает у человека опасение, что он может повториться вновь, и вместе с этим возникает страх ожидания (фобия), который приводит к тому, что симптом действительно появляется снова, что лишь усиливает изначальные опасения. При известных условиях сам страх может оказаться тем, повторения чего боится человек. Как человек реагирует на свой страх перед страхом? Бегством. На примере агорафобии – человек старается просто не выходить из дому. Это пример первого невротического паттерна реагирования по типу фобии.

Пациент оказывается заключенным в заколдованный круг, который, таким образом, замыкается, и пациент окутывается им, как коконом.

Пояснить это можно на конкретном примере: *один молодой врач страдал тяжелой гидрофобией. От природы юноша был вегетативно лабилен. Однажды он протянул для приветствия своему начальнику руку и заметил, как всё сильнее потеет. В следующий раз в аналогичной ситуации он уже ждал, когда же его обольёт потом, и страх ожидания привел к тому, что «тревожный» пот просочился сквозь поры молодого человека. На этом порочный круг замкнулся: гипергидроз спровоцировал гидрофобию, а гидрофобия зафиксировала гипергидроз.*



Или еще пример: Георг Пинуммотил (G. Pünimmoetil) пишет: «Один молодой человек пришел ко мне на прием по поводу мигания и тиков, которые появлялись каждый раз, когда ему приходилось с кем-нибудь разговаривать. Поскольку люди имели обыкновение спрашивать его, что случилось, он становился все более нервным. Я направил молодого человека к психоаналитику. Но после ряда сеансов он снова пришел ко мне и сообщил, что психоаналитик не нашёл причины тиков, не говоря уж о том, чтобы помочь бедняге. Тогда я посоветовал юноше в следующий раз, когда он будет с кем-нибудь разговаривать, моргать глазами как можно чаще, чтобы показать своему собеседнику,

как это замечательно у него получается. Однако молодой человек решил, что я сам ненормальный, если даю подобные советы, и что от этого его состояние может только ухудшиться. Он ушел. Несколько недель он не появлялся и не давал о себе знать. И вот однажды пришел снова и с восторгом рассказал мне, что за это время произошло. Поскольку он был весьма невысокого мнения о моем предложении, то и не думал о том, чтобы воспользоваться им на деле. Но мигание усиливалось, и как-то ночью, неожиданно вспомнив о моих словах, он сказал себе: «Я испробовал все, что было можно, и ничего не могло. Что от этого может произойти? Попробуй сделать так, как тебе советовали.» Когда на следующий день он заговорил с первым встречным, то постарался моргать глазами как можно сильнее. Но, к большому удивлению, оказался просто не в состоянии делать это сколько-нибудь долго. С тех пор мигательные тики больше у него не появлялись».

Второй патогенный паттерн реагирования наблюдается в случаях неврозов навязчивых состояний. Человек находится под гнетом навязчивых представлений, пытаясь их подавить. Он старается противодействовать им. Это противодействие, однако, лишь усиливает первоначальное давление. Круг замыкается, и пациент оказывается внутри этого порочного круга. В отличие от фобии, невроз навязчивых состояний характеризуется не бегством, а борьбой, борьбой с навязчивыми представлениями. Человек боится самого себя, так как, например, он боится, что навязчивые представления криминального содержания заставят его, в самом деле, причинить зло кому-либо или самому себе. Человек, страдающий неврозом навязчивых состояний, испытывает не страх перед самим страхом, а страх перед самой собой.

Для того чтобы проиллюстрировать это конкретным примером, обратимся к истории Н. Мэтью. Ввиду наличия психото- и суицидофобии у пациента терапевт действовал следующим образом: сначала открыто заявил ему, что он всегда был педантичен и мелочен, и спросил его, не было ли у него привычки по многу раз проверять, выключен ли газ и закрыта ли входная дверь, чтобы быть уверенным в этом на 100 процентов. Поскольку удивленный пациент ответил на этот вопрос утвердительно, пояснил ему: «Видите ли, любой человек может заболеть психически, даже тот, у кого нет соответствующей наследственности; но есть группа людей, которым не грозит стать душевнобольными, и это как раз те люди, которые по своему характеру склонны к различным неврозам навязчивых состояний или даже страдают ими. То, о чем Вы рассказали (мы называем это навязчивостью повторений и контроля), представляет собой типичные навязчивые страхи. Так что я должен полностью развеять Ваши иллюзии: Вы никогда не сможете стать душевнобольным, именно Вы – никогда!» Когда так разговариваешь с пациентом, то словно бы слышишь грохот камней, скатывающихся с его сердца. Уже в течение 48 часов состояние нормализуется, а год спустя при случай-

ной встрече бывший пациент сообщает, что он по-прежнему чувствует себя прекрасно.

Еще пример: актер камерного театра... мучим страхами, что его настигнет инсульт, что у него возникнет опухоль мозга, что он «даст петуха» на сцене и так далее, и так далее. Два года тому назад, выйдя на сцену, он поранился, и, когда спустя три недели ему пришлось играть ту же роль, у него началось головокружение. В результате беседы выяснилось, что пациент страдает страхом ожидания. Объективно у него оказалось пониженное артериальное давление, и этот факт был использован в процессе терапии, обратив внимание пациента на то, что ему нет нужды беспокоиться по поводу инсульта, и более того, было указано, что его головокружение объясняется гипотонией. Затем мы спросили пациента, не был ли он всегда педантичен и излишне аккуратен. Он ответил на этот вопрос утвердительно и получил соответствующие разъяснения (см. выше). Кроме того, ему велели непосредственно перед следующим выходом на сцену сказать себе: «Вчера я дважды давал петуха на сцене, позавчера – трижды, ну вот, сегодня у меня четырежды сорвется голос, так – я иду давать петуха».

Третий патогенный паттерн реагирования встречается при сексуальных неврозах, в случаях нарушения потенции и оргазма. В этих случаях, как и при неврозах навязчивых состояний, человек занят борьбой, однако это борьба не против чего-то (как при неврозах навязчивых состояний – против навязчивых идей), а борьба за – в данном случае за сексуальное наслаждение в виде потенции и оргазма. Однако чем больше мы стремимся к наслаждению, тем решительнее оно от нас ускользает. Путь к обретению наслаждения и к самореализации ведет только через самоотдачу и самоотречение.

При сексуальных неврозах мы тоже сталкиваемся со страхом ожидания, как и в общеизвестном, так и в особом виде. Что касается первого, то мы всегда видим, что наши пациенты-мужчины становятся неуверенными в себе из-за единственного, если не сказать случайного, отказа сексуальной функции, и тем самым, усиливают свой страх ожидания перед повторным нарушением потенции. Нередко бывает так, что часом рождения собственно сексуального невроза является тот момент, когда страх ожидания фиксирует нарушение потенции. Или, другими словами, единичный случай несостоятельности фиксируется впервые.

Если мы спросим себя, чем спровоцирован, со своей стороны, общий страх ожидания, фиксирующий нарушение потенции, то должны будем ответить: особым страхом ожидания страдающего нарушением потенции, тем страхом, который появляется, когда человек думает, что от него чего-то ждут, что от него что-то требуется. Он как раз боится того, что от него требуют какой-то работы – коитуса, и именно обязательность оказывает столь патогенное действие.

Обязательность, которой характеризуется коитус для страдающего сексуальным неврозом, исходит из трех инстанций:

- 1) от партнерши, с которой нужно совершить совокупление;*
- 2) от ситуации, в которой должно быть совершено совокупление;*
- 3) от самого пациента, который хочет совершить совокупление, – причем не в последнюю очередь именно от него, потому что он это совокупление совершает чересчур для себя.*

Требовательная в сексуальном отношении, «темпераментная» партнерша внушает невротика на сексуальной почве страх, что он не сможет удовлетворить ее сексуальные запросы. Не менее типичен страх такого типа и в тех случаях, когда пациент намного старше своей партнерши: тогда он чувствует себя так, как будто к его сексуальным возможностям предъявляются повышенные требования. Если же партнерша старше его, то он ощущает себя недостаточно опытным, полагая, что она в сексуальном отношении намного опытнее его, и боится, что она будет сравнивать его сексуальные возможности с возможностями его предшественников.

Итак, перейдем к примерам из практики.

Господин В., бывший военнопленный, выяснил, что жена изменяла ему. Он отреагировал на это переживание нарушением потенции, в результате чего жена его оставила. Впоследствии импотенция прогрессировала. Женится во второй раз, но и вторая жена ему изменила, что также имело следствием прогрессирование нарушений потенции; ко всему прочему супруга требовала, чтобы пациент поддерживал с нею интимные отношения, угрожала ему в случае отказа очередной изменой и неоднократно приводила эту угрозу в исполнение.

5. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.

Термин «**ноогенный невроз**» впервые был использован В. Франклом. Изначально он использовался как определение причины возникновения расстройств психики. **Ноогенный невроз** по В. Франклу – экзистенциальная пустота, которая окружает современного человека – появление психического расстройства связано с потерей жизненных ценностей, что заставляет человека думать о бессмысленности существования. В. Франкл говорил о том, что именно данная причина, является общей для всех невротических состояний.

В современной медицине термин применяется для характеристики невроза, спровоцированного потерей стимулов, которые определяют смысл существования. Ноогенный невроз – состояние, которое нельзя в полной мере назвать психическим расстройством. Данное состояние является внутренним кризисом, провоцирующим изменения в восприятии окружающей реальности.

Отметим основные психотерапевтические стратегии в работе с клиентом в ситуации потери смысла жизни.

«Настрой» терапевта.

Когда психолог имеет дело с психическими конфликтами, имеющими в своем основании нередко глубокие психические травмы, одним из первых его шагов должно быть вхождение в определенный «психический настрой». От психолога, занимающегося проблемой бессмысленности, требуется повысить свою восприимчивость к проблеме, начать по-другому слушать, отдавая себе отчет в важности смысла в жизни индивидов, при взаимодействии с такими пациентами психолог должен настроиться на смысл думать об общем фокусе и направленности жизни клиента. Важно понять, выходит ли клиент за пределы собственного «Я», за рамки монотонной жизни.

Сущностью, направлением психологической помощи в таких ситуациях является стремление помочь клиенту выйти за рамки собственной жизни, за пределы их интересов.

Чтобы добиться такой перефокусировки, психолог должен обладать повышенной чувствительностью, восприимчивостью к роли смысла в жизни клиента и тогда клиент, улавливая его скрытые намеки, станет таким же чувствительным к этому вопросу. Применяя данную тактику, психолог интересуется жизнью и взглядами клиента, глубоко изучает его основные ценности в деятельности, любви, переживаниях.

Способ перефокусировки – анализ его жизненного пути, но не столько с точки зрения событийности, что предполагает психобиографический дебрифинг, а с позиции поиска и осознания смысла его активности.

Нередко изолированный индивид, который внешне напоминает мышь, которая бессмысленно возится в своем углу, в своей изолированной от других жизни находит важную форму творческого выражения.

Различение смысла (переосмысление).

В. Франкл призывал уловить некий общий паттерн, смысловой рисунок в трагических событиях жизненного пути. От психолога требуется большая изобретательность. Приведем один из случаев В. Франкла, который вошел во многие учебники по психотерапии. К нему обратился пожилой врач, находившийся в подавленном состоянии с тех пор, как два года назад у него умерла жена.

«Как я мог бы помочь ему? Что мне ему сказать? Так вот, я не стал говорить ничего, а вместо этого поставил перед ним вопрос: «Что произошло бы, доктор, если бы вы умерли первым, а вашей жене пришлось бы пережить вас?» «О, – сказал он, – для нее это было бы ужасно, как бы она страдала!» Тогда я откликнулся: «Видите, доктор, она избежала этих страданий, и именно вы избавили ее от них, но вы должны платить за это тем, что пережили и оплакиваете ее». Он не ответил мне ни слова, но пожал мне руку и спокойно покинул мой кабинет».

Этот пример подтверждает программу В. Франкла о необходимости поиска смысла в любой жизненной ситуации, трагедии. Он постоянно подчеркива-

ет, что когда трагедия и страдание сегодняшнего дня заслоняет все остальные жизненные смыслы, мы всегда можем находить смысл в жизни, заняв героическую позицию по отношению к своей судьбе.

Обнаружение жизненного смысла, предполагает способ передачи его клиенту. И. Ялом говорит о проблематичности такого подхода, указывает на его авторитарность этой схемы, на нарушение личной автономии клиента.

Но следом не удерживается и приводит пример работы К. Юнга. К. Юнг рассказывает о случае, когда он также открыто предложил пациентке смысловую схему. Пациентка была молодая образованная еврейка с аналитическим складом ума, страдающая тяжелым неврозом тревоги. Расспросив о ее происхождении, он узнал, что дед пациентки был раввином, широко признанным, как цадик, святой, обладающий вторым зрением. Она и ее отец всегда посмеивались над этой ерундой. К. Юнг почувствовал инсайт о ее неврозе и сказал ей: «Теперь я намерен сказать вам то, что вы, может быть, не сумеете принять. Ваш дед был цадиком ваш отец предал тайну и повернулся к Богу спиной. А у вас невроз потому, что в вас живет страх Бога». Интерпретация, рассказывает К. Юнг. «потрясла ее как удар молнии».

В ближайшую ночь психолог видел сон, где он принял свою пациентку, стал перед ней на колени, как перед богиней. Сон К. Юнга показал ему, что пациентка была не просто поверхностной маленькой девочкой, она имела в себе задатки святой. Однако ее жизнь была направлена к флирту, сексу и материализму. У нее не было способа выразить самую существенную черту своей натуры, а именно то, что «на самом деле она была дитя Бога, предназначенная выполнить Его тайную волю». К. Юнг рассказал пациентке свой сон и свою интерпретацию его. Через неделю, сообщает он, «невроз исчез».

Дерефлексия.

Стратегия дерефлексии достаточно проста. Она предлагает пациенту отвлечься от собственного «я», от своей дисфории, от источника своего невроза и переключиться на сохранение части собственной личности и на смыслы, доступные для него в мире. Дерефлексию следует рассматривать, как попытку помочь человеку не фокусироваться на себе и заняться смыслом вне «я».

Позиция психолога, которая доводится до человека: вследствие наличия неустранимых факторов (генетическая предрасположенность, семейная история, особенности нервной системы) человек имеет высокий базовый уровень тревоги, по поводу которого мало что можно сделать. Следующий шаг – определение установки человека по отношению ситуации и выявление доступных для него смыслов.

Суть техники «дерефлексия» заключается в следующем: психолог предлагает немалую активность отвлечь пациента от собственного, невротического «Я», от дисфории, от источника невроза. Вслед за отвлечением и вместе с отвлечением появляется возможность переключить его на сохраненные части собственной личности и на смыслы, доступные для него в мире.

Техника дерефлексии проста и заключается главным образом в том, что клиенту предписывается перестать фокусироваться на себе и заняться поиском смысла вне Я.

Когда клиент чрезмерно поглощен собой, то долгий поиск причин тревоги в себе обычно замутняет проблему и, в конечном счете, его поведение становится непродуктивным, делая клиента уязвимым, поглощенным собой.

В. Франкл рекомендует терапевтам занимать в отношении таких клиентов следующую позицию: существуют неустраняемые факторы личной жизни (семейная история, генетически обусловленная тревога), когда клиент имеет высокий базовый уровень тревоги, по поводу которого мало что можно сделать, кроме приема лекарств; далее терапевт должен заняться выяснением установки клиента по отношению к его ситуации и выявлением доступных для него смыслов.

Сверхзадача данной техники – переключить внимание клиента с него самого на других. Особенно хорошо для этой цели подходит терапевтическая группа (И. Ялом). Эгоцентрические, нарциссические тенденции легко проявляются, и паттерн брать, не давая, неизбежно становится ключевой проблемой в группе.

Пример: Ирмгард, 21 год. Несколько лет назад пациентка проглотила фасоловое волокно; вскоре после этого знакомые пригласили ее к обеду, она из-за чего-то разволновалась и почувствовала удушье. Когда дело дошло до обеда, девушке стало дурно, а на следующий день к ней пришел страх ожидания перед обязательным повторением тошноты и позывов к рвоте. Из-за этого страха ожидания пациентка начала следить за рефлекторно протекающим актом глотания и усиленно пыталась осознать его, «глотать осознанно», как она пояснила. Была применена терапевтическая дерефлексия при дополнительном использовании аутогенной тренировки. Пациентка снова обрела доверие к бессознательному протеканию акта глотания. На следующий раз девушка сообщила, что снова в состоянии есть безо всяких затруднений.

Парадоксальная интенция.

Парадоксальная интенция используется при фобических и obsessивных состояниях, которые характеризуются бегством и борьбой. Как фобии, так и obsessивные состояния, вызываются стремлением избежать ситуаций, обуславливающих тревогу. Невроз порождается не только первичными условиями (внешняя и внутренняя ситуация, ведущая к первому появлению симптома), но и вторичными (закреплением страха ожидания).

Задача парадоксальной интенции – взломать, разорвать круговые механизмы первого и второго паттерна реагирования фобий и навязчивых состояний. Сделать это можно, лишив подкрепления опасения фобий и навязчивых состояний. От человека требуется, чтобы он захотел осуществления того (при фобии) или соответственно сам осуществил то (при неврозе навязчивых состояний), чего он так опасается.

В данном случае следует обратиться к столь характерной для человека способности к самоотстранению, которая особенно ярко отражается в юморе.

Парадоксальное намерение должно быть сформулировано в насколько возможно юмористической форме. Юмор относится к существенным человеческим проявлениям. Он дает человеку возможность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе, и к самому себе, и обрести тем самым полный контроль над собой. Мобилизация этой существенной человеческой способности к дистанцированию и является целью в тех случаях, когда применяется парадоксальная интенция.

Пример: Август, 21 год. Пациент учился в привилегированной школе, всегда был первым учеником в классе, исключительно честолюбив. Хотел быть совершенным во всём. После экзамена на аттестат зрелости стал бухгалтером, однако вскоре заметил, что у него неразборчивый почерк. Начальник всё чаще стал укорять молодого человека за то, что написанное им трудно прочесть. Попытался улучшить почерк. Все свое свободное время посвящал тому, чтобы «научиться красиво писать». Пробовал перенимать очертания букв из почерков своих приятелей. В конце концов, уже не знал, какие буквы нужно использовать, и как же писать на самом деле. При письме часто оставался: «Эту или ту букву нужно использовать?» Со временем потерял способность писать, если за ним кто-нибудь наблюдает. Страх перед тем, что за ним будут следить. Страх перед страхом. Полностью отказался от своей профессии, поскольку не мог писать, когда на него кто-то смотрит, весь был сосредоточен только на почерке. Парадоксальная интенция: «Вот я сейчас нацарапаю этому что-нибудь, ведь я пишу только для того, чтобы покалякать, ну и пусть себе хоть 30 раз пялится». Углубление парадоксальной интенции посредством формирования шаблонных намерений при помощи аутогенной тренировки. После трехнедельного пребывания в клинике пациент полностью избавился от описанных проблем и даже смог во время обхода продемонстрировать перед врачами и сестрами, «как нужно писать».

Мы видим: пациент с неврозом навязчивых состояний хочет все «делать» сознательно и целенаправленно, чтоб потом всё выглядело «сделанным» и «нужным», а не растянутым и непостоянным. Но со времен Ф. Шеллинга мы знаем: «Благороднейшая деятельность человека та, которая сама себя не знает», или как мы можем сказать, деяние, которое о самом себе не знает, которое само себя не осознает. Из работ Ф. Ницше мы помним, что «всякое совершенное деяние осуществляется без участия сознания и воли».

Вовлеченность.

Вовлеченность И. Ялом определил как галактический взгляд на жизнь. «Все хорошее – суета» (А. Шопенгауэр). Сомнения в смысле жизни не уничтожают реальность прошлых значимостей. Вовлеченность выступает здесь как противоядие бессмысленности. Гедонистический парадокс: чем больше намеренно мы ищем удовольствие, тем больше оно ускользает от нас. Удовольствие как побочный продукт смысла (В. Франкл). Ощущение осмысленности как побочный продукт вовлеченности.

Тема 5
**СТРАТЕГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР**

План

1. *Фундаментальные принципы психологической помощи в кризисных ситуациях.*
2. *Подходы к коррекции травматического стресса.*
3. *Психологический дебрифинг.*
4. *Основные подходы к психотерапии ПТСР.*
5. *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ).*
6. *Гештальт-терапия.*
7. *Когнитивно-поведенческая психотерапия.*
8. *Символ-драма (метод кататимного переживания образов).*
9. *Семейная психотерапия.*
10. *Нейролингвистическое программирование.*

1. Фундаментальные принципы психологической помощи в кризисных ситуациях.

Выделяют три основных фундаментальных принципа психологической помощи в кризисных ситуациях:

А) Принцип нормализации. Состояние после психологической травмы требует от личности больших усилий, чтобы выйти на привычный уровень жизнедеятельности, так как человек склонен путать необычность своей реакции на травму с необычностью своего поведения и себя самого. Мысли и чувства человека в посттравматический период могут быть болезненными и непонятными как ему самому, так и его родственникам, сослуживцам, даже специалистам, если они не знакомы с такими психическими проявлениями. Для скорейшего выхода из состояния стресса для человека важно принять свое поведение как поведение «нормальное». Если ему будет объяснено, что его реакции – это следствие перенесенного стресса, то он сможет участвовать в процессе восстановления, понимая причины симптомов и их динамику.

Б) Принцип партнерства и повышение достоинства личности. Процесс «выздоровления» в эмоциональном отношении включает в себя повторные переживания, избегание, чувствительность и самообвинение. Учитывая это, терапевтические отношения должны строиться на доверии, совместном выборе стратегии поведения. Личность не должна чувствовать опасность из-за ущемления прав в аспекте личностного роста и развития. Человек после катастрофы, с «опытом» жестокого обращения, с униженным достоинством и бессилием – это человек с уменьшенным чувством собственного «Я». Уменьшение чувства собственного достоинства пропорционально выраженности виктимизации. Такое

бессилие могут чувствовать те, кто остался живым после катастрофы, но не подвергался жестокости и унижению. Поэтому партнерство – тот терапевтический союз, который приносит большую пользу для выздоровления.

В) Принцип индивидуальности. Каждый человек имеет свой путь восстановления после перенесенного стресса. Индивидуальная человеческая реакция на стресс сложнее общих психологических реакций на стресс. Поэтому психолог должен понимать и ценить индивидуальные переживания и способы посттравматической регуляции. Партнеры по выходу из состояния стресса должны знать общую картину симптомов, представлять порядок высвобождения, но они должны быть готовы к индивидуальным проявлениям и характеру переживаний при переходе на нормальный режим жизнедеятельности. Принцип индивидуальности иногда противоречит принципу снятия уникальности переживания. Показывая, что переживания не уникальны, мы невольно уравниваем пострадавшего с усредненной массой.

2. Подходы к коррекции травматического стресса.

В работе с ПТСР важен междисциплинарный подход. Помощь может начинаться с организации самопомощи, с проведения кризисной интервенции, с борьбы за расширение прав пострадавших. Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории.

Категория психологической помощи	Характеристика
Образовательная категория	Пострадавшие могут иметь ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Создание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность надеяться на то, что при обращении к специалисту их страдания будут поняты, и они получают поддержку и помощь.
Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма	Предполагает относиться к человеку как к единому целому. Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическая активность, правильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого.

Категория психологической помощи	Характеристика
Социальная поддержка	Для выхода человека из состояния посттравматического стресса имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события – все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует отнести наличие сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.
Собственно психологическая помощь	Включает работу с проявлениями горя (группы поддержки переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы с травматическими образами и индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место занимают специально созданные методы. Это психологический дебрифинг – форма кризисной интервенции, применяемый сразу после кризисного события в групповой форме и психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

3. Психологический дебрифинг.

Психологическая помощь в кризисной ситуации объединяет термины «интервенция» и «кризисная интервенция». *Интервенция* означает вмешательство. *Кризисная интервенция* – это скорая психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса.

Психологический дебрифинг – классический метод кризисной интервенции, особым образом организованное обсуждение в группах людей, совместно переживших стрессогенное, кризисное событие. Цель группового обсуждения – минимизация психологических страданий.

Задачи дебрифинга:

1. «Проработка» негативных впечатлений, реакций и чувств.
2. Когнитивная организация переживаемого опыта: осознание события, реакций и симптомов его сопровождающих и им вызванных.
3. Снижение индивидуального и группового напряжения.
4. Уменьшение представлений об уникальности и патологичности собственных чувств и реакций.
5. Нормализация состояний: появление возможности обсудить кризисную ситуацию и поделиться друг с другом своими переживаниями.

6. Мобилизация внутренних и внешних ресурсов и усиление групповой поддержки, солидарности и понимания.

7. Подготовка к переживанию симптомов или реакций, которые могут возникнуть спустя несколько дней или недель.

8. Определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости и информирование участников групповой дискуссии, куда и к кому можно обратиться в случае необходимости.

Условием применения дебрифинга считается наличие кризисной ситуации с присутствием в ней осознаваемой участниками угрозы и участие в ней всех членов группы. Оптимальное время для проведения – не позднее 48 часов после события. Обсуждение может быть организовано и в более позднее время после события, но чем больше пройдет времени, тем более туманными будут воспоминания. Для воссоздания картины происшедших событий при большой временной дистанции могут быть использованы видеозаписи событий.

Обстановка для проведения должна быть удобной, с изолированной комнатой, в которой группа была бы защищена от внешних вмешательств. Члены группы могут расположиться вокруг стола. Квалификационные требования к ведущему отражают знание и опыт проведения группового тренинга, умение работать с людьми, пережившими горе, страх, тревогу, психическую травму, т. е. знание симптоматики посттравматических стрессовых расстройств, готовность к интенсивному проявлению эмоций у членов группы, владение приемами эмпатийного слушания. Руководит проведением дебрифинга один человек, имеющий ассистентов – одного или двух ко-терапевтов. Наличие ассистентов – обязательное условие проведения психологического дебрифинга.

Сердцевина дебрифинга – фасилитирование группового обсуждения, которое включает говорение, слушание, принятие решений, обучение, следование повестке дня и доведение встречи до удовлетворительного для членов группы окончания. Исходя из этого, в список умений руководителя включаются его действия на всех этапах группового обсуждения, знание закономерностей групповой динамики и их использование в терапевтических целях, фасилитация, контроль за перемещением членов группы внутри и вне комнаты, где идет дебрифинг, контроль за временем, индивидуальные контакты с тем, кто переживает дистресс. Процесс дебрифинга должен быть записан, однако применение технических средств ограничено, так как требуется согласие всех членов группового обсуждения.

Численность группы для психологического дебрифинга варьируется вокруг цифры 15. Заметное увеличение количества участников, связано с необходимостью иметь дополнительное число ко-руководителей и условия для проведения дебрифинга: просторное помещение, чтобы люди могли осуществлять обсуждение одновременно в нескольких группах из 15 человек.

Правила дебрифинга

1. Участники говорят только тогда, когда пожелают этого. Единственное требование – назвать свое имя и выразить отношение к обсуждаемому событию.

2. Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания обсуждения. Это создает состояние психологической безопасности.

3. Участникам объясняется, что процедура психологического дебрифинга не предполагает оценок, критики и приговоров. Подобная установка предупреждает споры, взаимные обвинения, которые могут возникнуть из-за расхождения в ожиданиях, мыслях, чувствах.

4. Участников предупреждают, что они могут почувствовать себя несколько хуже во время группового обсуждения (во время сессии), но это нормальное явление, которое обычно происходит из-за прикосновения к болезненным проблемам. Ведущий должен объяснить, что это часть платы за возможность впоследствии противостоять стрессам, за будущее выздоровление.

5. Группе не рекомендуется работать с перерывом. Может быть предложено: перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Полезно иметь кофеварку или чайник, чтобы каждый мог обслужить себя тут же, не прерывая занятий.

6. Членов обсуждения предупреждают, что у них есть возможность тихо выйти и вернуться обратно. Однако ведущего следует предупредить о своем состоянии, если уходящий находится в дистрессе, ему необходимо сопровождение.

7. Участникам обсуждения объясняют, что они могут обсуждать проблемы, выходящие за рамки заданной темы, задавать любые вопросы. На ведущем и его команде лежит ответственность за поощрение и успокоение членов группы. Начало этой деятельности запускается уже во вводной фазе.

Структура психологического дебрифинга включает три части и семь фаз.

Часть	Фаза	Характеристика фазы
<p>Часть 1: проработка основных чувств и измерение интенсивности стресса</p>	вводная фаза	<p>Проведение знакомства, размещения участников за столом. – 15 минут. Ведущий представляет себя и своих помощников, излагает цели и задачи встречи.</p>
	фаза фактов	<p>Краткое описание человеком того, что с ним произошло во время инцидента. Ведущий должен поощрять вопросы, помогающие прояснить и откорректировать объективную картину фактов и событий, имеющих место в распоряжении членов группы. Продолжительность может варьироваться. Чем дольше длилось травмирующее событие, тем длиннее может быть фаза факта. Знание обо всех эпизодах события и последовательности создает ощущение когнитивной организации прошедшего события. Это одна из главных задач психологического дебрифинга – дать людям шанс объективно и адекватно увидеть ситуацию, имея полную картину всех фактов события, обсуждением блокируются спекуляции, подогревающие тревогу.</p>
	фаза мыслей	<p>Фиксирование на суждениях. Происходит анализ и обсуждение высказанных суждений. Люди, которые не спешат поделиться первыми мыслями о событии, переживают интенсивное чувство страха. Первая мысль может отражать то, что впоследствии составляет основу тревоги. Необходимо подтолкнуть их к высказываниям. В конце фазы могут быть проговорены впечатления участников, которые у них были на месте события. Сопоставление воспоминаний и их устное сообщение делает не столь мощным их разрушительный эффект, так как они еще и вербализуются внутри когнитивных рамок, в процессе группового обсуждения.</p>
	фаза реагирования	<p>Исследование чувств. Зачастую самая длительная часть дебрифинга. Ведущему необходимо помогать людям рассказывать о переживаниях – это снизит деструктивный характер выраженных чувств. Важно присматриваться к тем, кто кажется более пострадавшим, кто молчит или у кого есть выраженные симптомы посттравматического расстройства. Это могут быть люди, которые более всего подверглись насилию и жестокости. К таким участникам нужен индивидуальный подход, и после окончания дебрифинга им может быть предложена индивидуальная программа поддержки. В ходе рассказа о пережитых чувствах у членов группы создаются ощущения схожести, общности и ответственности реакций. Групповое обсуждение, снимающее уникальность пережитого, является ключевым.</p>

Часть	Фаза	Характеристика фазы
<p><u>Часть 2:</u> детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства спокойствия и поддержки</p>	фаза симптомов	<p>Участников группы просят описывать симптомы потрясения (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, в течение последующих дней и в настоящее время. Следует задержать внимание на необычных переживаниях, трудностях возврата к работе и привычному образу жизни.</p> <p>Можно ожидать черты посттравматического стресса – переживание феномена избегания и оцепенения. Фобические реакции могут проявляться в том, что люди не смогут вернуться назад в то место, где произошло событие. Проблемным это становится, если оно является местом их работы. После подобных инцидентов люди вынуждены менять место работы и место жительства, бояться пользоваться общественным транспортом, могут бояться спать без света.</p>
	Подготовительная фаза	<p>Синтез реакции участников. Акцент делается на демонстрации реакций, которые являются “нормальными реакциями на ненормальные события”. Полезно использовать записи, восстанавливающие в памяти реакции, уточняющие их. Хорошо иметь подробную карту симптомов, желательно ее повесить в комнате, чтобы каждый мог подойти и добавить что-то к симптомам, если они не обнаружили их у себя раньше.</p> <p>Важно, чтобы участники могли договориться о следующей встрече. Информация о ней позволяет задуматься над формированием стратегии преодоления ожиданий. Такие реакции, как возрастание тревоги, чувства уязвимости и др., важно описать и предвидеть их возникновение. В процессе обсуждения они должны быть обобщены, и у участников сформированы установки и ожидания, что при нормальном развитии событий со временем симптомы исчезают.</p>
<p><u>Часть 3:</u> мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее</p>	фаза реадaptации	<p>Обсуждение и планирование будущего участников, намечаются стратегии преодоления негативных симптомов, направления дальнейшей помощи. Группа должна обсудить и принять решение о дальнейшем своем поведении: о необходимости организации следующего дебрифинга или отметить его вероятность, если инцидент был особенно травмирующим или остались некоторые проблемы.</p> <p>Следует предусмотреть общение друг с другом в дальнейшем. Например, обменяться телефонами и адресами.</p> <p>Возобновление работы дебрифинга может иметь место после 2 недель – 1 месяца.</p>

Аутодебрифинг – это вид психологического дебрифинга, который имеет индивидуальный характер по обсуждаемым событиям, и групповой – по форме работы. Группа выступает в виде фона, а клиент со своим событием в виде фигуры. Инструкция, вводная часть, правила групповой работы, цели и задачи дебрифинга не отличаются от классического варианта. Принципиальное отличие данной процедуры от классического дебрифинга – отсутствие единого травмирующего события, все события уникальны и индивидуальны. Отсюда и название данной психотерапевтической процедуры. Аутодебрифинг предполагает самоанализ, где группа выступает в роли фона и группового фасилитатора.

Методический прием под названием **психобиографический дебрифинг** соединяет диагностику (психологическая автобиография) и коррекцию (психологический дебрифинг).

4. Основные подходы к психотерапии ПТСР.

Психотерапия ПТСР направлена на реинтеграцию нарушенной психической деятельности. Задачей является создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования.

Не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: лечение ПТСР – процесс длительный.

Психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку ведет к переосмыслению событий и усилению механизмов адаптации. Целью является помощь в освобождении от воспоминаний и от интерпретации эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории, интегрировать чуждое, неприемлемое, ужасное и непостижимое, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я).

Существует 4 стратегии терапии, позволяющие достичь цели:

- поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);
- формирование позитивного отношения к симптомам (научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и предотвратить травматизацию фактом существования расстройств);

- снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт);
- изменение атрибуции смысла (цель – изменить смысл, который клиент придает психической травме, и создать ощущение «контроля над травмой»).

В работе М. Горовица рассмотрены 5 стадий актуального состояния клиента:

Стадии состояния клиента	Цели психотерапии
1. Длительное стрессовое состояние	Завершить событие или вывести клиента из стрессового окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий.
2. Проявление невыносимых переживаний	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.
3. Застревания в состоянии избегания, оглушенности	Помочь в повторном переживании травмы и ее последствий, в установлении контроля над воспоминаниями, осуществлении произвольного припоминания. Оказать помощь в выражении и структурировании; обеспечить проработку травмы.
4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания	Переработать ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь установить связь между травмой и переживаниями, паттерном межличностных отношений, Я-образом, планами на будущее.
5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Психотерапия ПТСР характеризуется рядом особенностей:

1) высокие показатели прерывания терапии (50% случаев) – клиенты с ПТСР после 2-3 встреч не приходят в терапию. Для клиентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков. Это объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы. Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми;

2) характерны трудности с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи. Причины, обуславливающие эти трудности:

- клиенты полагают, что должны сами «выкинуть пережитое из головы»;
- клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т. д.) и последовавшие психические нарушения также лежат вне сферы их контроля;

- посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности);

- некоторые клиенты борются за получение компенсации и обращаются к врачу/психологу за подтверждением этого их права.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает 3 стадии:

- 1) установление безопасной атмосферы;
- 2) работа с воспоминаниями и переживаниями;
- 3) включение в обыденную жизнь.

Наиболее распространенными *терапевтическими ошибками* являются:

- избегание травматического материала, что ведет к прерыванию процесса терапии;

- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта.

Гипноз и другие техники могут быть использованы для создания измененных состояний сознания, в которых травматический опыт более доступен. Но какие бы техники ни применялись, базовыми остаются следующие правила:

- локус контроля остается за клиентом;

- время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» техники интегрировались в процесс психотерапии.

Фундаментальное правило терапии ПТСР – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Еще один аспект терапевтической работы с клиентами, страдающими ПТСР – психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада, вплоть до развития подобного расстройства – вторичного ПТСР или травмы.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

1. Рациональная психотерапия – клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги – аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия – используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Позитивная терапия, гештальт-подход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку, и др.

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные Я-схемы жертвы и ее взгляд на мир; воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Иногда эффективно применение поддерживающих техник и симптоматического облегчения в рамках психотерапии, где учитывается культура пострадавших. Попытка преодолеть, например, чувство вины, утраты контроля и бессилия – с чем работают западные психотерапевты, может оказаться бесплодной. Однако такие понятия, как стыд, потеря репутации, вера, судьба, порицание, могут оказаться более значимыми в странах Третьего мира. Существует более серьезный подход – «логотерапия», который заключается в поиске смысла в случившемся – как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии.

Рассмотрим некоторые психотерапевтические направления и методы, эффективные при работе с ПТСР.

5. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ).

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний с помощью движения глаз (ДПДГ) – это метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г. В настоящее время данный метод вызывает достаточно большое число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности улучшение состояния достигалось в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов. Сама же Ф. Шапиро предостерегает от того, чтобы приписывать этому методу слишком высокую эффективность.

Техника ДПДГ основана на случайном наблюдении, которое было сделано Ф. Шапиро в мае 1987 г. Однажды, прогуливаясь по парку, автор метода заметила, что некоторые мысли, беспокоившие ее, внезапно исчезли. Она отметила также, что, если опять вызвать в уме эти мысли, они уже не оказывают такого негативного действия и не кажутся столь реальными, как ранее. Предыдущий опыт подсказал Ф. Шапиро, что всем беспокоящим мыслям обычно свойственно образовывать своего рода замкнутый круг – появляясь, они имеют склонность возвращаться снова и снова, пока вы не предпримете сознательное

усилие, чтобы приостановить их или изменить их характер. Однако в этот день внимание психолога привлекло то, что беспокоившие ее мысли исчезли и изменили свой характер без каких-либо сознательных усилий со стороны автора техники ДПДГ.

В основу метода легло представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в изолированном состоянии. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не связывается с изолированной информацией о травмирующем событии. В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого клиента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе, связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. Повторные ночные кошмары с пробуждениями, характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным.

ДПДГ может применяться при ПТСР как самостоятельный метод психотерапии либо как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у клиентов наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16 при продолжительности каждого сеанса от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю.

Стандартная процедура ДПДГ включает восемь стадий:

Первая стадия (оценка факторов безопасности клиента) – осуществляется изучение истории болезни клиента и планирование психотерапии. Ос-

новой критерий отбора клиентов для ДПДГ – их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, которое может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. В большинстве случаев следует вначале оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем, и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм.

Выделяют четыре основные цели воздействия для ДПДГ:

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

Для полноценного разрешения травматических переживаний и достижения стабильного клинического эффекта в качестве цели поочередно избирается каждый из четырех вышеперечисленных элементов.

Автором предлагается несколько видов движений глаз, которые могут быть использованы при ДПДГ-психотерапии. Задача психотерапевта — определить тип движений глаз, соответствующий потребностям пациента. Необходимо обеспечить пациенту комфортные условия. Психотерапевт не должен продолжать использование движений, если пациент говорит о боли в глазах или беспокойстве во время процедуры.

Вторая стадия (подготовка) – включает установление терапевтических отношений, объяснение сущности процесса ДПДГ-психотерапии и ее эффектов, определение ожиданий пациента, вводную релаксацию. Важно, чтобы пациент овладел техникой релаксации и мог использовать аудиозаписи, помогающие справляться с проблемами, возникающими в интервалах между сеансами. Если в конце сеанса пациент проявляет признаки беспокойства, психотерапевту необходимо применить гипноз или направляемую визуализацию.

Третья стадия (определение предмета воздействия) – отражает выявление основных форм отреагирования в отношении воспоминания, идентификацию отрицательного и создание положительного самопредставления. На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при лечении больных с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и т. д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения и любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

Четвертая стадия (десенсибилизация) – психотерапевт повторяет серии движений глаз, внося в них изменения фокусировки, пока уровень беспокой-

ства пациента не снизится до 0 или 1 по шкале субъективных единиц беспокойства. Между каждой серией движений глаз психотерапевт должен внимательно выслушивать пациента, чтобы идентифицировать следующий фокус для переработки.

Пятая стадия (инсталляция) – сфокусирована на установлении положительного самопредставления, определенного пациентом, и на увеличении его силы, для того чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. Цель этой стадии – связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели информацией, связанной с травмой, что ведет к повышению самооценки клиента.

Шестая стадия (сканирование тела) – вскрывает области остаточного напряжения, проявляющиеся в форме ощущений в теле. Пациенту предлагают удерживать в сознании избранное событие и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело.

Седьмая стадия (завершение) – возвращение пациента в состояние эмоционального равновесия и комфорта в конце каждого сеанса. Использование дневника с личными записями и техник визуализации, которым пациента обучит психотерапевт, либо аудиозаписи для релаксации – важно для поддержания равновесия между сеансами.

Восьмая стадия (переоценка) – проводится с помощью различных протоколов, применяемых в технике ДПДП-психотерапии, и полного психотерапевтического плана лечения. Эта стадия определяет качество достигнутых психотерапевтических эффектов. Каждый сеанс по переработке должен быть направлен на определенную цель. Общие типы целей даны в стандартном протоколе следующим образом:

- 1) прошлый опыт, являющийся основой патологии;
- 2) существующие в настоящее время обстоятельства или факторы, которые вызывают беспокойство;
- 3) планы будущих действий.

Перед завершением курса психотерапии материал, вскрытый во время анализа истории пациента и последующей переработки, должен быть подвергнут переоценке. Завершающая переоценка проводится для того, чтобы определить, можно ли заканчивать курс психотерапии.

6. Гештальт-терапия.

Гештальт-терапия – одно из основных направлений гуманистической психологии, оригинальный метод психотерапии и личностного роста – получает все более широкое признание благодаря своему мощному терапевтическому потенциалу.

Гештальт-терапия – это метод, созданный американским психологом и психотерапевтом Ф. Перлзом под влиянием идей гештальт-психологии, экзи-

стенциализма, психоанализа и, в частности, теории В. Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. В. Райх предполагал, что психологическая защита выражается на физиологическом уровне в виде мышечных «зажимов». Если удастся пробиться через этот панцирь, то открывается доступ к вытесненному психологическому содержанию. Психолог просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить заблокированную эмоцию. Психотерапия В. Райха постепенно переместилась в направлении освобождения эмоций (удовольствия, гнева, волнения) посредством работы с телом. Автор телесно ориентированной терапии во многом определил представления Ф. Перлза о взаимосвязи тела и психики. Ф. Перлз заимствовал его идею о том, что сопротивление как часть защиты проявляется в невербальном поведении, в «языке тела», и развил ее далее в идею единства тела и психики.

Гештальт-терапия интересна тем, что она является сложным синтезом нескольких направлений психологии и психотерапии: психоанализа, экзистенциальной психологии, бихевиоризма, психодрамы и дзен-буддизма. С точки зрения гештальт-психологии, человек воспринимает и мыслит мир как совокупность образов, а каждый образ воспринимается им как целостная структура – гештальт (от немецкого слова «gestalt» (образ, форма)). Построение и завершение гештальтов является естественным ритмом жизнедеятельности человека. Целью гештальттерапии является воссоздание гармонии человеческой психики и организма.

Основной подход в гештальт-терапии называется *экспериментально-феноменологическим*: пациенту предлагается ставить эксперименты и наблюдать выявляемые феномены: эмоции, изменения в голосе (повышение и понижение тона, запинки), мимика, поза, жесты, время реакции, появление ощущений в теле (напряжение, жар, «мурашки»). Как феномены рассматриваются только явления, наблюдаемые непосредственно во время эксперимента. Это отражает принцип гештальт-терапии – «здесь и сейчас», в соответствии с которым работа должна проводиться только над имеющимися в данный момент чувствами и мыслями, а не с теми, что были в момент прошедших событий. Учась фиксировать в себе феномены, пациент развивает осознание. Успех терапии зависит от успешности развития этого навыка и обучения пациента применять этот навык в реальной жизни после окончания сеансов терапии.

После завершения эксперимента феномены обсуждаются с терапевтом. В ходе обсуждения затрагиваются темы потребностей и ожиданий пациента, обсуждается, как эти потребности и ожидания соотносятся с тем, что происходит на самом деле, что нужно от пациента другим людям, как соотносятся ожидания пациента и других людей. Терапевт указывает на феномены, упущенные пациентом, на которые нужно обращать внимание при следующих экспериментах для улучшения осознания. Терапевт анализирует феномены

совместно с пациентом, раскрываясь как личность, давая личные оценки, рассказывая о собственном опыте и событиях своей жизни. По этой причине личные качества терапевта имеют огромное значение в гештальт-терапии. Между пациентом и терапевтом должен установиться диалог.

Целью гештальт-терапии является создание и укрепление целостного образа (гештальта) личности пациента. Посредством осознания и самоанализа пациент должен выявить отвергаемые им части своей личности: отвергаемые эмоции, потребности, черты характера, мысли. Затем принять их, принять себя и тем самым восстановить целостность своей личности. Большое внимание уделяется развитию независимости личности – умению следовать своим собственным мечтам и потребностям, а не потребностям других людей.

Личность в теории гештальт-терапии рассматривается как непрерывно протекающий процесс взаимодействия организма со средой и с самим собой. В этом процессе выделяются три важные функции: совокупность всех телесных, аффективных и эмоциональных процессов; совокупность процессов мнезиса; функция выбора включается только при наличии необходимости.

Гештальт-терапия может применяться при следующих расстройствах, характерных для ПТСР:

- психосоматические расстройства;
- фобии и страхи;
- невротические расстройства;
- сексуальные расстройства психогенного характера;
- депрессивные проявления, суицидальные тенденции, нарушения сна (ночные кошмары);
- дезадаптирующие особенности личности (повышенная тревожность, агрессивность, раздражительность).

Психотерапевтическая работа может проводиться и в малых группах по 2–3 часа 1–2 раза в неделю одним или двумя психотерапевтами. В группе никого не принуждают и не склоняют к тем или иным упражнениям. Психотерапевт только вносит предложения выполнять определенные действия и следит, чтобы человек осознавал возможности самостоятельного выбора в своей деятельности. Занятия с психотерапевтом требуют продолжения и развития в повседневной деятельности. Этой цели служит домашняя работа. При встречах с пациентами психотерапевт спрашивает, – на чем, прежде всего, сосредоточивалось их внимание – на собственных переживаниях, движениях или высказываниях. Выполнение домашней работы, направляемой такими вопросами, ускоряет процесс психотерапии. Ф. Перлз сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но потом полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия может проводиться как центрированная на пациенте, где другие члены группы

идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая части своего «Я» и завершая незаконченные ситуации.

Использующиеся в гештальттерапии **игровые** техники включают следующие основные компоненты:

- 1) расширение осознания;
- 2) интеграция противоположностей;
- 3) усиление внимания к чувствам;
- 4) работа с мечтами (фантазиями);
- 5) принятие ответственности на себя;
- 6) преодоление сопротивления.

Примеры возможных игровых техник гештальттерапии

Упражнение 1.

Цель: развитие осознания.

Представьте себе, что было бы, если бы вы не встали с постели сегодня утром. Что случилось бы в определенной ситуации, если бы однажды вы сказали бы «нет» вместо «да»? Что, если бы были на 10 см выше? Или весили на 10 кг меньше?

Упражнение 2.

Цель: концентрация внимания на чувствах.

Попробуйте поэкспериментировать с картиной, которая вам нравится. Обратите внимание на линии и контуры, независимо от изображенных объектов; потом, отдельно, – на цветовые пятна и оттенки. Обратите внимание на структуру, создаваемую пустотами между контурами основных объектов. Рассмотрите структуры, создаваемые каждым из цветов в отдельности, скажем, красным или голубым. Если картина создает иллюзию трехмерного пространства, последуйте за удаляющимися планами, отметьте, что – на переднем плане, что – на втором, что – вдали. Проследите игру света и тени. Обратите внимание на фактуру, на технику мазка. Лишь после всего этого посмотрите на то, что изображено, – сцена, портрет, пейзаж и т. п.; обычно с этого начинают и на этом фиксируются.

Упражнение 3.

Цель: воспоминание.

Выберите какую-нибудь прошлую ситуацию, не слишком давнюю и не слишком трудную, например, посетите в воображении дом вашего друга. Закройте глаза. Что вы видите? Дверь – кто ее открывает? Обстановку? Других людей? Не пытайтесь «вытаскивать» что-то из ума, искать что-то, что должно быть здесь: просто «отправьтесь» в то место, которое вы вспоминаете, и замечайте, что там есть.

Упражнение 4.

Цель: обострение ощущения тела.

Ходите, разговаривайте или сидите; осознавайте-замечайте проприоцептивные детали, никоим образом в них не вмешиваясь.

Упражнение 5.

Цель: опыт непрерывности эмоций.

Лежа, попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Обретя эти ощущения, задайте себе вопрос: «Каково выражение моего лица?» Не вмешивайтесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

7. Когнитивно-поведенческая психотерапия.

Когнитивно-поведенческая психотерапия – это современное направление, возникшее на основе поведенческой психотерапии в результате практического осмысления того, что когнитивная сфера – плод интериоризации наблюдаемой деятельности, а также фактор, предопределяющий реакции взрослого человека на любые внешние воздействия. Согласно теории когнитивно-поведенческой психотерапии, не столько внешние обстоятельства и события определяют характер эмоциональной реакции и связанного с ней поведения, сколько когниции (англ. *cognition*), т. е. установки, мнения, представления, отношение к этим обстоятельствам и событиям самого человека.

Если в поведенческой терапии коррекция проблемного поведения достигается путем воздействия на само поведение или подкрепляющие его факторы, то здесь та же цель достигается путем воздействия на когниции.

Основоположниками когнитивно-поведенческой психотерапии являются А. Бэк и А. Эллис. В КПП любая психогенно обусловленная патологическая проблема (нервно-психические расстройства, психосоматические заболевания, зависимости) понимается как следствие существования ошибочных когниций. Цель состоит в том, чтобы научить человека реагировать адекватно. Сам по себе такой путь подходит для пациентов, которые способны к самонаблюдению и самоконтролю. Если это условие не соблюдается, когнитивно-поведенческая психотерапия практически невозможна, и надо использовать другой подход.

Основные этапы лечебного процесса

1. Необходимо доказать пациенту справедливость теории когнитивно-поведенческой психотерапии, что не события сами по себе вызывают те или иные болезненные переживания, а их индивидуальное восприятие, т. е. индивидуальные когнитивные особенности.

2. Жалоба является одним из частных симптомов существования некой общей проблемы. Чтобы увидеть проблему, нужно исследовать актуальную проблемную ситуацию, а после – поведение человека в различных жизненных условиях, чтобы обнаружить воспроизводящиеся особенности реагирования.

3. Установив характер проблемы и ее происхождение, нужно определить, что именно в когнитивной сфере не так: ошибочные (иррациональные) установки, неадекватные шаблоны восприятия, ошибочные сведения.

4. Обнаруженные когнитивные особенности нужно вывести в сознание пациента и предложить коррекционные средства.

5. Этап освоения пациентом адаптивных когниций и новой модели поведения – это ряд сессий, во время которых анализируется ход оздоровительного процесса.

6. Этап закрепления достигнутых результатов.

Традиционно считается, что поведенческая психотерапия наиболее эффективна при коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения необязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее, главным образом, – формировать и укреплять способность к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль. Методы поведенческой психотерапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенсибилизацию, градуированное представление и самоконтроль. Поведенческая психотерапия стремится заменить неприемлемые действия приемлемыми и использует некоторые методы, ведущие к уменьшению или прекращению нежелательного поведения. Например, при одной из техник клиента обучают диафрагмальному дыханию для снятия беспокойства. Терапия может проводиться с использованием систематической десенсибилизации (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации) либо методом нагнетания вызывающих тревогу факторов, или «наводнения» (клиентов ставят в пугающую ситуацию и помогают с ней справиться). Метод нагнетания считается более действенным. Систематическая десенсибилизация – метод, направленный на то, чтобы клиент с ПТСР, склонный к избегающему поведению, создал в своем воображении иерархию тревожных образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется *градуированной экспозицией*. Эта техника, в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение, исключая негативные последствия. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга: так образ отделяется от ощущения тревоги (взаимное торможение). Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой психотерапии, при условии, что клиент может выдержать связанную с терапевтическим воздействием тревогу. В случае, если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется *имплозией*.

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе.

Деадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипами, которые могут привести к когнитивным искажениям, или ошибками в мышлении. Соответствующая терапия ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и их следствия в виде поведенческих установок. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся в течение 12 недель. В этот период клиенты должны осознать свои собственные искаженные представления и установки. Домашние задания заключаются в следующем: клиентов просят написать, что они чувствуют в определенных стрессовых ситуациях, и определить частично неосознаваемые предпосылки, лежащие в их основе, которые провоцируют появление негативных установок (таких, как: «я несовершенен» или «никому до меня нет дела»). Такой способ называется распознаванием и коррекцией произвольных мыслей. Когнитивная модель депрессии включает когнитивную триаду – описание искажений мышления, которые характерны при депрессии. Эта триада включает: отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистичный взгляд на будущее.

8. Символ-драма (метод кататимного переживания образов).

Символ-драма – один из видов психотерапии, в основе которого лежат теория классического психоанализа, аналитическая психология К.Г. Юнга и современные модели. В переводе с греческого «символ-драма» означает действие условного знака. Другие названия — кататимно-имагинативная психотерапия, кататимное переживание образов, метод сновидений наяву.

Основателем считается Х. Лейнер. Данный метод был создан в 50-е – 70-е гг. XX в., а позднее значительно дополнен Г. Хорном. Символ-драма получила широкое распространение в практике психотерапевтов Северной и Южной Америки, Европы, за исключением Франции. В России символ-драма стала известна в последнем десятилетии XX в.

Суть символ-драмы заключается в том, что пациент представляет образы на тему, заданную врачом. Эти образы позволяют раскрыть конфликты и противоречия, скрывающиеся в индивидуальном бессознательном. Метафорически символ-драму можно охарактеризовать как “психоанализ при помощи образов”. Понимание символики образов и процессов обогащается обращением к теории архетипов и коллективного бессознательного К.Г. Юнга, и методу активного воображения. Х. Лейнер предположил: если образ архетипичен, он должен вызывать сильные чувства, будут задействованы мощные психические силы клиента. А конкретные детали, которыми наделит образ данный человек, расскажут о его личном бессознательном.

Наиболее качественные результаты символ-драма демонстрирует при лечении невротических и неврозоподобных состояний, различных расстройств

эмоциональной сферы, нарушений адаптационных возможностей и всевозможных психосоматических расстройств. Положительным моментом является возможность применения инструментария для помощи детям (с 6,5 лет), а также хорошая сочетаемость методики с другими психотерапевтическими инструментами. Среди противопоказаний выделяются: церебрально-органические синдромы; коэффициент интеллектуальности ниже 85; недостаточная мотивация, самотерапия, некоторые формы психозов.

Процедура символ-драмы включает четыре этапа:

- предварительная беседа;
- расслабление;
- представление образа под контролем психотерапевта;
- заключительная беседа.

Символ-драма делится на следующие виды:

- индивидуальная;
- групповая;
- для детей и подростков;
- парная, в том числе семейная.

Ключевым понятием являются мотивы – специальные темы образов, каждый из которых направлен на решение определенной задачи. Всего в современной практике символ-драмы используются порядка ста различных мотивов.

Обычно терапия включает 10–15 сессий, но в сложных случаях количество визитов к психотерапевту может быть и значительно большим.

Пациент удобно располагается в кресле или на кушетке, погружается в релаксирующее состояние. Углубляется и выравнивается дыхание, расслабляются мышцы. Терапевт предлагает ему представить какой-либо образ, при этом вербально описывать то, что возникает перед его внутренним взором. Важно понимать, что в символ-драме нет закрепления конкретных значений за символами, ключевую роль играют чувства пациента, которые вызывают у него наблюдаемые им символы. Замечено, что символ-драма оказывает общий благотворный эффект на внутреннее состояние пациентов.

Список ключевых образов, с которыми работает символ-драма:

- Луг – исходный образ каждой психотерапевтической встречи.
- Гора и подъем в гору, чтобы затем увидеть панораму, открывающуюся с ее вершины. Спуск с горы.
- Обследование дома.
- Следование вдоль речки (ручейка) вверх или вниз по течению.
- Представление значимого лица (мать, отец, муж, начальник, учитель, друг) в виде символа (животного, растения, строения).
- Наблюдение леса или пещеры и ожидание существа, которое выйдет из темноты этого леса или пещеры.

- Лодка, появляющаяся на берегу реки или озера, на которой можно отправиться кататься.
- Дерево.
- Три дерева.
- Цветок.
- Представление себя на 10 лет старше.
- Владение участком земли, чтобы вырастить, построить что-либо.
- «Наблюдение» за семьей воображаемых животных и установление с ними контакта (отношения в семье).
- Путешествие внутрь собственного тела, разговор с его органами.

Вся система разделена на три ступени: основную, среднюю и высшую. Чаще всего, наряду с вмешательством в кризисных ситуациях, работа проводится в формате короткой терапии, не превышающей 30 сеансов.

Начальная концепция кататимно-имагинативной психотерапии строилась на теории конфликта. Клиент должен был переживать в образах те сцены, которые несли в себе конфликт, причем дозированно, приемлемым для него образом и в то же время регулярно. Однако если клиент вопреки ожиданиям не выявляет конфликтного материала, а наоборот, представляет преимущественно приятные и гармоничные образы, психотерапевт не должен ему препятствовать. Этот процесс также будет иметь терапевтическое значение.

Для основной ступени отобраны мотивы, символическое значение которых представляет широкое поле для проецирования индивидуального материала.

1. Мотив луга. Его можно использовать и как начало сновидения наяву, и как экран для проекции актуальных конфликтов. Этот сценарий отражает более-менее осознанное настроение клиента. Символическое значение мотива луга очень широко.

Основные воздействия психотерапевта: исчерпать мотив, стимулирую как можно большую детализацию образа, и выяснить связанные с ним настроения. При работе с другими мотивами воздействия аналогичны.

2. Мотив ручья, когда клиенту предлагают проследовать либо вверх по течению, до его истока, либо вниз – до устья. Мотив ручья можно считать выражением текущего психического развития, беспрепятственного развертывания психической энергии. В то же время вода – это жизненная сила, она освежает, бодрит, жизнь без нее немыслима. По ходу развертывания образа могут возникнуть мотивы препятствия-недопущения, указывающие на существование конфликта.

«Кататимная гидротерапия» (использование воды). Если вода воспринимается клиентом как приятная, использование этого образа может оказывать позитивное воздействие.

Существуют данные о том, что применение образа воды по отношению к поврежденным частям тела или болезненным местам производило удивитель-

ный эффект, прежде всего в случаях психосоматических симптомов, которые оставались резистентными к другим видам лечения.

3. Мотив горы. Мотив горы – это хорошая модель отношений с самыми значимыми людьми из раннего детства, которые сыграли свою роль в нарушении развития клиента. Активные действия клиента внутри ландшафта представляют собой анализ этих отношений в символической форме. Такой анализ часто имеет высокую терапевтическую эффективность. Отмечается тесная корреляция между высотой горы и уровнем притязаний. Люди с высоким уровнем притязаний представляют высокую гору, подняться на которую очень тяжело. По особенностям восхождения мы можем судить не только об уровне притязания, но также об установке клиента на достижение результата и какие действия для достижения цели он предпринимает. С точки зрения теории объектных отношений подъем на гору имеет очень большое значение – это идентификация с отцовской или материнской фигурой. В некоторых случаях проработка мотива требует много времени, и на нее уходит полностью весь сеанс.

4. Мотив дома. Проработка этого мотива также требует много времени. Нередко тут скрыт сложный конфликтный материал. Поэтому данный мотив предлагают клиентам, уже освоившимся с символ-драмой и способным выдержать определенную нагрузку. В символическом плане дом переживается как выражение собственной личности или одной из ее частей. Структуры дома позволяют клиенту проецировать себя и свои желания, пристрастия, защитные установки и страхи. Одно только разглядывание дома может произвести на клиента глубокое впечатление, если благодаря этому он догадывается или открывает на предсознательном уровне, что дом «выглядит» в нем именно «так».

5. Заглянуть во мрак леса. Данный мотив дает доступ к бессознательному материалу. Сюда могут проецироваться крайне амбивалентные эмоциональные переживания. Поэтому важно помнить, что на основной ступени терапии «путешествие в лес» не рекомендуется. В случае появления символических фигур необходимо учитывать два аспекта. На первом уровне интерпретации такой образ можно рассматривать как воплощение близких людей, значимых лиц, оказавших особо важное влияние на клиента. Второй уровень интерпретации образов – это субъективный, т. е. образы могут воплощать бессознательные тенденции и установки клиента, отщепленные от своего реального поведения. Цель терапии заключается в том, чтобы символически выйдя из леса на луг, вывести на свет сознания эти отщепленные и вытесненные тенденции. Для интеграции этих образов на основной ступени терапии используются принципы кормления и насыщения, а также примирения и нежного объятия. При этом следует избегать бегства или враждебной самозащиты.

Эти принципы выбраны для исходной работы с символами потому, что их сравнительно легко освоить и они практически не вызывают у клиентов ни-

каких тревожных реакций. Тем не менее, при целенаправленном применении они оказывают терапевтическое воздействие в четко определенных пределах.

Принцип кормления и насыщения дают психотерапевту возможность показать на примере ситуаций с враждебными образами, как следует себя вести в агрессивной или недружелюбной ситуации. Нападение клиента на враждебный символический образ показывает агрессию, направленную против себя самого, вернее, против затрагиваемой при этом части его собственного Я.

Это подавление собственных импульсов клиент уже достаточно долго развивал в невротическом поведении. Плодотворная психотерапевтическая интеграция аналогична действиям укротителей диких животных. Укротитель пытается расположить и привязать к себе животных, при этом он, прежде всего, кормит их. Насколько это получится, зависит от вида предлагаемой пищи. Например, воображаемой змее можно поставить блюдце молока, а льву лучше предложить миску свеженарезанного мяса.

Предложив накормить животное, психотерапевт обсуждает с клиентом, какой корм лучше использовать. Цель заключается не в том, чтобы просто «кормить», а в том, чтобы предложить избыток пищи, ее должно быть значительно больше, чем невротичный клиент, при его оральной зажатости, может себе представить. Момент пресыщения, когда животное перекормят, имеет большое значение.

Символический образ, как и живое существо, становится по-настоящему сытым и, усталый, ложится отдохнуть. В дальнейшем поведение символического существа коренным образом изменяется. Оно утрачивает свою опасность, становится приветливым и доброжелательным. Теперь клиент может приблизиться к нему и даже прикоснуться или погладить. Принцип кормления и насыщения сам собой переходит в следующий принцип символ-драмы – принцип примирения. Возможно, здесь клиенту еще придется при помощи психотерапевта преодолеть остатки своего страха, но работать со своими эмоциями будет уже гораздо проще.

Таковы мотивы основной ступени терапии. Работа с пятью первыми стандартными мотивами и проигрывание связанных с ними креативных сцен во многих случаях дает достаточный психотерапевтический эффект. Основная ступень терапии составляет базис всего метода. При работе на основной ступени в ряде случаев можно использовать отдельные мотивы и методы средней ступени. Так, для исследования установки, касающейся сексуальности, используется мотив поездки автостопом (для женщин) и символ куста розы (для мужчин). Эти мотивы имеют важное значение для лечения сексуальных расстройств.

При работе с психосоматическими расстройствами применяется следующий метод средней ступени терапии: клиент представляет больной орган или часть тела, и ему говорится, что там должно обнаружиться какое-то изменение.

Как уже говорилось выше, все мотивы символ-драмы имеют широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и определенной проблематикой, а также можно говорить об особой эффективности некоторых мотивов при терапии определенных симптомов. Так, для социальной адаптации и для формирования у клиентов с ПТСР установки на самостоятельное решение проблем используются мотивы: луга, горы, образы реальных ситуаций. Для проработки актуальных конфликтов и эмоций предлагается мотив луга. При работе с различными психосоматическими и соматическими симптомами хорошо зарекомендовала себя кататимная гидротерапия, а также интроспекция внутренних органов или частей тела, когда клиент рассматривает их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла или, уменьшившись до размеров крохотного человечка, отправляется сквозь отверстие в теле на их исследование. Для проработки агрессивных реакций и склонности к физическому насилию, раздражительности можно использовать мотив луга, опушки леса, ручья, а также мотивы дикой кошки, льва (средняя ступень) и заболоченной лужи, вулкана (высшая ступень). Для работы с различными фобическими реакциями шире применяется прорабатывание реальных ситуаций.

9. Семейная психотерапия.

Семейная психотерапия – вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи.

В настоящее время границы между методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, семейная психотерапия вобрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении проблем.

Общие цели моделей семейной психотерапии можно представить:

- изменение в семье ряда представлений о предъявляемой проблеме;
- трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами;
- создание моделей разрешения проблем через вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов;
- коррекция различных форм иерархического несоответствия;

- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи – ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще – ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится “носителем симптома”, который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой», отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. *Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.*

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах. «*Нормативные временные сдвиги*» или «*горизонтальные (нормативные) стрессоры*» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла.

«*Системные сдвиги*» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен в случае смерти свекрови, тогда супруг начнет эмоционально «выпадать» из брака, нанося интересы во внебрачной среде.

«*Системная травма*» – непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодействия (патологизирующее семейное наследование) относится к *вертикальным стрессорам*.

Принципы семейной психотерапии по Дж. Беллу:

Принцип целостности: семья – целостная система, ее нужно рассматривать целиком.

Принцип открытости: все семейные проблемы обсуждаются в присутствии всех членов семьи.

Принцип ответственности: любое внутрисемейное нарушение – результат семейных отношений, а не чья-либо персональная вина. В любом симптоме есть позитивный смысл.

Принцип нейтральности: психотерапевт не должен принимать сторону одной из сторон.

Принцип гипотетичности: психолог строит гипотезы, которые впоследствии опровергает или подтверждает.

Семейные терапевты разных направлений отличаются друг от друга *целями*, которых они пытаются достичь в ходе терапии. Однако все сходятся в том, что решение представленных семейных проблем и облегчение симптомов без возникновения новых симптомов у каких-либо членов семьи является минимальной задачей терапии. Другой общепризнанной целью семейной терапии является помощь семье в разрешении типичных задач жизненного цикла.

Идея о **жизненном цикле семьи** довольно проста. Широко известны представления об индивидуальных периодизациях развития (З. Фрейда, Э. Эриксона, Д.Б. Эльконина и т. д.), кризисах развития ребенка 1, 3, 7 лет, подростковом кризисе, кризисе среднего возраста и т. д. Наблюдения за семьями показывают, что развитие семьи также движется по стадиям с отчетливо выраженными кризисными переходными периодами между ними (период ухода за детьми, брак без детей, супруги с маленькими детьми, фаза зрелого брака, стадия, когда дети покидают дом, фаза «пустого гнезда» и т. д.). Недавно вступившие в брак супруги имеют в целом другие проблемы по сравнению с парами, женатыми 20 лет. Родители маленьких детей не встречают тех трудностей, что родители подростков. Известно, что наиболее сильные кризисы в семье возникают, когда кто-то приходит в семью (рождение детей, появление отчима или мачехи) или кто-то уходит по тем или иным причинам (смерть, развод, вступление в брак детей и т. д.).

В переходные периоды между стадиями жизненного цикла перед членами семьи встают новые задачи, требующие существенной перестройки их взаимоотношений. Обычно именно в переходный период семья ищет помощи у специалистов, так как не видит возможности приспособления к новой ситуации или даже не принимает ее. Чтобы перейти на новую ступень своего развития, семье как системе необходимо совершить качественные изменения в своей структурной организации, адаптировать к текущей ситуации стиль семейных взаимоотношений и выработать новый образ своих членов.

Пути достижения перечисленных стратегических целей семейной терапии во многом зависят от уникальных особенностей каждой конкретной семьи, а также от предпочтений самого семейного терапевта. Некоторые семейные терапевты будут организовывать переговоры, обучать членов семьи умению слушать друг друга и открыто выражать свои чувства. Другие, как например, последователи структурной школы семейной терапии С. Минухина, будут пытаться сбалансировать семейную иерархию, закрепив руководящую роль за родителями, обеспечив при этом соблюдение интересов детей. Принято считать, что управляющим органом семьи должны быть родители. Для этого им необходимо как минимум сотрудничать и иметь общую позицию по вопросам воспитания. Часто проблема возникает, когда их роли по отношению к ребенку несогласованы.

Для некоторых подходов в семейной терапии (например, для последователей американского психотерапевта М. Боуэна) характерен глубокий интерес к семейной истории, ее травматическим эпизодам и наследуемым моделям взаимоотношений, передаваемым в следующие поколения. М. Боуэн считал, что некоторые интенсивные эмоциональные проблемы не могут быть решены в рамках работы только с текущей семейной ситуацией и отстаивал необходимость фокусирования терапии на истории родительских семей одного или обоих супругов, оставляя в стороне текущий супружеский кризис. Например, если молодая мать имеет опыт отвержения своей собственной матерью, ей может быть далеко не просто встречаться с обычными трудностями воспитания своего ребенка. М. Боуэн разработал специальный инструмент для исследования семейной истории – генограмму, представляющую особый вид семейной родословной.

Важнейшей целью семейной терапии М. Боуэн считал достижение членами семьи дифференциации самих себя в семейной системе. Дифференцированность означает способность членов семьи вступать в близкие взаимоотношения и в то же время обладать самодостаточностью, не оправдываться и не стараться менять других, а быть ориентированными на собственные цели, легко перенося различия во взглядах с членами своей семьи. Психотерапевтическая работа с семейной историей позволяет осознать семейные сценарии и изменить негативные модели поведения, вынесенные из родительских семей. Когда это происходит, супруги получают возможность по-новому строить отношения со своими детьми, друг с другом и своими собственными родителями.

Цели семейной терапии:

- 1) увеличение спонтанности высказываний членов семьи по отношению друг к другу (о собственных желаниях, чувствах, страхах, опасениях), повышение открытости внутрисемейных коммуникаций;
- 2) выработка и закрепление новых способов коммуникаций в семье;

- 3) разрушение внутрисемейных стереотипов (функциональных и дисфункциональных);
- 4) изменение функциональных обязанностей членов семьи;
- 5) осознание своего единства и взаимного влияния друг на друга;
- 6) создание безопасных условий для отреагирования табуированных чувств.

Методический аппарат семейной психотерапии включает разные *техники*:

1. Директивы – указания делать нечто, делать нечто иным путем, не делать нечто. Директивы могут быть прямыми – их выполнение и контроль совершаются преимущественно в русле поведенческого подхода и парадоксальными – рассчитанными на то, что запрет той или иной формы актуального поведения снимает страх перед ним и способствует его реализации.

2. Семейная дискуссия – обсуждение членами семьи проблем семейной жизни, способов разрешения семейных проблем и конфликтов. Терапевт выступает в роли медиатора и включенного наблюдателя, используя активное слушание, повторение, перефразирование, конфронтацию, молчание и т. д.

3. Обусловленное/обусловливающее общение – в семейную дискуссию и/или отношения вводится новый элемент (цветовая сигнализация, обмен записками, правила коммуникации), которые замедляют процессы семейной динамики и делают их более легкими для обнаружения.

4. Ролевые игры.

5. Проигрывание ролей друг друга.

6. Скульптура семьи, по В. Сатир, когда члены семьи друг из друга создают «застывшие фигуры», выражающие тот или иной аспект актуальных для семьи отношений.

Выбор стиля – директивного или недирективного, вопросы работы с частью семьи или всей семьей, частоты сессий и длительности курса, самостоятельного или с ко-терапевтом ведения психотерапии, ориентации на схемы терапии или семейную динамику и т. д. решаются самим терапевтом. Способы организации и проведения семейной психотерапии не должны определяться теоретическими ориентациями терапевта, его характерологическими особенностями и быть ограниченными каким-то одним способом.

В детской и подростковой практике нередко приходится прибегать к индивидуальной работе с несколькими или всеми членами семьи, помогая каждому из них решать свои проблемы в контексте общих проблем семьи и таким образом оптимизировать семейное общение. Помня, что люди часто знают ЧТО надо делать, но не знают – КАК, следует отличать семейную психотерапию от простого информирования о целесообразных способах поведения.

Семейный терапевт стремится сочетать контроль над процессом работы с нейтральной позицией по отношению к членам семьи. Обычно семейный терапевт довольно активно вмешивается в происходящее: задает вопросы, про-

веря свои гипотезы, предлагает упражнения, просит членов семьи выполнить те или иные домашние задания. Режиссируя взаимодействия, он старается обеспечить безопасность и поддержку всем участникам встречи, выступая в роли посредника. Для него важно, чтобы право голоса имели все члены семьи, и каждый смог бы высказать свою точку зрения. Поэтому он часто придерживается разговорчивых и поощряет молчаливых участников обсуждения. Кроме этого, терапевт помогает членам семьи переформулировать их высказывания, чтобы они не носили откровенно оскорбительную форму, регулируя тем самым уровень стресса у него в кабинете.

В ходе семейной терапии, продолжительность которой может колебаться от нескольких недель до даже нескольких лет, выделяют ряд этапов. Ее длительность обуславливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале семейная терапия проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее – 1 раз в 3 недели.

Часто в семейной терапии выделяют 4 этапа:

- 1) семенной диагноз, диагностический этап;
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под *семейным диагнозом* понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи. Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она сопровождает семейную терапию на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Ее другая особенность состоит в необходимости соотнесения полученной от одних членов семьи информации о происходящем с информацией от других членов семьи и собственного впечатления психотерапевта, которое сложилось на основании расспроса и наблюдения за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»).

На *втором этапе* в ходе односторонних встреч психотерапевта с клиентом и членами его семьи происходит выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, который понятен всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информа-

цию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть передан психотерапевтом на сеансе семейной психотерапии, для чего используется прием «робот-манипулятор», когда психотерапевт переводит противоречивое сообщение участника сеанса на язык жеста, сообразуя выразительность жеста с чувствительностью и толерантностью участников. Итак, на этом этапе семейной терапии ведущими психотерапевтическими методами являются: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга.

На этапе *реконструкции семейных отношений* осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

Поддерживающий этап семейной терапии состоит в закреплении приобретенных на предыдущих этапах навыков эмпатического общения и расширенного диапазона ролевого поведения в естественных семейных условиях. Также проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной терапии, обосновывает последовательность применения различных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений.

Приемы, которые наиболее часто применяются в семейной психотерапии:

1. Эффективное использование молчания.
2. Умение слушать.
3. Обучение с помощью вопросов.
4. Повторение.
5. Суммирование, резюмирование.
6. Уточнение (прояснение) и отражение аффекта.
7. Конфронтация, то есть предъявление супружеской паре неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки.
8. Проигрывание ролей.
9. Создание “живых скульптур”.
10. Анализ видеозаписи.

10. Нейролингвистическое программирование.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) – направление современной практической психологии – родилось относительно недавно. В 1972 г. молодой ученый Р. Бэндлер, специализировавшийся в математике и

вычислительной технике, меняет область своих научных интересов и начинает активно заниматься изучением бихевиоризма – психологии поведения животных и человека.

Одновременно он посещает семинары и учебные группы по гештальт-терапии. За четыре года ему представилась возможность провести свои собственные семинары в рамках программы обучения под руководством Дж. Гриндера. Занимаясь лингвистикой, Дж. Гриндер изучал работы Н. Хомски (Noam Chomsky), теоретика лингвистики. Совместная работа и интерес к гештальт-терапии послужили основой, на которой выросло явление психологии, названное НЛП.

Целью исследований, проведенных учеными, было просто разобраться, какие навыки и техники позволяют таким выдающимся психотерапевтам, как М. Эриксон (основатель школы гипноза, названного впоследствии эриксоновским), В. Сатир (известный семейный психотерапевт), Ф. Перлз (основатель гештальт-терапии), успешно решать сложные терапевтические проблемы. Позже к Дж. Гриндеру и Р. Бэндлеру присоединились антрополог Дж. Делозье и психотерапевт Л. Кэмирон. Приблизительно в таком составе (есть некоторая неопределенность истинного авторства НЛП, на разных этапах работы подключались новые действующие лица, вносящие разные вклады в развитие методологии) вместе они пытались смоделировать работу лучших психотерапевтов того времени.

Анализируя методы и процесс ведения терапевтического сеанса, они обнаружили некоторые закономерности, которые затем успешно обобщили. Основным постулатом их исследования была идея о том, что если нечто умеет делать хоть один человек в мире, то этому можно научить и всех остальных. В результате была сформулирована идея разделенности личности. Много людей при общении употребляют фразы типа «какая-то часть меня совершенно с тобой согласна, но другая – против». Существование таких «частей» исследователи сочли полезными явлениями, которые можно использовать как терапевтический инструмент.

Сформировавшаяся вокруг Р. Бэндлера и Дж. Гриндера команда единомышленников тщательно изучала новые техники и навыки и стала собирать коллекцию моделей и подходов в общении терапевта и пациента. По мере обыгрывания отобранных техник постепенно вырисовывались методы, работоспособные и нет. В конце 1974 г. была опубликована первая книга об НЛП – «Структура магии».

Цель НЛП состоит в том, чтобы дать людям больше вариантов поведения. Иногда этот способ будет работать, а иногда нет; так что всегда найдутся такие ситуации, с которыми вы не в состоянии будете справиться.

Два способа поставят вас перед лицом дилеммы. Важная часть НЛП – это тренинг сенсорной чувствительности: на что обратить свое внимание и

как изменить и расширить свои фильтры, чтобы вы смогли заметить те вещи, которые прежде не замечали. Это сенсорное осознание настоящего момента. Во время общения с другими людьми это означает замечать слабые, но существенные сигналы, которые дают вам понять, как люди реагируют. Когда вы думаете, то есть общаетесь сами с собой, это означает расширенное осознание своих внутренних образов, звуков и ощущений.

НЛП – психотерапевтический метод, направленный на то, чтобы позитивно влиять на внутренние процессы (мысли) и трансформировать нейронные связи в мозге. Техника НЛП базируется, среди прочего, на знании того факта, что достижения успеха психотерапевты обладают способностью интуитивно улавливать внутренний мир клиентов и обращаться непосредственно к нему. При НЛП тонко чувствующий терапевт настраивается на специфическую личность клиента и прокладывает подходящие пути.

НЛП развивалось в двух взаимодополняющих направлениях. Во-первых, как процесс обнаружения паттернов мастерства в любой области человеческой деятельности. Во-вторых, как эффективный способ мышления и коммуникации, практикуемый выдающимися людьми. Эти паттерны и умения могут быть использованы сами по себе, но, кроме того, могут служить обратной связью в процессе моделирования, чтобы сделать его еще более могущественным.

В результате получилось нейролингвистическое программирование – громоздкое словосочетание, за которым скрываются три простые идеи. Часть «Нейро» отражает ту фундаментальную идею, что поведение берет начало в неврологических процессах видения, слушания, восприятия запаха, вкуса, прикосновения и ощущения. Мы воспринимаем мир через пять своих органов чувств, мы извлекаем «смысл» из информации и затем руководствуемся им. Наша неврология включает в себя не только невидимые мыслительные процессы, но и наши видимые физиологические реакции на идеи и события. Одно просто является отражением другого на физическом уровне. Тело и разум образуют неразделимое единство, человеческое существо.

«Лингвистическая» часть названия показывает, что мы используем язык для того, чтобы упорядочивать наши мысли и поведение и чтобы вступать в коммуникацию с другими людьми.

«Программирование» указывает на те способы, которыми мы организуем свои идеи и действия, чтобы получить результаты.

НЛП имеет дело со структурой субъективного опыта человека: как мы организуем то, что видим, слышим и ощущаем, и как мы редактируем и фильтруем с помощью органов чувств то, что получаем из внешнего мира. НЛП также исследует то, как мы описываем это в языке и как мы действуем – намеренно или ненамеренно – чтобы получить результат.

Итак, до того, как перейти к рассмотрению конкретных симптомов и методов работы с ними, следует разобрать некоторые *базовые подходы НЛП к*

психотерапии. НЛП относится к процессу психотерапии как к обучению. Это означает, что если человек столкнулся с затруднениями и решил прийти за помощью к психотерапевту, то к данному моменту он использовал все известные ему методы разрешения этой трудности. Участвуя в тех или иных действиях, предлагаемых психотерапевтом, человек не только решает поставленную перед собой задачу, но и обучается новой стратегии, которая в будущем может помочь ему самому справляться с подобными ситуациями.

Одним из основополагающих взглядов НЛП в области психотерапии является убеждение в том, что каждый человек обладает всеми внутренними ресурсами для решения всех своих задач и достижения всех своих целей. Работа психотерапевта заключается в технологической организации процесса, который позволил бы клиенту найти и закрепить в себе скрытые ресурсы и возможности, нужные для продвижения к намеченной цели. Такой подход дает множество позитивных эффектов как для клиента, так и для самого психотерапевта.

Поддерживая свою веру в то, что клиент сам способен найти выход из сложившейся ситуации, консультант избавляет себя от соблазна навязать ему свое «правильное» решение. Давно известно, что попытка переноса собственного субъективного восприятия реальности на опыт клиента дает для него малоэффективный результат, но позволяет решать похожие жизненные трудности самого психотерапевта (эффект переноса).

Другой важный подход, отличающий НЛП от многих других направлений психотерапии, это *уверенность в том, что любых изменений можно достичь достаточно легко и с наименьшими негативными переживаниями.* Если обращать внимание только на конечный результат, то все современные направления психотерапии достаточно хорошо справляются с большинством сложностей, возникающих в жизни человека. Только пути, которые выбирают психотерапевты разных школ, при этом сильно отличаются. Одну и ту же ситуацию, связанную с травмирующими переживаниями в детстве, можно разрешить, погрузив человека в нее еще раз и заставив прожить заново все неприятные чувства, чтобы отреагировать их. А можно работать так, чтобы во время консультации человек находился как минимум в нейтральном состоянии, а еще лучше, когда он испытывает позитивные чувства даже, казалось бы, в самых трудных ситуациях.

Характерным примером может служить работа в технике «Быстрое лечение фобий», в которой человек вместо повторного проживания своего испуга до обморочного состояния, может позволить себе от души посмеяться. В этом нет ничего сверхъестественного, если человек знает, как устроен механизм фобической реакции.

Еще один важный вклад, который внесло НЛП в психотерапию, это *вопрос экологичности любых изменений.* Порой человек так стремится избавиться

ся от «наболевшего» (лишний вес, страх высоты, курение, аллергия), что совершенно забывает подумать о последствиях этих изменений. Поэтому иногда полученные «благие изменения» перечеркивают все то хорошее и полезное, что было у человека раньше.

Например: ожесточенная борьба с лишним весом может привести к анорексии (полному исхуданию). Став абсолютно бесстрашным, человек может, однажды подойдя близко к краю пропасти, оступиться и упасть с большой высоты.

Другим примером неэкологических изменений может служить работа с «вредными привычками» и навязчивостями, которая обычно сводится к устранению этого «негативного поведения». В результате чего человек может потерять гораздо больше, чем приобретет. Многие, бросив курить, становятся более раздражительными, менее работоспособными и малообщительными. Эти «вылеченные» люди теряют привычный для них способ успокоиться и расслабиться во время курения, они больше не находят повода, чтобы сделать перерыв в работе, им трудно общаться с незнакомыми людьми без сигареты в руках. Подобный набор неучтенных выгод, сопровождающий «вредную привычку», может привести к возвращению старого симптома или его замещению. В случаях, аналогичным этим (алкоголизм, наркомания, переедание и другие мании), очень важно, убирая старую, неприятную человеку реакцию, заменять ее такой, которая была бы более эффективна прежней и сохраняла бы ее позитивные эффекты.

Также одной из отличительных особенностей НЛП является *вера в то, что в любой ситуации наиболее продуктивно первым делом подумать о том, что делать дальше, а не о том, кто виноват в произошедшем*. Работая в настоящем над задачей или сложностью, чаще гораздо эффективнее сразу вкладывать ресурсы в создание более привлекательного будущего, нежели тратить силы на погружение в прошлое для поиска причин возникшей ситуации. В связи с этим, НЛП-психотерапевт большую часть времени уделяет детальной и качественной проработке «желаемого результата» клиента. Часто, приходя к психотерапевту, клиент знает, «чего он не хочет», «от чего он устал», «что ему надоело в жизни», но слабо представляет, что ему действительно нужно. А делать что-то без определения конкретной цели, это все равно что, думая, как избавиться от дождя и снега, пытаться уговорить строителей построить дом, не дав им при этом точного проекта будущего дома. Возможно, то, что они построят, будет устойчиво (а возможно и нет), но есть большая доля вероятности, что заказчика эта постройка разочарует, так как она может сильно различаться с его ожиданиями, о которых строители ничего не знали.

Поэтому, только собрав точную и достоверную информацию о цели клиента, убедившись в его готовности отвечать за продвижение к ней, НЛП-психотерапевт выбирает наиболее подходящую для данного клиента страте-

гию изменений. Такой подход можно сравнить с работой хорошего штурмана, который готов, используя свои знания и умения, разработать вместе с клиентом наиболее безопасный, быстрый и экономичный маршрут к достижению желаемого пункта назначения.

Все представленные выше особенности работы НЛП в области психотерапии выражаются в используемой консультантами Модели S.C.O.R.E. S.C.O.R.E. – это аббревиатура английских слов: Симптомы, Причины, Результаты, Ресурсы, Эффекты. Модель S.C.O.R.E. – это минимальное число элементов, о которых НЛП-консультант собирает информацию для получения устойчивых изменений; это траектория движения НЛП-консультанта при работе с клиентом.

Особенно важен в этой траектории порядок, в котором происходит сбор информации.

Первое, с чего начинает работу НЛП-консультант – сбор информации о симптомах клиента. Во-первых, они обычно и так хорошо видны, так как клиент приходит на консультацию уже в актуальном состоянии. Во-вторых, имея описание актуального состояния, консультант может оценить эффективность своей работы, сравнив его с результатом изменений. У опытного консультанта этот шаг занимает всего несколько минут. Следующий шаг один из самых объемных – всесторонний сбор информации о Желаемом состоянии/Цели клиента. За ним следует этап проверки Эффектов, которые могут последовать за достигнутым результатом, как круги на воде, образующиеся вслед за брошенным камнем. На этом этапе есть возможность «заглянуть» в более далекое будущее, за Желаемый результат и проверить, что все последствия его достижения будут позитивны для клиента и его окружения. В случае если эффекты позитивны (например, в результате изучения иностранного языка у человека появится возможность расширить круг своих знакомств, найти высокооплачиваемую работу и в целом улучшить жизнь своих близких), то они увеличивают мотивацию человека к достижению своей цели. Если же часть эффектов окажется негативной (например, решение реорганизовать работу предприятия может надолго вывести из привычного рабочего режима его служащих), то всегда можно вернуться на шаг назад, дополнить и переформулировать цель.

Далее у консультанта есть выбор: при возможности получения изменений без работы с Причинами, он может сразу собирать информацию о Ресурсах, нужных клиенту для продвижения к его цели. Когда для достижения Желаемого результата важно знать, что было с клиентом в прошлом, сначала собирается информация о Причинах, а уже затем о Ресурсах. Работа с Причинами по возможности сводится к минимуму, и в это время консультант максимум внимания уделяет сохранению позитивного состояния клиента.

Как можно заметить, такая последовательность работы позволяет, с одной стороны, собрать всю нужную для изменений информацию наиболее ко-

ротким путем (без повторного прохождения шагов), а с другой – сделать всю сессию для клиента наиболее легкой и приятной.

Переходя к разговору о симптомах, с которыми работает НЛП, трудно определить границы возможностей его применения. Благодаря тому, что использование методов НЛП позволяет консультанту «проникнуть за симптом» и выйти на уровень работы с мыслительными стратегиями человека, НЛП может удовлетворить достаточно обширные запросы людей. Конечно, стоит помнить, что НЛП не панацея и не волшебная палочка. Это наука о ментальных процессах человека, основанная на современных исследованиях мозга и возможностей человеческого организма, знаниях в области лингвистики, антропологии, психологии, теории систем, кибернетики и многих других наук. В связи с тем, что до недавнего времени в нашей стране объективной информации “из первых рук” об НЛП было мало, некоторые «специалисты» пытались создать вокруг него ореол сверхъестественности.

Действительно, хороший специалист НЛП может проанализировать и выделить объективные элементы в работе людей с так называемыми паранормальными способностями (сейчас активно изучаются психофизиологические феномены народов Индонезии, Африки, Мексики, Южной Америки), но все найденные объяснения пока что вполне укладываются в рамки сенсорных возможностей человека.

Вот лишь часть симптомов, с которыми обычно обращаются клиенты к НЛП-психотерапевтам: трудности в общении, разрешение конфликтных ситуаций, работа с собственными ограничивающими состояниями (неуверенность, мнительность, несдержанность и др.), зависимость от других людей, внутренние конфликты и трудности выбора, злоупотребления (курение, алкоголизм, наркомания) и вредные привычки, страхи и фобические реакции (страх высоты, темноты, одиночества, страх после аварий, катастроф и стихийных бедствий), соматические аллергии, контроль веса и различные психосоматические заболевания (язвенная болезнь желудка, мигрень, гипертоническая болезнь, многие сексуальные расстройства и др.), трудности адаптации к новой социальной среде (перемена места жительства, социального статуса и др.), подготовка к хирургическим операциям и продолжительному лечению, кризисные периоды в жизни (развод, сложная беременность, неопределенность будущего и др.), работа с горем (утрата близкого человека) и депрессивными состояниями. Есть еще много потенциальных возможностей применения НЛП, например, как показывает зарубежный опыт, использование подходов и методов НЛП в психоневрологических и онкологических клиниках дает устойчивые положительные результаты.

Примеры НЛП-техник

1. Техника преодоления кризисной (тупиковой) ситуации.

Эта техника применяется в рамках НЛП, когда человек уже использовал все возможности и не знает, какой сделать следующий шаг. Это может быть представ-

лено словами: «Я не знаю, что делать дальше...», «У меня нет выбора...», «Я в тупике...». Иначе – когда человек не способен выбрать хоть какую-то цель, к которой он мог бы стремиться, и при этом понимает, что ему нужно что-то сделать.

1. Определите ситуацию, в которой существует проблема выбора или тупик.

2. Предложите клиенту вспомнить ситуацию в прошлом (в детстве), в которой предстояло сделать выбор, выбор был сделан, и, как оказалось в дальнейшем, успешно. Из точки «настоящее» на линии жизни определить, какой ресурс помог бы в прошлом сделать шаг вперед, не создавая проблемы выбора, то есть какой ресурс тогда, в прошлом, помог бы прожить ту ситуацию само собою комфортно, не акцентируясь на проблеме или тупике.

3. Предложите клиенту надеть «себя» в прошлом надежным ресурсом («заякорите» его), и, встав на точку «прошлое», сделайте шаг в «настоящее». Проведите «экологическую проверку»; если нужен еще какой-либо ресурс, проделайте вновь шаг № 2.

Шаги 2 и 3 научают человека тому, что:

– не бывает безвыходных ситуаций;

– «настоящее» – это «будущее» «прошлого», и оно как опыт зарождается в ситуации выбора;

– ресурс, нужный человеку, всегда находится в самом человеке.

Все это проговаривается человеку в точке «настоящее» с обращением к «будущему» с настройкой на то, что всякое будущее обязательно станет настоящим и прошлым. Если в этот момент клиент дает позитивные реакции (особенно это важно при суициде), – это хороший знак к тому, что появилась вера в разрешение проблемы.

4. Встав в точку «будущее» (спиной к «настоящему»), предложите определить, какие задачи будут стоять перед клиентом, какие планы он будет строить, какие перспективы он может для себя представить (клиент может начать сопротивляться, тогда используйте рамку «как бы»).

5. Из точки «будущее» (как «настоящее») определите, какие ресурсы нужны в «настоящем» (как «прошлом»), чтобы задачи и планы в будущем могли бы воплотиться. В метапозиции «якорите» ресурсы.

6. В точке «настоящее» проведите экологическую проверку.

7. Подстройка к будущему. Какой следующий шаг сделает клиент?

2. Упражнение «Замена фрустрации гибкостью».

1. Нетворческая ситуация. Вспомните ситуацию, в которой вы повели себя недостаточно творчески. Войдите в эту ситуацию, задержитесь в ней, чтобы понять, какие чувства вас посещают. Назовите эти чувства. Это могут быть слова: «смущенный», «испуганный», «неспокойный», «пораженный» и т. д.

2. Позиция наблюдателя. Отойдите от этой ситуации и спокойно наблюдайте за собой со стороны (из метапозиции). Это позволит вам собрать о себе достаточно информации – как осознанно, так и на подсознательном уровне.

3. Выберите чувства. Наблюдая за этой сценой, спросите себя, какие чувства вы бы желали испытывать в той ситуации, назовите их: например, «спокойствие», «компетентность», «сосредоточенность», «выдержка» и т. п.

4. Проверьте новое поведение. Имея данные позитивные чувства, представьте себя в различных поведенческих проявлениях, заключенных в рамку данной ситуации, позволяющих вам познать, испытать желаемые чувства. Прорепетируйте в трех разных ситуациях, при необходимости вносите поправки.

5. Ассоциируйтесь с поведением, о котором вы подумали в первую очередь, представьте, что, находясь в той ситуации, вы именно так себя ведете, уясните себе свои чувства. Насколько сильно такое поведение пробуждает ожидаемые вами чувства? Войдите в новое поведение, испытайте его и проверьте, в какой степени оно вызывает в вас избранные вами чувства.

6. Планирование будущего. Сделайте так, чтобы новое поведение стало автоматическим – создайте сигнал («триггер»), который появится в начале такой ситуации.

Поскольку выше использованы некоторые термины, которые имеют в НЛП вполне определенный смысл, следует объяснить их.

Триггер – сигнал, который вызывает некоторую реакцию, запечатленную во внутренней программе, или является как бы пусковой кнопкой для включения некоторого желаемого состояния. Существует техника установления автоматической связи «триггер – ресурс», суть которой состоит в том, что появление негативного сигнала-триггера само по себе вызывает необходимое ресурсное состояние.

Метапозиция – способ восприятия человеком себя в различных ситуациях с точки зрения постороннего беспристрастного наблюдателя. Метапозиция используется как составная часть многих техник НЛП.

Якорь – внутреннее рефлекторное или аффективное запечатление определённого психического состояния. Якорем может быть все, что вызывает эмоциональное состояние. Если эмоция является сильной и время выбрано правильно, якорь может быть установлен с первого раза. Это понятие, видимо, происходит из понятия условного рефлекса классической психологии, в используемом в НЛП понятии якоря наиболее важным аспектом является степень эмоциональной вовлеченности.

Ресурс – средства, которые человек может задействовать для достижения желаемого результата: состояние, мысли, стратегии, люди, события. Чтобы получить доступ к ресурсному состоянию, надо постараться подробно вспомнить (увидеть, услышать, почувствовать – в зависимости от преобладающего типа сенсорных каналов) состояние, когда человек делал что-то похожее на то, что собирается сделать очень эффективным образом, как будто это происходит прямо сейчас. Любые переживания, связанные с положительным обучением, могут впоследствии стать мощными ресурсами.

Экологическая проверка – метод, с помощью которого устанавливается наличие конгруэнтности между конфликтующими частями. Когда мы строим какое-либо новое поведение или новую часть личности, всегда необходимо проверить, как к этому относятся остальные части личности, нет ли конфликтующих частей, как согласуется с тем, что мы делаем, система убеждений и жизненных ценностей личности.

Тема 6
**ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

План

1. *Классификация экстремальных ситуаций.*
2. *Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.*
3. *Психогении в экстремальных ситуациях.*
4. *Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.*

1. Классификация экстремальных ситуаций.

Чрезвычайная (экстремальная) ситуация (ЧС) – обстановка, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

- *по степени внезапности*: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую ситуации, сложнее – стихийные бедствия. Своевременное прогнозирование ЧС и правильные действия позволяют избежать значительных потерь и, в отдельных случаях, предотвратить ЧС;

- *по скорости распространения*: ЧС может носить взрывной, стремительный, быстрораспространяющийся или умеренный, плавный характер. К стремительным чаще всего относятся большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера;

- *по масштабу распространения*: локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные. К локальным, местным и территориальным относят ЧС, не выходящие за пределы одного функционального подразделения, производства, населенного пункта. Региональные, федеральные и трансграничные ЧС охватывают целые регионы, государства или несколько государств;

- *по продолжительности действия*: могут носить кратковременный характер или иметь затяжное течение. Все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды, относятся к затяжным;

- *по характеру*: преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и другие. Стихийные бедствия по характеру своего происхождения являются непреднамеренными,

к этой группе относятся также большинство техногенных аварий и катастроф.

По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

- ЧС техногенного характера;
- ЧС природного происхождения;
- ЧС биолого-социального характера.

Типы ЧС техногенного характера: транспортные аварии и катастрофы, пожары и взрывы, аварии с выбросом аварийно-химических отравляющих веществ (АХОВ) и отравляющих веществ (ОВ), аварии и катастрофы с выбросом радиоактивных веществ (РВ) или сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ), внезапное обрушение сооружений, аварии на электро- и энергетических системах (ЭЭС) или коммунальных системах жизнеобеспечения, аварии на промышленных очистных сооружениях, гидродинамические аварии.

Типы ЧС природного происхождения: геофизические, геологические, метеорологические, агрометеорологические, опасные морские гидрологические явления, природные пожары.

Типы ЧС биолого-социального характера: голод, терроризм, общественные беспорядки, алкоголизм, наркомания, токсикомания, различные акты насилия.

Выделяют ЧС, *связанные с изменением состояния литосферы суши* (почвы, недр, ландшафта); *состава и свойств атмосферы* (воздушной среды); *состояния гидросферы* (водной среды); *состояния биосферы*; *инфекционные заболевания людей, животных и растений.*

Для практических целей и установления единого подхода к оценке ЧС природного и техногенного характера, определения границ зон ЧС и адекватного реагирования на них, введена классификация ЧС:

- в зависимости от количества людей, пострадавших в этих ЧС;
- людей, у которых нарушены условия жизнедеятельности;
- размера материального ущерба, а также границы зоны распространения поражающих факторов ЧС.

Источник ЧС определяется как опасное природное явление, авария или техногенное происшествие, инфекционная болезнь людей, животных и растений, а также применение современных средств поражения (ССП), в результате чего может возникнуть ЧС.

Поражающий фактор источника ЧС определяется как составляющая опасного явления или процесса, вызванная источником ЧС и характеризующаяся физическими, химическими и биологическими действиями или явлениями, которые определяются соответствующими параметрами.

Зона ЧС определяется как территория или акватория, на которой в результате возникновения источника ЧС или распространения его последствий из других районов, возникла ЧС.

Зона заражения – это территория, в пределах которой распространены опасные химические вещества либо биологические (бактериологические) средства, РВ в количествах, представляющих опасность для людей, животных и растений и окружающей природной среды.

Очаг поражения – ограниченная территория, в пределах которой в результате воздействия ССП произошли массовая гибель или поражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, разрушены и повреждены здания и сооружения, а также элементы окружающей природной среды (ОПС).

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по 5 основным параметрам:

- прямые потери вследствие ЧС;
- затраты на проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ;
- объем эвакуационных мероприятий и затраты на их проведение;
- затраты на ликвидацию ЧС;
- косвенные потери.

2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.

О необходимости разработки особых форм экстренной, незамедлительной, кратковременной помощи заговорили еще в годы Первой мировой войны. В то время основная задача психиатров, работавших в прифронтовых госпиталях, заключалась в возвращении солдат и офицеров в строй. Позднее, когда экстремальные условия были выведены за пределы нормального жизненного опыта и экстремальный опыт перестал быть необходимой составляющей человеческого развития, люди, испытавшие воздействие экстремальных факторов, не являющиеся специально подготовленными профессионалами, стали рассматриваться как пострадавшие, в ряде случаев нуждающиеся в медицинской и психологической помощи. Систематизируя и анализируя опыт психологов, работающих в экстремальных ситуациях, была введена классификация групп пострадавших:

- непосредственно пострадавшие – люди, изолированные в очаге чрезвычайной ситуации;
- пострадавшие материально или физически, а также люди, потерявшие своих родных и близких либо не имеющие информации об их судьбе;
- очевидцы – люди, проживающие в непосредственной близости от места трагедии;
- наблюдатели;
- участники ликвидации чрезвычайной ситуации.

Только в течение XX в., по подсчетам специалистов, стихия в самых разных ее формах: землетрясений, наводнений, извержений вулканов, ураганов, цунами, смерчей, пожаров, лавин, селей, эпидемий – лишила жизни более десяти миллионов человек. Это обусловило возникновение самостоятельной

области психологической практики – **экстренной психологической помощи**, в центре которой – человек во внеположенных ему, экстремальных условиях. Ее можно определить как краткосрочную помощь человеку после сильного негативного стрессогенного воздействия (дистресса).

В контексте оказания экстренной психологической помощи пострадавшим, экстремальной ситуацией будем называть такую, когда есть угроза для жизни или здоровья человека, окружающих и близких или когда она воспринимается человеком как таковая. **Экстремальная ситуация** – внезапно возникающая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

К основным особенностям экстремальных ситуаций можно отнести следующие:

- обычный уклад жизни разрушается, человек вынужден приспособляться к новым условиям;
- жизнь делится на «жизнь до события» и «жизнь после события» – часто можно услышать: «Это было еще до аварии» (болезни, переезда и т. д.);
- человек, попавший в такую ситуацию, находится в особом состоянии и нуждается в психологической помощи и поддержке;
- большинство реакций, возникающих у человека, можно охарактеризовать как нормальные реакции на ненормальную ситуацию.

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии. Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет отличительные особенности. Из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные процедуры. Неприменимы и обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей воздействия: поддержать, помочь; пресечь слухи, панику; провести переговоры.

Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:

- безотлагательность – помощь должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и ПТСР;
- приближенность к месту событий – оказание помощи в привычной обстановке и социальном окружении;
- ожидание, что нормальное состояние восстановится – необходимо поддерживать уверенность в возвращении нормального состояния;
- единство и простота психологического воздействия – источником воздействия должно выступать одно лицо.

Служба экстренной психологической помощи выполняет функции:

- практическую: непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;

– координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами.

Ситуация работы психолога в экстремальных условиях отличается от обычной терапевтической ситуации следующими моментами:

- работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, созданных жизнью в силу драматической ситуации катастрофы;
- пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Иногда жертвы еще находятся под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы;
- нередко низкий социальный и образовательный статус жертв. Среди жертв можно встретить большое количество людей, которые никогда в жизни не оказались бы в кабинете психотерапевта;
- разнородность психопатологии у жертв. Жертвы насилия часто страдают неврозами, психозами, расстройствами характера и целым рядом проблем, вызванных самой травмирующей ситуацией;
- наличие почти у всех пациентов чувства потери;
- отличие посттравматической психопатологии от невротической патологии. Необходимо выработать стратегии работы с жертвами, охватывающие оба случая.

Цель и задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапию возникших пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь населению основывается на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, то есть на работе с симптоматикой, а не с синдромами.

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях. Первое – со здоровой частью населения – в виде профилактики острых панических реакций и отсроченных нервно-психических нарушений. Второе направление – психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями.

Второй группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники людей, находящихся под завалами, живыми и погибшими. Для них применим весь комплекс мероприятий:

- поведенческие приемы и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций;
- экзистенциальные техники и методы, направленные на принятие ситуации утраты, устранение душевной боли, поиск ресурсных возможностей.

Третья группа людей, к которым применяется психотерапия в зоне ЧС – это спасатели. Основной проблемой является психологический стресс. Это обстоятельство значительно влияет на требования, предъявляемые к специали-

стам служб экстренной помощи. Специалисту необходимо владеть умением определять симптомы психологических проблем у себя и у своих товарищей, владеть эмпатическими способностями, умением организовать и провести занятия по психологической разгрузке, снятию стресса, эмоционального напряжения. Владение навыками психологической само- и взаимопомощи имеет большое значение не только для предупреждения психической травматизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях.

В соответствии с работами Национального института психического здоровья (США), психические реакции при катастрофах подразделяются на:

1) героическую фазу – непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают в этой фазе.

2) фазу «медового месяца» – наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6 месяцев. Выжившие испытывают гордость за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе они надеются, что проблемы будут разрешены;

3) фазу разочарования. Длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования, горечи вследствие крушения надежд;

4) фазу восстановления – выжившие осознают необходимость налаживать быт и решать проблемы, и берут ответственность за выполнение этих задач.

Есть и другая классификация последовательных фаз в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций:

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч.; характеризуется общим психическим напряжением, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости при снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до 3 суток. Характеризуется ухудшением самочувствия с чувством растерянности, паническими реакциями, понижением моральной нормативности поведения. К этому периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ, увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после бедствия. Постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное на лиц, которые не были очевидцами бедствия, и сопровождающееся ажитацией. Появляются сны, отсутствовавшие в предшествующих фазах, тревожные сновидения, отражающие впечатления трагических событий.

4. «Стадия восстановления» – с 12-го дня после катастрофы, проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, восстанавливаются нормальные сновидения.

Правила для сотрудников спасательных служб

1. Дайте знать пострадавшему, что вы рядом и что уже принимаются меры по спасению.

Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся ситуации он не одинок. Подойдите к пострадавшему и скажите, например: «Я останусь с вами, пока не придет «Скорая помощь». Пострадавший также должен быть проинформирован о том, что сейчас происходит: «Скорая помощь» уже в пути».

2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.

Любопытные взгляды очень неприятны человеку в кризисной ситуации. Если зеваки не уходят, дайте им какое-либо поручение, например, отогнать любопытных от места происшествия.

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.

4. Говорите и слушайте.

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 помощи для психологов

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 долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

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.

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.

4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.

5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

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.

11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и распросов. Давайте любопытным конкретные задания.

12. Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор катастроф.

Техники экстренной психологической помощи

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы:

- бред
- галлюцинации
- апатия
- ступор
- двигательное возбуждение
- агрессия
- страх
- истерика
- нервная дрожь
- плач

Помощь психолога в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

Бред и галлюцинации. Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом – не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

В данной ситуации:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб.

Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом.

В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т. д.).

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основными признаками апатии являются:

- безразличное отношение к окружающему;
- вялость, заторможенность;
- медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

Ступор. Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.



2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.



4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.



Двигательное возбуждение. Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);
- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации:



1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, пропустите свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»).

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях).

Агрессия. Агрессивное поведение – один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злости или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;

- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:
 - если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
 - если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.
7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

Страх. Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляет себя входить в свой подъезд. Причиной всего этого является страх.

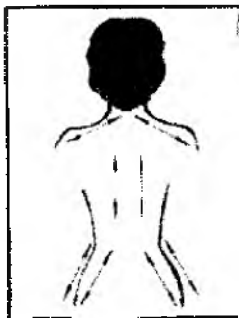
К основным признакам страха относятся:

- напряжение мышц (особенно лицевых);
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.



3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:



- дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;
- возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);
- реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);
- потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Нельзя:

- обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
- укрывать пострадавшего чем-то теплым;
- успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Плач. Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки данного состояния:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности;
- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

Как указывалось ранее, в экстремальных ситуациях за короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту, позволяя воспринимать смерть как нечто далекое или даже нереальное). Меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями. Человек начинает делить свою жизнь на две части – до события и после него. Возникает ощущение, что окружающие не могут понять его чувств и переживаний. Необходимо помнить, что даже

если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму. Есть различия в оказании психологической помощи взрослым людям и детям, пережившим события подобного рода.

Помощь взрослому:

1. Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа).

2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).

3. Дайте пострадавшему возможности общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).

4. Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», то есть использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

Помощь ребенку. Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.

У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он будет снова и снова представлять самые страшные моменты происшедшего (например, изуродованных, раненых людей или напавшего на него человека).

Связывая действия преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести.

Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).

Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы (не знает, что будет с ним через день, месяц, год; теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям).

Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного развития.

В данной ситуации:

1. Дайте ребенку понять: вы всерьез относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).

2. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).

3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.

4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.

5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).

6. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.

7. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).

8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов).

9. Нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

Особое внимание стоит обратить на особенности психологической помощи в ситуации сексуального насилия. В случае *сексуального насилия* пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т. д.).

Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

Желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

Помощь:

1. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, избегайте телесного контакта.

2. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

3. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.

4. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.

5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».

6. Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживает ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка.

3. Психогении в экстремальных ситуациях.

Психогении (новолат. *psychogeniae*; др. греч. ψυχή – душа + γενεά – порождение) – это психические состояния от психических реакций до заболеваний, обусловленные психической травмой.

В условиях катастроф, стихийных бедствий, аварий, применения противником в случае войны различных видов оружия, создаются ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия. На людей, находящихся в экстремальных условиях, наряду с различными поражающими факторами действуют и психотравмирующие обстоятельства, которые вызывают нарушение психической деятельности. Нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, неврозоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных психологических особенностей; дополнительных отягощающих факторов на момент катастрофы (одиночество, попечение о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т. д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации.

Травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов на психическую деятельность человека подразделяется на *непатологические психоземotionalные* (в известной мере, физиологические) реакции и *патологические состояния – психогении* (реактивные состояния).

Для *непатологических реакций* характерна психологическая понятность реагирования, ее прямая зависимость от ситуации и небольшая продолжительность. Обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, явля-

ются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы, которые до определенных пределов могут считаться физиологически нормальными, поскольку они способствуют экстренной мобилизации физического и психического состояния, нужными для самосохранения.

Патологические же состояния (психогении) являются болезненными, утрачивается критическое отношения к собственному страху, появляются затруднения в целесообразной деятельности, снижаются или исчезают возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения, формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия:

- вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей;

- клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений;

- несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

К основным *видам психогений относят* неврозы и реактивные состояния (психозы), психогенные патохарактерологические реакции, а также *ностальгию и ятрогении*.

Для психогений характерна выраженная связь клинических проявлений с психической травмой и эмоциональным состоянием индивидуума вследствие потрясений. Психогении легко переходят в психосоматические взаимодействия.

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности	
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – невращения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Реактивные психозы	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Возможность возникновения и характер психогенных расстройств, их частота, выраженность, динамика зависят от многих факторов:

- характеристики экстремальной ситуации (ее интенсивности, внезапно-сти возникновения, продолжительности действия);
- готовности отдельных людей к деятельности в неблагоприятных условиях, определяемой их личностно-типологическими качествами, профессиональной, психологической устойчивостью, волевой и физической закалкой;
- организованности и согласованности деятельности в экстремальных условиях;
- поддержки окружающих;
- наличия наглядных примеров мужественного преодоления трудностей.

Стихийные бедствия – это катастрофические ситуации, возникающие в результате явлений, действий сил природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, человеческим жертвам, уничтожению материальных ценностей. К стихийным бедствиям относятся землетрясения, наводнения, цунами, извержения вулканов, сели, оползни, обвалы, циклоны, сопровождающиеся ураганами и смерчами, массовые лесные и торфяные пожары, снежные заносы и лавины, а также засухи, эпидемии, широкое распространение насекомых-вредителей, грызунов и др. Для каждого стихийного бедствия характерно наличие присущих ему поражающих факторов, вредно воздействующих на человека.

За последние десятилетия человечество пережило немало крупных «рукотворных» катастроф, которые явились результатом введения новых техноло-

гий и преступного, некомпетентного, а порой и просто халатного отношения к их использованию. Это повлекло за собой экологические изменения и гибель людей (достаточно вспомнить, например, аварии на химических заводах в Италии, Швейцарии, ФРГ, Индии, на Чернобыльской АЭС, атомных электростанциях Тримайл Айленд, разрыв газопровода в Башкирии, многочисленные транспортные аварии: автомобильные, железнодорожные, авиационные и морские). По данным ВОЗ (без учета крупных аварий и катастроф), только в автотранспортных происшествиях ежегодно в мире погибает более 300 тыс. и получают ранения 8 млн человек.

Исследователи, изучавшие частоту психических нарушений, наблюдавшихся при стихийных бедствиях и катастрофах, пришли к выводу, что в момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10–25% пострадавших; число лиц, у которых выявляются психические расстройства на последующих этапах развития ситуации, варьирует в широких пределах от 3 до 35%, а невротические и психосоматические нарушения, связанные с перенесенной катастрофой, отмечаются у пострадавших еще на протяжении ряда лет.

Практически в каждом случае катастрофической ситуации проявляются психические реакции. Чаще всего такие состояния носят массовый характер, хотя наиболее выражены у истерических и тревожно-мнительных личностей. Тяжесть и острота психических расстройств зависят, как правило, от силы стихийного бедствия.

Выделяют три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). В этот период затрагиваются витальные инстинкты (например, самосохранения), что приводит к развитию реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности.

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли. Нечетко помнится происходящее вокруг, но в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, так что длительность острого периода в восприятии увеличена в несколько раз.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный тремор, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Порой окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия.

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

Второй период протекает при развертывании спасательных работ. В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость узнавать погибших родственников. Характерно психоэмоциональное напряжение с повышенной утомляемостью и «демобилизацией», с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, об отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий.

Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью». Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, осознание утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобла-

дать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Может наблюдаться соматизация невротических расстройств. «невротизация» и «психопатизация».

Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, могут быть классифицированы следующим образом.

Непосредственно во время события (катастрофа, стихийное бедствие и др.)

1. Особенности ситуации:
 - интенсивность ЧС;
 - длительность ЧС;
 - внезапность ЧС.
2. Индивидуальные реакции:
 - соматическое состояние;
 - возраст;
 - подготовленность к ЧС;
 - личностные особенности.
3. Социальные и организационные факторы:
 - информированность;
 - организация спасательных работ;
 - «коллективное поведение».

При проведении спасательных работ после завершения опасного события

1. Особенности ситуации:
 - «вторичные психогении».
- 2) Индивидуальные реакции:
 - личностные особенности;
 - индивидуальная оценка и восприятие ситуации;
 - возраст;
 - соматическое состояние.
3. Социальные и организационные факторы:
 - информированность;
 - организация спасательных работ;
 - «коллективное поведение».

На отдаленных этапах чрезвычайной ситуации

1. Социально-психологическая и медицинская помощь:
 - реабилитация;
 - соматическое состояние.
2. Социальные и организационные факторы:
 - социальное устройство;
 - компенсации.

Неблагоприятные последствия стихийных бедствий могут быть значительно уменьшены с помощью их прогнозирования, предотвращения, а также своевременного оповещения населения о приближении стихийного бедствия и принятия соответствующих мер защиты.

В период действия психотравмирующих экстремальных факторов важнейшими психопрофилактическими мероприятиями являются:

- организация четкой работы по оказанию медицинской помощи пострадавшим с психогениями;
- объективная информация населения о медицинских аспектах стихийного бедствия (катастрофы);
- помощь в пресечении панических настроений, высказываний и поступков;
- привлечение легкопострадавших к спасательным и неотложным аварийно-восстановительным работам.

По окончании действия жизнеопасной катастрофической ситуации психопрофилактика должна включать следующие мероприятия:

- полную информацию населения о последствиях стихийного бедствия (катастрофы) и других воздействий и их влиянии на здоровье людей;
- максимальное использование всех возможностей для вовлечения больших групп пострадавших с целью принятия обобщенных коллективных решений по организации спасательных работ и медицинской помощи;
- профилактику возникновения рецидивов или повторных психических расстройств (так называемая вторичная профилактика), а также развития психогенно обусловленных соматических нарушений;
- медикаментозную профилактику отсроченных психогенных реакций;
- привлечение легкопораженных к участию в спасательных и неотложных аварийно-восстановительных работах и в оказании медицинской помощи пострадавшим.

Из психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах частыми являются непсихотические расстройства невротического уровня, начиная от невротических реакций до неврозов и невротических развитий.

У подростков и детей, переживших катастрофы и стихийные бедствия, возникают тревога и страхи, в том числе ночные. Тревожно-фобические явления обычно появляются на фоне пониженного настроения и вегетативных расстройств. Возможны задержки физического и психического развития, дети трудно адаптируются в новой ситуации, им трудно усваивать новый материал.

Прогноз психических нарушений при катастрофах и стихийных бедствиях различен в зависимости от характера ситуации, своевременности оказанной помощи, величины утрат и потерь, наличия или отсутствия тяжелых соматических поражений, личностных особенностей потерпевшего.

4. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.

Одной из главных опасностей при любой чрезвычайной ситуации является толпа. Различные формы поведения толпы называют «*стихийное массовое поведение*».

Стихийное массовое поведение (англ. *collection behavior*) – несколько расплывчатый термин, которым обозначают различные формы поведения толпы, циркуляцию слухов, иногда также моду, коллективные мании, общественные движения и прочие «массовые явления». Чтобы приблизительно очертить предметное поле, охватываемое этим понятием, выделяют следующие признаки:

- вовлеченность большого количества людей;
- одновременность;
- иррациональность (ослабление сознательного контроля);
- слабая структурированность.

Систематическое изучение таких феноменов началось во второй половине XIX в. Независимо сложились две научные школы: немецкая психология народов и францужско-итальянская психология масс.

Надвигалась эпоха борьбы за передел мира. Французскую политическую элиту волновало нараставшее в стране революционное движение. Поэтому интерес ученых концентрировался на свойствах толпы, механизмах коллективной агрессии и т. д. Задачи состояли в том, чтобы, во-первых, доказать антисоциальные, антигуманные и деструктивную сущность человеческой толпы, а, во-вторых, обеспечить инструментарий для действенных манипуляций.

Подобные исследования велись и в России. В рамках КГБ, МВД, ЦК КПСС, и, вероятно, министерства обороны, имелись такие учреждения, в которых для изучения массового явления требовалось чуть меньше идеологического обращения, поскольку эта работа предназначалась для конкретных инструментальных задач. Был подготовлен целый курс, в котором изучались механизмы и закономерности поведения людей в толпе, заражения и распространения слухов, а также эффективные приемы управления процессами и ведения политических кампаний.

Иллюзия неуправляемости возникает тогда, когда с простой системой пытаются обращаться, как со сложной. Завязтому горожанину трудно понять, как деревенский пастух управляет большим стадом. Государственный деятель растеряется, если ему доверить детсадовскую группу, с которой привычно справляется опытная воспитательница. Простой и глупой системой управлять легче, чем сложной и умной, для этого требуются более простые приемы, которыми, однако, тоже нужно владеть.

В толпе «человек опускается на несколько ступеней по лестнице цивилизации» (Г. Лебон) и становится доступен для элементарных манипулятивных воздействий. Поведение толпы кажется процессом, лишенным закономерности.

стей и нерегулируемым постольку, поскольку большинство из нас привыкло иметь дело с организованными группами, где уместны рациональные доводы, согласование мнений или хотя бы формальный приказ. В стихийном массовом поведении реализуются более примитивные механизмы и закономерности.

Выявлены два основных механизма образования толпы:

– слухи;

– циркулярная реакция, т. е. эмоциональное кружение.

Слух – передача эмоционально значимых для аудитории сведений по каналам межличностной коммуникации.

Феномен слухов известен с древних времен и издавна использовался в целях идеологической и политической борьбы (в частности – в войнах).

Актуальность феномена слухов связана с двумя обстоятельствами. С одной стороны, это важный источник информации об общественном мнении, общественных настроениях, отношении к руководству и официальным средствам массовой коммуникации. С другой стороны, слухи могут служить эффективным рычагом влияния на общественное мнение, настроение, на массовые стереотипы и установки, а значит, на поведение людей и на ход экономических и политических событий.

Систематические исследования слухов для целенаправленного употребления полученных рекомендаций начались в Германии и в США после Первой мировой войны. Немецкие войска и их союзники активно использовали полученные знания на фронтах Второй мировой войны. И после войны рекомендации специалистов по слухам умело использовались спецслужбами в международных операциях.

Циркулярная реакция – это взаимное заражение, т. е. передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне контакта между организмами.

Представьте себе полный зал, где рассказан очень смешной анекдот и все громко смеются. Вы только что вошли и не слышали шутку, однако общее настроение захватывает, и вы от души смеетесь вместе со всеми. Это самый простой и безобидный пример взаимного заражения, который и называют циркулярной реакцией.

Есть и более страшные примеры. В XIV в. Европу охватила «черная смерть» – эпидемия чумы, унесшая более 20 миллионов жизней. В разгар этого бедствия наступил праздник Святого Витта, который всегда сопровождался массовыми пирами и танцами. Особенно бурно празднество отмечали в Италии. Изможденные и отчаявшиеся люди, напившись вина, принимались ритмически плясать, доводили себя до истерического состояния и, уже не в силах остановиться, падали замертво. Разумеется, циркулировать может не только веселье, но и, например, скука: если кто-то начинает зевать, такое же желание испытывают окружающие; а также изначально более зловещие эмоции: страх, ярость и т. д.

Таким образом, признаками стихийного массового поведения людей являются:

- вовлеченность большого количества людей;
- стихийно возникающее, одновременно осуществляемое и направленное к общему результату массовое действие;
- ослабление/отсутствие индивидуального сознательного контроля;
- ослабление/отсутствие регулятивной роли нравственных, правовых и других норм общественной жизни.

Толпа людей действует на основе примитивных рефлексов, инстинктов и ментальных стереотипов, не требующих напряжения ума и действующих в обход разумного самоконтроля. Главный аргумент – грубая сила.

Для эффективного управления различными скоплениями людей необходимо понимать социальную структуру и особенности различных видов групп, в которые объединяются люди.

Выделяют **несколько видов групп**: условные и реальные, постоянные и временные, большие и малые.

Условные группы объединяются по определенному признаку (пол, возраст, профессия, уровень образования и т. п.). Реальные личности, включенные в такую группу, не имеют прямых межличностных отношений, могут ничего не знать друг о друге.

Реальные группы людей, реально существующие как общности в определенном пространстве и времени, характеризуются тем, что ее члены связаны между собой объективными взаимоотношениями. Реальные группы различаются по величине, внешней и внутренней организации, назначению и общественному значению.

Реальные группы могут быть разделены на *большие* и *малые*. К *большим* по численности группам относятся, с одной стороны, стихийные, кратковременно существующие, случайно возникающие общности типа толпы, публики, аудитории, а с другой – длительно существующие, исторически обусловленные, устойчивые образования, такие, как классы, этнические группы, нации и другие социальные группы.

Анализ больших социальных групп является необходимым условием для понимания смысла и закономерностей многих социальных процессов.

Малые группы являются одними из интересных объектов социологических исследований. Такой интерес к малым группам обусловлен необходимостью поиска резервов интенсификации различных видов совместной трудовой деятельности в промышленности, воинских подразделениях и т. п., оптимальных методов управления коллективной деятельностью.

В социологии была разработана специальная социологическая теория – теория *малых групп*. Теория *малой* группы рассматривает структуру группы и происходящие в ней процессы в социальном контексте, обобщает данные

эмпирических исследований, выявляя специфические свойства, закономерности функционирования и развития малых групп в различных сферах общественной жизни.

Толпой же называют большое количество людей, находящихся одновременно в одном месте. Хотя даже интуитивно мы не назовем этим словом марширующее армейское подразделение или бойцов, организованно штурмующих (равно как и обороняющих) укрепленный пункт, публику, собравшуюся в консерватории на симфонический концерт, бригады, работающие на крупной стройке, сотрудников учреждения на плановом профсоюзном собрании и т. д. и т. п.

Исходя из приведенных выше соображений, дадим характеристику толпе.

Толпа – скопление людей, не объединенных общностью целей и единой организационно-ролевой структурой, но связанных между собой общим центром внимания и эмоциональным состоянием.

При этом общей считается такая цель, достижение которой каждым из участников взаимодействия положительно зависит от достижения ее другими участниками; наличие такой цели создает предпосылку для сотрудничества.

В толпе цели людей всегда одинаковые, но обычно не бывают сознательными общими, а при их пересечении возникает острейшее отрицательное взаимодействие.

Выделяют следующие **виды толпы**:

– *оказиональная толпа* (от англ. *occasion* – случайность) – скопление людей, собравшихся поглядеть на неожиданное происшествие;

– *конвенциональная толпа* (от англ. *convention* – условность) – собирается по поводу заранее объявленного события. Здесь уже преобладает более направленный интерес, и люди (пока толпа сохраняет качество конвенциональности) готовы следовать определенным условностям (конвенциям);

– *экспрессивная толпа* ритмически выражает ту или иную эмоцию: радость, энтузиазм, возмущение и т. д. Спектр эмоциональных доминант здесь очень широк, а главная отличительная черта – ритмичность выражения;

– *экстатическая толпа* – экстремальная форма экспрессивной толпы;

– *действующая толпа* – политически наиболее значимый и опасный вид коллективного поведения;

– *агрессивная толпа*, эмоциональная доминанта которой (ярость, злоба), равно как и направленность действий прозрачно выражены в названии;

– *паническая толпа* объята ужасом, стремлением каждого избежать реальной или воображаемой опасности;

– *стяжательная толпа* – люди, вступившие в неорганизованный конфликт за обладание некоторой ценностью. Доминирующей эмоцией здесь обычно становится жадность, жажда обладания, к которой иногда примешивается страх;

– *повстанческая толпа* по ряду признаков сходна с агрессивной, но отличается от нее социально-справедливым характером возмущения.

В практическом плане наиболее важное свойство толпы это «превращаемость»: если толпа образовалась, то она способна сравнительно легко превращаться из одного вида в другой.

Подчеркнем, что в экстремальных ситуациях наибольшую опасность представляет **паническая толпа**.

Отметим важный момент, что **паника** – это временное переживание гипертрофированного страха, порождающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самоконтроля, неспособностью реагировать на призывы, с утратой чувства долга и чести.

В основе паники лежит страх – «опредмеченная» тревога, возникающая как результат переживания беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее вместо того, чтобы бороться с ней.

В.М. Бехтерев считал, что паника – это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает в виде «подавляющего аффекта» чаще всего при большом стечении народа, которому как бы «прививается идея о неминуемой смертельной опасности», обусловленной складывающимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, неразрывно связана с инстинктом самосохранения, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Внушение в толпе распространяется подобно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В иступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается постороннему влиянию.

Отметим, что психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, что предопределяет понижение сознательной активности. В итоге этого наблюдается неадекватность мышления, неадекватная эмоциональность восприятия, гипербололизация опасности, резкое повышение внушаемости.

Биологическое толкование паники заключается в сравнении ее с гипобулическими реакциями у животных, как, например, в тех случаях, когда птица бьется о прутья клетки.

Психология паники, помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления», во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики.

Панику можно классифицировать по нескольким нюансам:

1. По масштабам, где различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею коли-

чество людей различно: групповая – от 2–3 до нескольких десятков и сотен человек, а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном замкнутом пространстве ею охвачено большинство людей, независимо от их общего числа.

2. Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости;

– легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале. При этом человек сохраняет почти полное самообладание и критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легким удивлением, озабоченностью или напряжением;

– средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре и различных стихийных бедствиях;

– полная паника – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью – наступает при чувстве ужасной, смертельной опасности. В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключаящие их критическую оценку, рациональность и этичность. Классические примеры паники – события на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов», а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в универсамах.

3. По длительности паника может быть кратковременной, достаточно длительной, пролонгированной (несколько дней, недель). Кратковременная паника – это, например, паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника во время длительных боевых операций, например блокада Ленинграда, ситуация после взрыва на ЧАЭС.

4. По механизм формирования выделяют два вида паники:

– после непосредственного экстремального устрашающего воздействия, воспринимаемого как смертельная опасность;

– после длительного пребывания в состоянии тревоги в ситуации неопределенности и ожидания, напряжения, ведущего со временем к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Исследователи выделяют четыре комплекса факторов превращения более или менее организованной группы в паническую толпу.

1. Социальные факторы: общая напряженность в обществе, вызванная происшедшими или ожидаемыми природными, экономическими, политическими бедствиями. Это могут быть землетрясение, наводнение, резкое изменение валютного курса, государственный переворот, начало или неудачный ход войны и т. д. Иногда напряженность обусловлена памятью о трагедии или предчувствием надвигающейся трагедии, приближение которой ощущается по предварительным признакам.

2. Физиологические факторы: усталость, голод, длительная бессонница, алкогольное и наркотическое опьянение снижают уровень индивидуального самоконтроля, что при массовом скоплении людей чревато особенно опасными последствиями.

3. Общепсихологические факторы: неожиданность, удивление, испуг, вызванные недостатком информации о возможных опасностях и способах противодействия.

4. Социально-психологические и идеологические факторы: отсутствие ясной и достаточно значимой общей цели, эффективных пользующихся общим доверием лидеров и, соответственно, низкий уровень групповой сплоченности.

Есть два основных момента, определяющих возникновение паники. *Первый* связан, главным образом, с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при взрыве, аварии, пожаре. *Второй* можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле» определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – это все создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в подобном случае может быть все что угодно.

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала», это может быть вспышка, громкий звук, обвал помещения или землетрясение, воссоздание образа опасности, активизация защитной системы организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение. Проявление паники колеблется от случаев истерического поведения до подавленного, апатичного или отрешенного, также имеются случаи игнорирования, иногда показного, опасностей.

Возникновение и развитие паники в большинстве случаев связано с действием шокирующего стимула, сразу отличающегося чем-то заведомо необычным. Часто поводом для паники являются пугающие слухи.

Для того, чтобы привести к настоящей панике, действующий на людей стимул должен быть либо достаточно интенсивным, либо длительным, либо

повторяющимся. Он должен привлекать к себе внимание и вызывать эмоциональное состояние подчас неосознанного, животного страха.

Первый этап реакции на такой стимул, как правило, резкий испуг, потрясение, ощущение сильной неожиданности или шока, а также одновременно восприятие ситуации как кризисной, критической, угрожающей и даже безысходной.

Второй этап – это обычно замешательство, в которое переходит потрясение, а также связанные с ним хаотичные индивидуальные, часто совершенно беспорядочные попытки как-то понять, проинтерпретировать произошедшее событие в рамках прежнего, обычного личного опыта или же путем лихорадочного припоминания аналогичных ситуаций из известного человеку чужого, заимствованного опыта. С этим связано острое чувство реальной угрозы. Когда необходимость быстрой интерпретации ситуации становится особенно актуальной и требует немедленных действий, именно это ощущение остроты мешает логическому осмыслению происходящего и вызывает новый страх. Стоит сказать, что первоначально этот страх сопровождается криком, плачем и двигательной ажитацией. Если такой страх не будет подавлен, то развивается следующая, третья стадия.

Третий этап – это усиление интенсивности страха по известным психологическим механизмам циркулярной реакции, когда страх одних людей отражается другими людьми, что еще больше усиливает страх первых. Усиливающийся страх стремительно снижает уверенность в коллективной способности противостоять критической ситуации и создает у большинства смутное ощущение обреченности. Завершается все это неадекватными действиями, которые обычно представляются людям, охваченным паникой, спасительными. Хотя на деле они могут совсем не вести к спасению: это этап «хватания за соломинку», в итоге все равно оборачивающийся паническим бегством.

Четвертый этап – массовое бегство. Паника, именно как особый вариант массового поведения, реально становится заметной, проявляясь в наблюдаемых феноменах – прежде всего, в массовом бегстве. Именно бегство становится естественным следствием любой паники. Стремление спрятаться от надвигающегося страха, это естественная реакция. Безоглядное бегство считается апофеозом паники.

Пятым этапом является завершение паники. Внешне паника заканчивается по мере прекращения отдельными людьми бегства. Либо они это делают по причине усталости, либо, начинают осознавать бессмысленность бегства и возвращаются в «здравый ум».

Оценивая весь цикл панического поведения, надо иметь в виду следующие три момента. Во-первых, если интенсивность первоначального стимула очень велика, то все предыдущие, до бегства, этапы могут «свертываться». Для наблюдателя предшествующие этапы как бы невидимы – и тогда только

бегство становится непосредственной индивидуальной реакцией на панический стимул.

Во-вторых, словесное обозначение пугающего стимула в условиях его ожидания может само непосредственно вызвать реакцию страха и панику даже до появления стимула.

В-третьих, всегда надо принимать во внимание ряд специфических факторов: общую социально-политическую атмосферу, в которой происходят события, характер и степень угрозы, глубину и объективность информации об этой угрозе и т. д. Это имеет значение для прекращения или даже предотвращения паники.

По своим деструктивным последствиям паника бывает следующих типов:

1) паника без каких-либо материальных последствий и регистрируемых психических нарушений;

2) паника с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время;

3) паника с человеческими жертвами, значительными материальными разрушениями, нервными заболеваниями, срывами, с последствиями в виде длительной утраты трудоспособности и инвалидности.

Средства борьбы с паникой разнообразны. Убеждение, категорический приказ, информация о несущественности опасности или же использование силы и даже устранение наиболее злобных паникеров. Остановить толпу, которая впадает в панику, значительно легче, начиная с последних участников, уменьшая группу насколько это возможно; перегораживать дорогу толпе, которая движется, гораздо труднее, так как на идущих впереди людей давят сзади.

Воздействие на паническое поведение людей, в конечном счете, представляет собой всего лишь частный случай психологического воздействия на любое стихийное поведение, прежде всего, на поведение толпы. Здесь действует общее по отношению к любой толпе правило – *прежде всего, необходимо снизить общую интенсивность эмоционального заражения, вывести людей из-под гипнотического воздействия состояния и рационализировать и индивидуализировать психику.* В толпе любой человек лишен индивидуальности, он представляет собой всего лишь часть массы, разделяющую единое эмоциональное состояние и подчиняющую ей все свое поведение.

В панике, как особом состоянии психики толпы, есть и некоторые специфические моменты. *Во-первых*, это вопрос о том, кто станет образцом для подражания толпы. После появления угрожающего стимула всегда остается несколько секунд, когда люди «переживают» произошедшее и готовятся к действию. Здесь им необходим пример для подражания. Жесткое, директивное управление людьми в панические моменты один из наиболее эффективных способов прекращения паники.

Такие методы бывают особенно эффективными в сочетании с экстренным предъявлением нового, причем достаточно привычного, знакомого людям, стимула, вызывающего привычное и размеренное поведение.

Во-вторых, в случаях паники, как и стихийного поведения людей, вообще, особую роль играет ритм. Стихийное поведение – это поведение неорганизованное, лишенное внутреннего ритма. Если такого «водителя ритма» нет в толпе, он должен быть виден извне.

Роль ритмической, в частности хоровой, музыки имеет огромное значение для регуляции массового стихийного поведения. Например, она может за секунды сделать его организованным.

Сцепление локтями является одним из хорошо известных мер противодействия паническим настроениям. С одной стороны, ощущение физической близости товарищей повышает психологическую устойчивость. С другой стороны, такая позиция мешает провокаторам или индукторам паники расчленивать ряды, после чего растерянность, ощущение беспомощности и паника станут намного вероятнее.

Известны приемы управляющего воздействия извне и изнутри, что зависит от такого специфического феномена, как география толпы.

Ранее отмечалось, что толпа как таковая не обладает позиционно-ролевой структурой и что в процессе эмоционального кружения она гомогенизируется. Вместе с тем, в толпе часто образуется свой параметр неоднородности, связанный с неравномерной интенсивностью циркулярной реакции. География толпы определяется различием между более плотным ядром и разреженной периферией. В ядре аккумулируется эффект циркулярной реакции, и оказавшийся там сильнее испытывает его влияние.

Поэтому психологическое воздействие на толпу *извне* обычно рекомендуется *нацеливать на периферию*, внимание которой легче переключается. Для воздействия на толпу *изнутри*, агентам следует проникнуть в ее ядро, где внушаемость и реактивность гипертрофированы.

Тема 7 ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ

План

1. *Горе утраты как процесс.*
2. *Клиническое описание острого горя.*
3. *Осложненное горе.*
4. *Возрастные особенности переживания горя.*
5. *Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя.*
6. *Консультирование клиента, пережившего утрату.*

1. Горе утраты как процесс.

Синдром утраты – это сильные эмоции, переживаемые в результате утраты значимого близкого человека. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической. *Горе* – процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Горевание – процесс, необходимый для того, чтобы отпустить потерю или оплакать смерть.

Хотя преобладающей эмоцией в процессе горевания является печаль, горе взаимодействует с эмоциями страха, гнева, вины, стыда. Переживание смерти наполнено сильными, порой разрушительными эмоциями и поэтому может приводить к кратковременным или длительным изменениям в структуре личности. *Стадии горя:*

1) шок и оцепенение от утраты и отказ поверить в реальность произошедшего (может длиться до нескольких недель, но правильно 7–9 дней);

2) комплекс шоковых реакций – связан с механизмом психологической защиты (отрицание, неверие, битье об стену, злость и агрессия);

3) стадия острого горя, до 6–7 недель с момента утраты. Усугубление симптомокомплексов на уровне физиологии, нарушение сна, пугающие мысли. Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью по работе с клиентом. Это самый тяжелый период. Основное переживание – чувство вины. Человек постепенно уходит от умершего и с большой болью переживает отдаление его образа. Через 3–4 месяца начинается цикл «хороших и плохих дней». Повышается раздражительность, возможны проявления физической и вербальной агрессии. Наблюдается рост соматических проблем. С наступлением 6-месячного срока начинается депрессия;

4) стадия восстановления – через 40 дней после события и продолжается до года. Годовщина смерти символически ограничивает период горя;

5) завершающая стадия – в этот период происходит эмоциональное прощание с умершим. Создать в памяти образ ушедшего из жизни, найти для него

смысл и постоянное место в потоке жизни – основная цель психологической работы в данной стадии.

2. Клиническое описание острого горя.

Острое горе (синдром потери) – психологический симптомокомплекс, развивающийся после смерти особо значимого лица (муж/жена; дети, родители). Клинически проявляется:

- интенсивным чувством физического страдания в виде соматовегетативных пароксизмов (приступы удушья, учащенного сердцебиения, мышечная слабость, потеря аппетита), перемежающимся эмоциональным напряжением;
- поглощенностью образом утраченного с иллюзорным восприятием реальности;
- чувством вины по отношению к умершему;
- агрессивностью в виде враждебных реакций к окружающим;
- утратой прежних естественных моделей поведения в виде нецеленаправленных, часто нецелесообразных действий, обусловленных сужением мотивационной сферы;
- идентификацией с утратой, обусловленной поглощенностью утраченным.

По стадиям развития острое горе имеет:

- период шока (проявляется в неадекватном восприятии реальности в связи со случившимся и заканчивается моментом его осознания);
- период переживания случившегося (проявляется разрушением привычной картины себя и мира, в связи с чем возможно развитие аффективных психопатологических нарушений; этот период наиболее суицидоопасен);
- период принятия случившегося (аффективное напряжение снижается в связи с осознанным включением утраты в субъективную картину мира).

Болезненными реакциями горя (искажениями нормального горя) являются:

- а) отсрочка реакции;
- б) искаженные реакции:
 - повышенная активность без чувства утраты;
 - появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего;
 - вполне определенное заболевание;
 - изменения в отношениях к друзьям и родственникам;
 - особенно яростная враждебность против определенных лиц;
 - у сумевших скрыть враждебность чувства становятся как бы «одеревеневшими», а поведение – формальным, что напоминает картину шизофрении;
 - дальнейшая утрата форм социальной активности;
 - пациент активен, однако большинство его действий наносит ущерб его собственному экономическому и социальному положению;

– ажитированная депрессия с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании.

Рассмотрев выше горе как психологический феномен, необходимо акцентировать внимание и на клинических (медицинских) аспектах.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров DSM-III-R имеется специальная шкала тяжести (ось IV) психосоциальных факторов, вызывающих стресс. Смерть ребенка или одного из супругов рассматривается как катастрофический острый стресс и кодируется 6-м (самым высоким) уровнем тяжести.

Термин «неосложненная реакция утраты», входивший в DSM-III-R, в классификации DSM-IV не используется. В DSM-IV реакция утраты отнесена к «прочим состояниям, которые могут потребовать медицинской помощи». В соответствии с этой классификацией, термин «реакция утраты» может использоваться при формулировке развернутого диагноза.

По МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются как патологические на основании их формы и содержания.

Критерием «нормального» горя является реакция, которая «соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более шести месяцев». Если такая реакция при относительно нормальном содержании и форме продолжается более шести месяцев, то к данному расстройству применяется код МКБ-10 F43.21 – «Пролонгированная депрессивная реакция». Патологические адаптационные расстройства по МКБ-10 могут наблюдаться в следующих клинических вариантах:

F43.20 – кратковременная депрессивная реакция. Транзиторное легкое депрессивное состояние длительностью не более одного месяца.

F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция. Легкое депрессивное состояние, возникающее в ответ на длительное воздействие стрессовой ситуации, но продолжительностью не более двух лет.

F43.22 – смешанная тревожно-депрессивная реакция. Отчетливо выражены симптомы тревоги и депрессии, но их степень тяжести не выше, чем при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) или других смешанных тревожных расстройствах (F41.3).

F43.23 – с преобладанием нарушения других эмоций. Наблюдаемые симптомы обычно относятся к нескольким типам эмоций, таким как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не являются преобладающими в достаточной степени, чтобы служить основанием для диагностики иных, более специфических, депрессивных или тревожных расстройств. К этой категории следует относить и аналогичные

реакции у детей, при которых отмечаются также определенные формы регрессивного поведения, например, энурез или сосание пальца.

F43.24 – с преобладанием нарушений поведения. Доминирующую роль в клинической картине играют нарушения поведения; так, у подростков реакция горя нередко проявляется агрессивным или диссоциальным (асоциальным) поведением.

F43.25 – со смешанным нарушением эмоций и поведения. Отчетливо выражены и эмоциональные симптомы, и нарушения поведения.

F43.28 – с другими уточненными преобладающими симптомами.

Одним из серьезнейших психических расстройств, возникающих после смерти близкого человека, является депрессия.

Клинически выраженная депрессия сохраняется в течение года у 15–20% людей, переживающих утрату.

Депрессия (Депрессивный эпизод – F32 по МКБ-10) бывает легкой, умеренной и тяжелой степени. Тяжелый депрессивный эпизод может протекать без психотических симптомов (F32.2) или с психотическими симптомами (F32.3).

Наиболее важными диагностическими признаками депрессии являются: снижение способности к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и уверенности в себе; идеи виновности и самоуничужения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, приводящие к самоповреждению или суициду; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Если депрессия протекает с психотическими симптомами (F32.3), то на высоте эпизода могут возникать бредовые идеи самообвинения в смерти близкого человека. Из-за смерти близкого человека, субъект, перенесший утрату, возлагает на себя грехи всего человечества и считает, что он их должен искупить их или своей смертью или иногда ценой вечной жизни (синдром Агасфера). Его мысли могут подтверждать слуховые или обонятельные галлюцинации. В результате подобного рода переживаний возникают заторможенность и депрессивный ступор.

При потере ребенка горе родителей может быть выражено сильнее и более деструктивно влиять на личность, чем утрата значимого взрослого. Чувство вины и беспомощности может быть всепоглощающим. Проявления скорби делятся практически всю жизнь. До 50 % супругов, переживших смерть ребенка, разводятся.

П. Клейтон, в своих классических исследованиях по изучению психических расстройств у овдовевших супругов установил у них высокую встречаемость депрессивных симптомов, которые уменьшаются по частоте и выраженности с течением времени, но могут вновь появляться с большей вероятностью через годы после смерти, чем в контрольной группе лиц, не перенесших тяжелую утрату.

В исследовании П. Клейтона, описанном выше, 42% мужчин соответствовали критериям большой депрессии около одного месяца и 16% – после одного года. У некоторых овдовевших супругов (особенно пожилого возраста) отмечаются пугающие их симптомы. Они сообщали, что чувствовали, как к ним прикасался покойный супруг(а), слышали его(ее) голос, видели или ощущали его(ее) присутствие. Ложное узнавание покойных супругов в толпе бывает при депрессии достаточно часто.

Первый год после утраты особенно тяжел для пожилых вдовцов, прежде всего для одиноких, не женившихся повторно. С другой стороны, слишком ранний повторный брак также затрудняет разрешение реакции утраты.

Депрессивная симптоматика в динамике имеет тенденцию к изменению, что требует переоценки психического состояния пациента.

На фоне депрессивных и субдепрессивных состояний могут формироваться ипохондрические, диссоциативные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства.

Ипохондрические расстройства (F45.2) чаще формируются у людей (родственников), ухаживающих за умирающими больными. При ипохондрическом расстройстве у человека, который ухаживал за умершим, возникает убежденность, что у него развивается тяжелое заболевание (чаще всего такое же, как и у покойного – рак, язвенный колит, почечная недостаточность, болезнь Альцгеймера и т. п.).

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. В происхождении ведущую роль играют психогенные факторы, почти всегда прослеживается тесная связь по времени с травматическими жизненными обстоятельствами, неразрешимыми и невыносимыми событиями или нарушенными взаимоотношениями.

Диссоциативная амнезия (F44.0) проявляется потерей памяти (чаще частичной, реже полной) на недавние, важные события травматического характера и сопровождается растерянностью. Разрушение сознания человеком, пережившим утрату, является способом борьбы с эмоциональным конфликтом или внешним стрессом.

Диссоциативная fuga (F44.1) так же является своеобразным избавлением от эмоционально болезненных переживаний. Диссоциативная fuga проявляется внешне целенаправленными действиями, путешествиями, часто в течение нескольких дней в сочетании с явлениями диссоциативной амнезии. Внешне поведение представляется совершенно нормальным. В некоторых случаях отмечается формирование новой личности. Период fugи амнезируется.

Диссоциативный ступор (F44.2) протекает с полной обездвиженностью, мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение.

Диссоциативные расстройства моторики (F44.4) проявляются полным или частичным параличом конечностей (моно-, геми- и пара- парезы и пlegии, атаксия, астазия-абазия, апраксия, акинезия, афония, дизартрия, блефароспазм. Оценка психического состояния больного с диссоциативными расстройствами моторики предполагает, что снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить свою зависимость или негодование. Существенным фактором является поведение, направленное на привлечение внимания.

Диссоциативные судороги (F44.5). Продолжительность судорожного синдрома от нескольких минут до 2–3 часов. Демонстративный характер подчеркивает то, что происходит в присутствии посторонних наблюдателей и исчезает при утрате ими интереса к пациенту. Чаще встречаются абортивные формы – обмороки, слезы или смех, тремор всего тела с внешними признаками утраты сознания без фактической его потери. В детском возрасте судороги могут возникать как реакция протеста при отказе взрослых выполнить требования ребенка.

Диссоциативная анестезия (F44.6) или потеря чувственного восприятия является сенсорным расстройством психогенного происхождения, которое характеризуется нарушением одного из видов чувствительности, но не имеет в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при его нарушении чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения у больного часто хорошо сохраняются общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и anosmia.

При посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1), формирующим фактором является ситуация непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого. Формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при утрате значимого объекта происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более. Эти состояния отличаются следующими особенностями: 1) формируются в несколько стадий, приобретая пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) в 6–20% случаев завершаются стойкими резидуальными состояниями с явлениями социальной дезадаптации. Квалификация психических нарушений при патологических реакциях утраты (осложненное горе) с признаками ПТСР, проводимая в соответствии с МКБ-10, выявляет тенденцию к многоосевой диагностике патологии (дистимия, депрессивные эпизоды легкой и умеренной

степени тяжести, коморбидные диссоциативные нарушения или соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии).

Таким образом, развитие психопатологической симптоматики при осложненной реакции горя требует динамического наблюдения, периодической переквалификации состояния и изменения стратегии лечения.

3. Осложненное горе.

Осложненное горе возникает, если течение переживания замедляется, приостанавливается, что мешает принятию утраты и обретению нового смысла.

К осложненному горю приводят:

- а) внезапная или неожиданная утрата;
- б) утрата, вызвавшая двойственные чувства, прежде всего гнев и самообвинение;
- в) утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, породившие отчаянную тоску;
- г) множественные утраты на протяжении незначительного времени;
- д) отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения;
- е) ссора и конфликты с объектом утраты перед смертью, обиды;
- ж) насильственная смерть, трагическая гибель близкого человека;
- з) трагические ситуации неопределенности (пропажа без вести);
- и) неверие в способность преодолеть интенсивные переживания и страх.

Признаки осложненного горя:

- меняется стиль жизни или привычки, возникает сильная тенденция избегать людей и привычные виды активности;
- отождествление достигает степени принятия черт или форм поведения ушедшего, к которым ранее относились отрицательно;
- появляется страх умереть от той же самой болезни;
- человек не может заставить себя посетить кладбище и принять участие в ритуалах или, наоборот, полностью поглощен этой деятельностью;
- алкоголь или седативные средства употребляются в больших количествах.
- появляются навязчивые мысли об утрате и ее деталях, ушедший превращается в «святого» или, наоборот, в «исчадие ада»;
- разговоры ведутся так, как если бы человек был жив или утрата свежа;
- при разводах иногда возникает фиксация на чувстве мести;
- постоянно ощущается безнадежность, бессмысленность существования, человек утрачивает способность радоваться, выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми.

Формы осложненного горя:

- 1) Отставленное горе. Человек не чувствует или почти не чувствует свое горе длительное время, при этом работа горя прекращается, отсроч-

ка может продолжаться годами. Спустя время незначительный повод или новая потеря может включить симптомы острого горя. В процессе психотерапии неоднократно говорится об утрате. Как правило, это бывает в следующих случаях:

- утрата возникает, когда человек решает важные проблемы;
- необходима моральная поддержка других во время утраты.

2) Подавленное (маскированное) горе. Характерно отсутствие скорбных чувств и проявление соматических заболеваний. Это могут быть болезни, которые были у утраченного объекта (умершего), при этом признаки горя не проявляются и нет связи горя и психосоматических заболеваний. Иногда чувство вины приводит к самонаказанию.

3) Хроническое горе. Переживание потери постоянны. Преобладание тоски по объекту утраты, с которым, чаще всего, существовала тесная связь. Даже спустя много лет малейшее упоминание об утрате пробуждает интенсивные переживания.

4) Конфликтное (преувеличенное) горе. Признаки потери чрезмерно усиливаются или искажаются. Чувства вины и гнева мешают совладению с горем и острый период затягивается.

5) Неожиданное горе. Из-за внезапности сложнее принять и прожить утрату. Чаще преобладает выраженная тревога, самообвинение и депрессия, что осложняет дальнейшую жизнь. Характерны суицидальные мысли и планы.

6) Отсутствующее горе. Отсутствуют внешние проявления горя, словно его не было. Происходит отрицание потери, нахождение на стадии шока.

7) Горе с искаженными реакциями:

- повышенная активность с отсутствием чувства утраты;
- неосознанное самонаказание;
- утрата инициативы, решительности;
- стремление к изоляции и избегание общения;
- враждебность к близким, родным, врачу. Могут быть подозрения по поводу негативного отношения этих людей к объекту утраты;
- враждебность может скрываться, тогда поведение становится не естественным, а одеревеневшими;
- ажиотированная депрессия (с напряжением, возбуждением, бессонницей, чувством малоценности, жесткими самообвинениями и потребностью в самонаказании, в таких случаях не исключены суицидальные попытки).

4. Возрастные особенности переживания горя.

Реакции на смерть различны в зависимости от возраста или стадии развития ребенка. Психолог М. Нади описывает следующие различия в детских реакциях на смерть в зависимости от периода развития.

1. В возрасте от 3 до 6 лет дети воспринимают смерть сродни сну или путешествию, из которого можно проснуться или вернуться. Постоянство смерти еще не осознается. Дети этого возраста осознают и объясняют мир, учитывая мнения и действия окружающих их взрослых. Ребенок не в состоянии понять значения слов «смерть», «всегда» или «никогда больше не вернется». Ребенок будет искать умершего человека, но, в конце концов, откажется от своих попыток и смирится; он будет реагировать на утрату, становясь надоедливym и раздражительным, или – в более тяжелых случаях – замыкаться в себе. Наилучшей помощью травмированному ребенку будет та, когда другой взрослый включится в его ситуацию и постепенно выстроит надежную эмоциональную связь с ребенком, таким образом, продолжая внезапно прервавшийся диалог. Этот новый контакт может стать впоследствии той прочной базой, благодаря которой ребенок будет в состоянии сам справиться с постигшим его несчастьем.

В более раннем возрасте, когда присутствие рядом матери и отца настолько важно для развития ребенка, что он, потеряв одного из родителей, испытывает как бы двойную утрату: оставшийся в живых родитель (мать или отец) из-за собственного личного горя более или менее отстранен от ребенка эмоционально. Вместо утешения и поддержки мать или отец, возможно, ругают ребенка и отвергают его, в то время как нормальные реакции ребенка на смерть близкого выражаются, может быть, в назойливости, плаксивости и капризах.

Если у родителей умер один ребенок, ситуация для второго ребенка, возможно, станет аналогичной. Родители поглощены своим горем, и им очень трудно понять проблемы других своих детей. Встречаются родители, которые, потеряв одного ребенка, достаточно долго не осознают существование других своих детей, а также того, что у них также могли возникнуть психологические проблемы в связи с потерей брата или сестры.

Ребенок 3–6 лет думает, что его мысли могут оказывать влияние на окружающий мир. Он живет в иллюзии своего всемогущества, и ему трудно отделить фантазии от реальности. Ему, думающему или желающему, чтобы нечто случилось, представляется, что это уже произошло. Для этого возраста характерно ощущение связи между способностью совершить нечто и наказанием.

Когда ребенок ощущает в себе сильную склонность к какому-либо проступку, то он закономерно чувствует вину: «Если бы я вел себя более вежливо, если бы я был лучше, мама была бы по-прежнему жива!»; «Если бы я никогда не сердился на моего младшего брата и не хотел бы, чтобы его не было, он бы не умер». У детей в этом возрасте сильное воображение, причем свои мечты им самим трудно выразить словесно; дети не всегда уверены, существуют ли их фантазии на самом деле, во внешнем мире, или они живут только в их собственном сознании. Это обстоятельство делает механизм горя более сложным.

Ребенок мог бы постараться нечто предпринять, чтобы снова вернуться в обычную жизнь, например, начав вести себя очень хорошо, став послушным, – ведь такое поведение ценится взрослыми; последние редко воспринимают состояние ребенка во всей сложности, как «знак беды», хотя в действительности дело обстоит именно так. Или, возможно, ребенок станет более беспокойным и трудным в общении для того, чтобы его наказали, так как, по его мнению, он этого заслуживает, ведь это он виноват в том ужасном, что произошло. Взрослые же совсем не воспринимают подобное: им трудно осознать, что вызывающее поведение – признак вины или горя. Поэтому на ребенка обрушиваются брань и наказания за его плохое поведение – в то время, когда он мог бы испытать успокоенность и облегчение.

Работая с дошкольником, переживающим горе, важно помнить, что он не понимает таких абстрактных слов как «никогда», «всегда». Ребенок осознает только конкретные действия. «Если ты говоришь, что дедушка на небесах, то где эти небеса и как он туда попал?», «Если он смог уйти туда, то сможет и вернуться назад». Нужно быть уверенным в том, что даются конкретные ответы и объяснения. Необходимо пояснить разницу между одиночеством и смертью.

2. Младшие школьники (7–9 лет) часто задумываются о смерти, потому что они уже понимают, что смерть неизбежна и окончательна. Они знают, что основные жизненные обстоятельства изменить невозможно. Дети их наблюдают и осмысливают, однако им еще далеко до того, чтобы управлять теми ситуациями, которые могут вызвать чувства тревоги и беспомощности. В этом возрасте дети понимают реальность смерти, но им трудно вообразить себе, что они или их близкие люди могут умереть.

3. В поведении 10–12-летних детей можно наблюдать фрагментарность. Это поведение можно рассматривать как психологическую защиту ребенка от состояния тревоги и страдания, что означает, что для детского опыта характерно периодическое чередование состояний грусти и развлечений, игр. Чтобы минимизировать пугающие фантазии и сильные переживания у детей, важно давать им точную и подробную информацию о смерти и разрешать им задавать вопросы. Знание конкретных фактов поможет восстановить детскую веру в жизнь. Дети осознают впервые неотвратимую природу смерти. В то же время, их больше интересуют биологические аспекты смерти. Одновременно, они осознают и социальное значение смерти и потери.

4. Мышление *тинэйджера* (следующая возрастная группа) уже похоже на способ мышления взрослых. Но часто период переходного возраста – нелегкое время для переживания горя. Психологические защитные механизмы ослаблены, подросток изучает себя «Кто я?» Ему необходимы ролевые модели поведения взрослого, чтобы найти себя или отказаться от чего-то в себе. Подростки могут регрессировать на более ранние представления о смерти, но обычно они заняты, как взрослые, поисками смысла смерти.

Реакции горя у подростков похожи на реакции взрослых и детей. Поскольку у подростков обычно наступает регресс при таком сильном стрессе как потеря, их реакции могут быть больше похожи на детские. Однако, есть специфические особенности горя подростков, влияющие на их реакции. Подростки в трауре могут заниматься переписыванием реальности смерти в грезах, отрицая или откладывая горе на потом. Другим осложняющим фактором может быть борьба подростка между независимостью и зависимостью.

Смерть может быть в чем-то угрозой для подростка, у которого может развиваться страх отделения и независимости. Поскольку подростки часто стремятся быть более зрелыми или скрывают свои чувства лучше, чем дети, их чувства, связанные с потерей, могут быть похоронены заживо. Наконец, подростки уникальны в своем самосознании. Они могут быть больше заняты своим поведением или одеждой, чем самой потерей, совершеннейшее средство отрицания, вызывающее смущение или раздражение окружающих людей.

Потеря матери или отца в это время, возможно, бывает невыносимой. Некоторые подростки инкапсулируют свое горе и ведут внешне бурную жизнь. Ночные шатания по городу, эксперименты с наркотиками, нарушения закона – все это также способы вытеснения горя. Часто у человека, переживающего утрату близкого, накапливается гнев, который, возможно, будет вреден как самому человеку, так и другим.

Суицидальные мысли, вероятно, являются примером саморазрушения, но они также, быть может, выражают желание субъекта вновь соединиться с умершим. Почти каждому, кто пережил ощутимую потерю близкого человека, приходят в голову мысли о самоубийстве. Взрослые редко задают детям вопросы о самоубийстве, подобные вопросы – табу для многих из нас. Когда же у тинейджеров осведомлялись, что именно более всего помогало преодолевать горе, некоторые дети и подростки отвечали, что по-настоящему давала им силу для продолжения жизни и борьбы с проблемами мысль и возможности прекращения своей собственной жизни.

Испытание горем дает возможность глубже понять себя. Несчастье изменяет представление ребенка о самом себе, своих проблемах, о том, как влияет трагический опыт на личность.

Человек может охарактеризовать себя, анализируя свои умения, чувства и мысли, а также в зависимости от того, как он проживает свою жизнь и что именно ждет от себя в будущем. Эти три временных плана – прошлое, настоящее и будущее – определяют специфику самопонимания и Я-концепцию. В книге У. Дамона и Д. Харта «Самосознание в детстве и юности» данный термин определяется как «некая когнитивная репрезентация себя, собственных интересов и личностной идентичности».

Для того, чтобы понять себя, детям и подросткам необходимы целостность Я-концепции и неразрывность внешнего мира, а также четкость, кото-

рая означает получение точной информации о том, что же произошло с ним и открытый разговор о переживаниях, если ребенок в состоянии выразить свои чувства. Самоанализ – это умение, которое раскрывается по мере взросления ребенка, способность выразить себя эмоционально. На самоанализе строится осмысленное поведение, как возможность посмотреть на самого себя со стороны, увидеть себя в отношениях с другими людьми. Далее самопонимание становится для ребенка инструментом для самоидентификации. Обычно ребенок многое приобретает во время такого процесса; это происходит автоматически, когда ребенок общается с кем-то из родителей или с другими людьми. *Когда вдруг ребенок встречается с фактом смерти или другой катастрофой (включая потерю близкого), четыре личностных фактора – целостность, четкость, самоанализ и самосознание – перестают действовать, поэтому ребенок теряет контроль над собой и окружающим миром.* Нить нераздельности прошлого, настоящего и будущего рвется. Нет ни прошлого, ни будущего, только ошеломление, шок. Ребенок на неопределенное время беззащитен, и это его пугает. Ему нужна помощь, чтобы все связать снова, однако отец или мать – или оба – сами находятся в кризисе и часто не в состоянии поддержать ребенка, чтобы восстановить его самосознание.

Сейчас, как правило, принято рассматривать процесс преодоления горя как набор заданий для травмированного человека, с которым психотерапевт имеет дело. У. Уорден из США и К. Мюррей-Паркес из Великобритании определили четыре задачи по теме «горе». Б. Вольфе (США), клинический социальный работник и директор Центра по поддержке людей, находящихся в горе, интерпретировал эти четыре задания для пострадавших детей таким образом:

- 1) осознать горе и начать искать смысл за пределами того, что случилось;
- 2) идентифицировать, подтвердить и конструктивно выразить сильные реакции на потерю близкого человека;
- 3) отмечать все даты, связанные с жизнью умершего человека;
- 4) продолжать жить дальше с живущими и любящими тебя людьми.

Обязательное выполнение заданий для снятия горя представляет собой деятельность по восстановлению Я-концепции, по возвращению к нормальному состоянию.

Известно, что мы – это наши воспоминания, что жизнь – ничто без памяти о прошлом. То, чем мы являемся в настоящее время, в значительной степени основывается на том, что мы представляем собой в прошлом, что случилось с нами прежде; и от того, каковы мы сегодня, от нашего сегодняшнего мышления, от способа реагирования и манеры поведения зависит то, кем мы станем в будущем. Но, пережив утрату, пребывая в проблемах, взрослые часто говорят, что они должны помочь детям забыть то, что случилось в прошлом. Поэтому они надеются, что дети отринут большую часть своего тяжелого опыта.

Важно заглянуть в будущее, дать надежду на позитивные изменения. Таково четвертое задание в системе преодоления горя, и его нельзя выполнить до тех пор, пока жизнь недавно скончавшегося человека не будет признана достойной того, чтобы оставшиеся в живых помнили и отмечали даты этой жизни.

Многие взрослые также считают, что не следует ни им самим, ни их детям афишировать свои чувства и рассказывать о своих переживаниях кому бы то ни было. Взрослые боятся, что в таком случае у детей появятся болезненные переживания – будто дети бесчувственны. Выражение самых различных эмоций вовсе не вредно для ребенка, переживающего горе, – действуя таким способом, ребенок лучше выявляет свое внутреннее состояние. Он может осмыслить то, что с ним произошло, обобщить эти переживания, сделать их частью своего жизненного опыта, частью самого себя.

5. Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя.

Удаление детей от умирающего близкого человека отрицает их возможность продолжать быть близким к нему и увеличивает шок, когда приходит смерть. Разделение процесса умирания с близким человеком может быть волнующим и вознаграждающим опытом для обоих. Любимый ребенок может принести поддержку умирающему человеку. Возможность разделить смерть с близким также помогает детям узнать смерть естественным образом.

Когда приходит смерть, детям нужно сказать правду в естественной манере, лучше всего родителем, или кем-то близким. «Высылка» детей из семьи или игнорирование их переживаний показывает неуважение к их чувствам и отрицает их право на печаль. Быть отосланным из семьи для ребенка выглядит ужасным наказанием, и увеличивает возникшую душевную боль. Горе является сложным из-за страха отделения от родителей. Потеря может казаться ребенку угрозой выживания. Отсутствие родителя может провоцировать сильную тревогу у маленьких детей, поскольку без кого-то, кто удовлетворяет их физические и эмоциональные потребности их жизнь будет в опасности. Специально детям необходимо убеждение в том, что они не останутся в одиночестве и что их нужды будут удовлетворены.

Конечно, ограниченный словарный запас детей и затрудненный ответ на чувства может помешать откровенному обсуждению. Хотя дети часто испытывают те же чувства что и взрослые, их внешнее выражение более запутанно и скрыто. Детские защитные реакции на потерю могут раздражать и тревожить взрослых. Дети могут сказать что-нибудь вроде: «Я все равно его не любил» или разразиться смехом. Дети могут не быть способны поделиться реакциями на смерть в словесном выражении. Иногда они выражают себя, рассказывая историю или изображая переживания в рисунках. Способность поделиться

чувствами с помощью рассказов или рисунков может быть важным способом для горюющего или находящегося в печали ребенка высвободить свои эмоции.

Детскому горю легко помешать. Иногда детям стыдно плакать. Им так же мешает неправильное руководство взрослых, которые поощряют их “Быть храбрыми”, “Быть хорошей девочкой/мальчиком”. Дети часто послушно отвечают на эти указания и подавляют свое горе в ущерб себе. Горе – это поведение, которому обучаются. И слова, и действия взрослых учат ребенка, как принимать горе, так же как и другому жизненному опыту.

Детей всех возрастов надо поощрять участвовать во всех ритуалах, обычаях или любых формах траура, принятых в семье, если дети хотят участвовать в этом. Это – возможность узнать о смерти, так же как время сближения семьи. Однако не следует заставлять детей присоединяться к каким-то траурным процедурам помимо их воли.

Вина может быть особой проблемой для детей, встретившихся с потерей. Дети могут воспринимать потерю очень лично и обвинять самих себя за предшествовавшее плохое поведение или за амбивалентные чувства к умершему. Потеря родителей всегда является сложной из-за амбивалентного отношения ребенка родителю. Поскольку воспитание детей часто связано с фрустрированием детей, естественно, что дети иногда ненавидят родителей и даже желают им смерти. Если родитель умирает, дети могут чувствовать вину и страх, что они послужили причиной смерти. Это чувство вины могут смягчить понимающие взрослые, если убедят ребенка, что его вины здесь нет.

Дж. Боулби описывает 3 фазы детского горя, сходные с 3 фазами траура у взрослых:

1 фаза – фаза протеста, когда ребенок отвергает и сопротивляется идее смерти и потери.

2 фаза – фаза дезорганизации, в течение которой ребенок осознает, что потерянный близкий никогда не вернется.

3 фаза – фаза реорганизации, когда происходит процесс принятия потери и окончательное прощание. В это время дети вновь возвращаются к жизни, хотя все еще иногда расстраиваются при столкновении с чем-то, что напоминает о горе. Дети горюют более короткое время, чем взрослые, если их горю не мешают и не препятствуют.

Врач Дж. Вильямс выделяет 5 фаз детского горя, которые соответствуют 5 стадиям горя по Кюблер-Росс:

1 фаза – отрицание или изоляция;

2 фаза – гнев, причем, в отличие от взрослых, дети более открыто выражают гнев после утраты;

3 фаза – фаза сделки, когда дети пытаются изменить реальность, например, обещая «Я буду хорошим»;

4 фаза – депрессия, когда гнев детей обращается на самих себя. Во время траура дети могут переживать такие симптомы, как ночные кошмары и другие нарушения сна, потеря веса, или аппетита, физические боли или недомогания;

5 фаза – разрешения, конечная фаза траура, наступает, когда ребенок окончательно принимает смерть.

Признаки регресса могут появиться в поведении горюющего ребенка. После потери могут появляться поведенческие реакции, свойственные более раннему возрасту – энурез, сосание пальца, капризы, цепляние за взрослых. Такой регресс – явление временное. Опять же разрешение выражения предотвратит закрепление этих симптомов на длительное время.

6. Консультирование клиента, пережившего утрату.

Профессиональная задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту по-настоящему пережить утрату, совершить работу горя, а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. При консультировании нужно обращать внимание на следующие моменты:

- слушайте принимая, а не осуждая;
- сделайте так, чтобы человеку стало ясно, что у вас есть искреннее желание ему помочь выразить свое горе;
- принимайте чувства и страхи человека серьезно;
- будьте готовы, что некоторые люди будут злиться на вас;
- дайте время, чтобы появилось доверие: пока его нет, клиент не способен делиться с вами своими переживаниями;
- дайте надежду, подбодрите клиента тем, что, несмотря на болезненность испытания, люди все же оправляются от горя;
- соблюдайте уместную дистанцию, не позволяйте себе запутаться в чужих проблемах, чтобы стало невозможным сохранять позицию помогающего.

Еще одна *цель консультации и терапии* – это позволить пережившему утрату выразить целый ряд чувств, мыслей и действий. При этом:

- будьте реалистичны: желание устранить боль немедленно – неуместно;
- побуждайте к разговору об умершем и выражению чувств;
- не удивляйтесь, что человек повторяет историю о смерти; повторение и проговаривание – естественный способ справиться с горем;
- дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя;
- позвольте ему найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса «работы горя».

Если реакция утраты подавляется, полезно изучить причины, почему человек избегает горя. Если *реакция утраты искажена*, может оказаться ценным следующее:

- побуждайте выражение и осознание чувств;

- работайте над проблемами, созданными отношением сильной зависимости;
- обратите внимание на двойственные отношения между умершим и горюющим человеком; ищите, в чем их истоки;
- если чувство вины необоснованно, помогите человеку избавиться от него;
- если чувство вины обоснованно, подумайте о том, как человек может с этим жить, может ли он как-то искупить свою вину;
- попытайтесь найти незаконченные дела между умершим и горюющим и проработайте этот вопрос.

Если горе приобретает *хронический оттенок*, то следует установить:

- почему человек не может отказаться от этой фиксации;
- какой отпечаток смерть отбрасывает на отношение человека к себе;
- есть ли какая-то вторичная выгода от того, что человек держится за горе.

Этапы психологической помощи выстраиваются в соответствии с этапами переживания горя:

1. *Помощь на стадии шока.* Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения.

2. *Помощь на стадии острого горя.* Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о жизни, даже если они неоднократно повторяются. Если переживший потерю человек ничего не говорит, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда тот возвратится к реальности. В случае внезапной/насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего травматического характера, – тогда человек сможет оплакивать умершего.

Постепенно следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

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

Количество сессий можно заранее 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 клиент нуждается в таком «сопровождении».

Характер и темп консультирования зависят от множества индивидуальных факторов, например, особенностей личности клиента, обстоятельств утраты и т. д.

Подход, сфокусированный на личности, предложен *К. Роджерсом*, который в работе с клиентом основывается на следующем: безусловное позитивное отношение; искренность; сочувствие. Эти условия, наряду с навыками работы по схеме трехступенчатой модели, обеспечивают помощь клиентам, основанную на их нуждах, и соответствуют их конкретной ситуации.

Стадия 1. Изучение (исследование). На этой стадии клиент говорит так, как он хочет говорить. Психологу требуется его выслушать, применяя следующие техники: отражение; парафраз; отзеркаливание; подсказки и поощрения, суммирование; фокусирование; технику постановки вопросов.

Задача клиента: рассказать историю, посмотреть на нее со стороны.

Задача консультанта: участвовать в разговоре и поставить диагноз. Нужно начать работать над тем, как помочь клиенту и защитить себя. На этой стадии должны возникнуть взаимодействие и контакт друг с другом.

Стадия 2. Новое понимание.

Задача клиента: понять с помощью консультанта, какую роль играет это событие в его жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны.

Задача консультанта: помочь клиенту, применяя персонификацию: «я», а не «мы»; «мое», а не «наше» (то есть клиент должен быть сфокусирован на своих собственных чувствах и на истории, которую он признает своей: «я почувствовал», «я подумал», «я сделал»). Дать возможность клиенту проработать горе в его темпе.

Стадия 3. Действия. Это направляющая стадия, нацеленная на позитивные изменения. В некоторых случаях достаточно пройти две предыдущие стадии, однако иногда требуется и завершающая часть, в которой важны ритуалы.

Задача клиента: принятие потери и адаптация к новой (без умершего) жизни.

Задача консультанта: поддержать клиента в соответствии с его жизненным планом; осуществить его и оценить произведенные действия.

Для работы с утратой успешно используются техники гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, когнитивно-поведенческой терапии. Применяются также и групповые формы работы.

Группы поддержки ребенку в горе

Дети, встречаясь в группе друг с другом, получают возможность увидеть, как в зеркале, в других свои собственные переживания и осознать связь между своими ощущениями и смертью родного человека. Их нельзя назвать «потерявшими от страдания разум», у них вполне нормальная реакция на сложнейшую ситуацию.

Цель работы группы – поощрять детей в их желании поделиться своим опытом, мыслями и переживаниями; так они глубже осознают всевозможные обстоятельства и самих себя в них. Дети воспроизводят на словесном уровне собственные действия и, узнавая друг друга ближе, получают возможность анализировать свой собственный случай, свои реакции на утрату и то, каким образом это влияет на их личностные особенности, на их Я-концепцию. Группа помощников, состоящая из взрослых, предлагает конструктивно расширить умение воспроизводить недавнее прошлое, что, скорее всего, делает более благотворным процесс переживания горя.

В группе анализируется различная тематика, которая объединяет проблемы горя и концепции целостности, четкости, самоанализа и самосознания.

Правила подбора группы. В группы, как правило, приглашаются дети школьного возраста – от 7 до 18 лет. Детям представляется как можно более широкий спектр опыта пребывания в горе, поэтому можно использовать две разные модели для работы в группе. Первая модель – это группа, собирающаяся 8 раз еженедельно (для детей младшего возраста) и 1 раз в две недели (для подростков). Занятия длятся 2 часа с должным перерывом. Другая модель – это работа в течение двух или трех дней с 9.00 до 16.00, с несколькими короткими перерывами и одним перерывом на прием пищи. Но как по процедуре, так и по содержанию, эти модели схожи друг с другом.

Первое, что необходимо сделать, – это послать письмо с приглашением в форме просьбы в те семьи, которые уже сами связывались с психотерапевтом, либо в предлагаемые школы и больницы.

В течение целого дня в группе, состоящей из 10-15 мальчиков и девочек, работают 3 взрослых помощника. Важно иметь в группе представителей обоих полов (как среди детей, так и среди психологов). Девочки и мальчики часто выражают свое горе по-разному и могут учиться друг у друга. Руководители группы используют свои отличительные особенности, чтобы поддержать детей.

Первое занятие – в известном смысле – самое важное. На нем происходит знакомство специально организованным способом. Устанавливаем несколько правил, например, правило психологической безопасности (конфиденциальности). Это принципиально, чтобы дети чувствовали возможность свободного высказывания, не подвергаясь риску, что кто-то выдаст их тайну. Родители часто хотят знать, о чем рассказывают их дети, как они ведут себя в группе, тогда следует посвятить их в групповые правила, и тогда родители примут это без возражений.

Другое правило таково, что каждый сам решает, как много и что именно он или она хотят рассказать. Следует договориться сидеть тихо и слушать других. Как правило, некоторым детям сложно начать разговор, но им станет легче, когда они вначале выслушают других. Кто-то всегда более разговорчив, чем остальные. Во время первой встречи с группой следует определить детей

с сильным противодействием, для которых анализ ситуации горя также может быть опасен в это непростое для них время.

В начале первого занятия сообщается детям о цели работы группы. Нужно суметь откровенно рассказать им о том, почему они находятся здесь: потому что кто-то в их семьях умер; потому что мы собираемся говорить об изменениях в их жизни и переживаниях, связанных со смертью. Поэтому так важна четкая, ясная форма начала разговора, чтобы и в дальнейшем можно было говорить с детьми откровенно.

Необходимо использовать вводные упражнения или, скорее, игры, которыми можно пользоваться, чтобы ближе узнать друг друга. Одна игра связана с именем, чтобы познакомиться с присутствующими; второе упражнение – интервью; дети в течение нескольких минут (от 2 до 5) интервьюируют друг друга, задавая вопросы о возрасте, любимой пище, в какую школу он (или она) ходят и т. д. Затем каждый представляет того ребенка, которого он интервьюировал.

Первое упражнение по теме «Горе» заключается в том, что маленькая группа (3-5 человек) рисует семью. Это дает возможность поговорить о человеке, который умер, о причине смерти и ситуации во время непосредственной близости смерти. Что знает ребенок? Существуют ли вопросы, которые необходимы и должны быть им заданы? Здесь можно столкнуться с первой проблемой по поводу смерти и с проблемой четкости по поводу той информации, которую сообщает ребенок. Идет работа также с прошлым. Какова была семья накануне смерти? Как она выглядит сейчас? Часто после смерти близкого происходят некоторые изменения (появление отчима, мачехи, новых сестер или братьев; новая семья, переезд в новый дом, даже в новый город).

Рисунки семьи развешиваются на стене, и каждый ребенок коротко представляет семью всей группе, рассказывая другим о том, кто из изображенных умер, а также о причине его смерти. В каждом занятии есть перерыв, где можно предложить чай. Неплохо заканчивать каждое заседание, установив какой-то ритуал, например, поиграть в какую-нибудь игру на прощание, особым образом подчеркивая конец занятия.

Второе занятие. Что произошло?

Каждое занятие можно начинать с игры в имя. Это очень помогает начинать работу в группе каждый раз одинаково.

Во втором занятии есть такое упражнение: ребенок рассказывает о потере и реакциях на нее. Можно дать немного психологической информации о том, что случается с человеком, когда кто-то из близких ему людей умирает. Сначала происходит шок, на который ты, возможно, отреагировал далеко не так, как должен был бы среагировать: например, смехом или чувством оцепенелости, неспособностью заплакать. Позже такие реакции часто влекут за собой чувство вины. Детям полезно услышать, что подобные проявления – в порядке вещей. Не следует читать лекции, работа должна быть больше похожа на дис-

куссию, и дети принимают участие в ней, делясь своим собственным опытом. Следующее упражнение – мозговая атака: что изменилось? На большом куске бумаги, висящем на стене, рисуем четыре больших круга, где пишем: фамилия, школа и друзья; тело, чувство и мысли. Все дети потом высказывают свои мнения по поводу того, что стало характерно для их жизни после смерти близкого человека. Какие новые мысли появились у них: страх, что кто-то из членов семьи также может умереть, кошмары и т. д.

Следует не забыть подчеркнуть, что все это является нормальной реакцией на горе. Соматические симптомы – такие, как бессоница, чувство постоянной усталости, головные боли, боли в желудке и т. д., и т. п.

Слушание рассказов других детей, возможность увидеть все, о чем говорилось на бумаге, – это все может повлиять на то, как дети смогут понять свои реакции и самих себя.

Занятия третье и четвертое. Беседа о чувствах.

Некоторые дети очень хорошо осознают свои настроения и в состоянии легко отличить одно впечатление от другого. Но многие, особенно маленькие, не имеют ясного представления о том, что с ними происходит. С маленькими детьми можно использовать силуэт человека, «человечка-манекена», чтобы выяснить, где именно в человеческом теле находятся эмоции. Другое упражнение – на то, как меняются чувства с течением времени. Детям предлагается распределить по 4 кругам собственные эмоции – печаль, гнев, страх, счастье – а) во время смерти близкого человека; б) на групповом занятии; в) сегодня и г) в будущем. Упражнением с кругом также можно пользоваться, чтобы констатировать, насколько значимо в круге «Семья» личное горе ребенка и, например, горе мамы, бабушки, родных братьев и сестер. Некоторые дети считают, что просто не хватает места для их собственного горя, потому что, например, мамино горе, гораздо больше, чем их. Или ситуация может восприниматься совсем по-другому; ребенок, оказывается, чувствовал себя совершенно одиноким в своем горе, а из семьи никто не понимал, насколько тяжело его страдание.

Другое упражнение называется «чувства и маски». Иногда, в горе, мы предпочитаем скрыть некоторые мучительные состояния и спрятаться за маской. Дети рисуют 3 ощущения, которые, как они считали, им трудно выразить открыто; потом они рисуют маску, выражение лица они прятали вместе с реальными ощущениями. «Маска» обладает как преимуществами, так и недостатками. Для упражнений на ощущения часто бывает мало одного занятия, поскольку в этой проблеме возможно развертывание содержания. Для проведения этой темы необходимо иметь очень много сил.

Занятие пятое. Воспоминания.

Воспоминания являются важной частью нашей личности, нашими внутренними образами. Известно, что дети лелеют воспоминания, нуждаются в

них, потому что они связаны с человеком, которого уже никогда не будет, особенно если это кто-то из родителей. Ушедший человек необходим ребенку для психологического развития, ребенок как бы связывает свое настоящее с умершим. На этом занятии можно использовать большой лист бумаги, вывешенный на стену (так же, как и в упражнении «Что изменилось?»). Внутри того или иного круга записываем различные детали памяти: «Личные вещи», «То, что мы делали вместе», «То, чему он/она научили меня», «Он/она в моей личности и наше физическое сходство». Существуют также и такие круги: «Запутанные воспоминания» и «Воспоминания со времени его болезни и смерти».

Некоторые дети боятся, что забудут того, кто умер, или они чувствуют вину перед ним из-за того, что уже меньше думают о нем/ней, потому что прошло уже достаточно времени. Кто-то тратит много сил на сохранение в себе воспоминаний, но в этом и трудности для ребенка: ведь нужно пополнять запас энергии и концентрироваться в настоящем, например, на учебе в школе. Дети стараются выполнять эти три задания. Второе упражнение, касающееся воспоминаний, могло бы служить дополнением к тем средствам, с которыми дети имеют дело в третьем задании. Следующее упражнение – это сочинение книги об умершем человеке. В этих книгах, причем каждая из них могла бы быть потрясающей, – несколько пустых страниц для того, чтобы дети заполнили их рисунками, рассказами, фотографиями и другого рода воспоминаниями. Но книга может быть и очень простой, больше похожей на скоросшиватель, куда можно прибавлять страницы по мере заполнения.

Занятие шестое. Упражнение «письмо».

Неоконченные дела, события о которых никогда не говорили – это могло бы быть описано в письме к «ушедшему». В этом упражнении ребенок может выразить переживания, которые, будучи зафиксированными, на бумаге, проясняют мысли, делают их более легкими для понимания. Дети помладше, возможно, выразят желание, чтобы взрослые сотрудники группы помогли им написать письмо, или, вероятно, обратятся к рисованию. Иначе говоря, это упражнение индивидуально, в нем проявляется связь с ушедшим человеком. Следует обсудить планы детей, что они хотели бы сделать с письмом впоследствии. Кто-то предпочтет зарыть его в могилу, кто-то – сжечь и развеять пепел по воздуху или бросить в воду.

Занятие седьмое. Что помогает?

Это маленькое групповое упражнение, где используется тест легкого удара. У детей бывает нелепая идея, будто им помогает та ситуация, когда они переполнены тягостными ощущениями. Важно сохранить баланс между страданием и выходом из него. Когда идет работа с детьми, обладающими большим эмоциональным опытом, то плач, объятие чего-то любимого, близкого – игрушки или предметов домашнего обихода, обращение к маме за поддержкой, мысли об умершем человеке перед сном – это примеры того, что снимает-таки

напряжение у детей. Игра в футбол, другие виды физической нагрузки помогают сбросу эмоций; просмотр ТВ, сон, стремление вести себя так, будто ничего не случилось, – это все пути к освободительному просвету в ситуации горя.

Занятие восьмое. Собственно детская система поддержки, общая социальная работа.

В этом упражнении дети представляют самих себя в виде круга в центре листа, затем рисуется возле круга “Я” окружности, где были бы изображены люди, значимые для этого ребенка. Следует спрашивать: “Кто может поговорить с тобой, когда ты будешь нуждаться в поддержке?”, “Кто необходим тебе?”. Часто дети даже не догадываются, что есть рядом с ними те, кто действительно может помочь и утешить их. Упражнение проясняет ребенку подобную ситуацию. Он видит, что вовсе не одинок, но если система поддержки выглядит крайне слабой, если практически невозможно обнаружить тех людей, которых можно было бы ввести в эту ситуацию (причем, следует тщательно работать над ней вместе с ребенком), тогда важно поинтересоваться, разрешит ли ребенок нам быть в этой выстраиваемой самим ребенком системе.

На этом завершается программа нашей группы. Однако, следует через несколько месяцев провести еще одно или 2 занятия.

Есть еще одно занятие, но исключительно для родителей (или опекунов). На нем происходит информирование их в целом о том, что происходило в группе. Проводится беседа об особенностях детского горя.

Таким образом, надо осознавать, что психолог включается в ситуацию переживания горя детьми на весьма короткий период, но необходимо привнести в нее нечто такое, что делает этот процесс чуть менее болезненным. Мы не можем полностью охватить все детали этого явления, потому что горе продолжительно, оно переживается долго, может быть, несколько лет и поэтому дети должны преодолевать горечь самостоятельно, с помощью своей семьи. Независимо от этого, дети и родители должны знать, что они могут всегда получить от нас помощь.

ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

Требования к выполнению и оформлению: работа выполняется на белых листах формата А4, шрифт 14 (Times New Roman), межстрочный интервал – 12 пт. Общее количество страниц – 15-20. Структура контрольной работы: титульный лист, содержание (оглавление), введение, основная часть (может состоять из нескольких параграфов, полностью раскрывающих в своем содержании тему работы), заключение, список использованных источников (на каждый, представленный в списке источник, в тексте работы в обязательном порядке должна быть приведена ссылка, оформленная надлежащим образом), приложения (при необходимости).

1. Сущность антропологической катастрофы.
2. Антропологическая катастрофа как потеря личностной целостности.
3. Принципы экзистенциальной психологии.
4. Принципы анализа личности в экзистенциальной психологии.
5. Характеристика экзистенциальных тревог.
6. Тревога смерти и судьбы.
7. Тревога вины и осуждения.
8. Тревога пустоты и отсутствия смысла.
9. Взаимосвязь тревоги и страха.
10. Психотерапевтическая теория невротической тревоги.
11. Психологическая характеристика невротической и здоровой личности.
12. Психологическая травма: определение и классификация.
13. Возрастные особенности психологического травматизма.
14. Переживание и стратегии преодоления (coping) психологической травмы.
15. История создания теории посттравматического стресса.
16. Возрастные особенности переживания детьми горя.
17. Эпидемиология посттравматического стресса.
18. Этиология посттравматического стресса.
19. Симптоматика посттравматического стресса.
20. Анализ методов диагностики посттравматического стресса.
21. Психологические последствия терроризма.
22. Психологические последствия жестокого обращения в детстве.
23. Стратегия и методология психотерапевтической помощи в кризисных ситуациях.
24. Сущность стратегического (превентивного) подхода.
25. Общий экзистенциальный анализ (Ж.-П. Сартр, Л. Бинсвангер, В. Франкл, И. Ялом).

26. Основные принципы и методы логотерапии (деревлексия и парадоксальная интенция).
27. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.
28. Психологический дебрифинг.
29. Варианты психологического дебрифинга: аутодебрифинг и психобиографический дебрифинг.
30. Группа поддержки взрослому человеку в ситуации потери.
31. Группа поддержки ребенку в ситуации горя.
32. Особенности психологического просвещения в условиях массовой травматизации.
33. Архаичные методы психотерапии в кризисных ситуациях (психотерапия плача).
34. Анализ травматического события в романе Л.Н. Толстого «Война и мир» (Пьер Безухов и Платон Каратаев).
35. Тревога экзистенциальной вины в романе Ф. Кафки «Процесс».
36. Поиск смысла травматического события в повести М. Зощенко «Повесть о разуме».

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ
по дисциплине «Кризисная психология»
для студентов дневной формы получения образования
по специальности «Психология»

1. Предмет, цели и задачи кризисной психологии.
2. Определение понятий «кризис», «событие», «кризисное событие».
3. Сущность кризиса и стадии кризиса.
4. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности.
5. Психическая травма. Психологическая перспектива (психологическое будущее).
6. Психологическое содержание процесса переживания. Скорбь как процесс переживания.
7. Стратегии преодоления психической травмы. Проблема эффективности психического преодоления.
8. Экзистенциальное направление в психологии и философии как теоретическое основание кризисной психологии.
9. Методы экзистенциальной психологии. Экзистенциальный анализ.
10. Определение понятий «смерть», «свобода», «изоляция», «бессмысленность» с точки зрения экзистенциальной психологии.
11. Модусы бытия во времени. Модусы бытия в пространстве. Модусы условия самовыражения.
12. Трансценденция. Мир-проект.
13. Определение понятия «экзистенциальная тревога».
14. Тревога смерти и судьбы.
15. Тревога вины и осуждения.
16. Тревога пустоты и отсутствия смысла.
17. Характеристика категории «смысл». Система ценностей осмысленной жизни.
18. Экзистенциальный вакуум. Логотерапевтическая теория неврозов.
19. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.
20. Определение понятий «стресс», «травматический стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).
21. История создания теории посттравматического стрессового расстройства. Этиология и эпидемиология ПТСР.
22. Симптоматика ПТСР. Анализ методов диагностики ПТСР.
23. Теоретические модели ПТСР.
24. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий.
25. Индивидуальная уязвимость и психологические последствия ПТСР.
26. Классификация экстремальных ситуаций.

27. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.
28. Техники экстренной психологической помощи.
29. Психогении в экстремальных ситуациях.
30. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.
31. Фундаментальные принципы психологической помощи в кризисных ситуациях.
32. Подходы к коррекции травматического стресса.
33. Психологический дебрифинг, аутодебрифинг, психобиографический дебрифинг.
34. Психотерапия ПТСР.
35. Явление терроризма. Психология терроризма.
36. ПТСР у участников военных действий.
37. Консультирование и психотерапия участников военных действий.
38. Симптоматика последствий продолжительного жестокого обращения.
39. Насилие над женщинами и мужчинами.
40. Консультирование жертв семейного насилия.
41. Консультирование жертв изнасилования.
42. Насилие над детьми.
43. Консультирование детей – жертв насилия.
44. Суицидальное поведение. Факторы и индикаторы суицидального риска.
45. Консультирование суицидальных клиентов.
46. Консультирование уцелевших после самоубийства.
47. Синдром утраты. Возрастные особенности переживания горя.
48. Консультирование клиента, пережившего утрату.
49. Реабилитация населения, пострадавшего от техногенных и экологических катастроф.
50. Синдром выгорания и вторичная травма. Супервизия. Работа со вторичной травмой.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ
по дисциплине «Кризисная психология»
для студентов заочного отделения
специальности «Психология»

1. Предмет, цели и задачи кризисной психологии.
2. Определение понятий «кризис», «событие», «кризисное событие».
3. Сущность и стадии кризиса.
4. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности.
5. Понятие «психическая травма». Психологическая перспектива (психологическое будущее).
6. Психологическое содержание процесса переживания. Скорбь как процесс переживания.
7. Стратегии преодоления психической травмы.
8. Определение понятий «стресс», «травматический стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).
9. История создания теории посттравматического стрессового расстройства.
10. Этиология, эпидемиология и симптоматика ПТСР.
11. Анализ методов диагностики ПТСР.
12. Теоретические модели ПТСР.
13. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий.
14. Индивидуальная уязвимость и психологические последствия травмы.
15. Предмет и основные положения экзистенциальной психологии.
16. Методы экзистенциальной психологии. Экзистенциальный анализ.
17. Определение понятий «смерть», «свобода», «изоляция», «бессмысленность» с точки зрения экзистенциальной психологии.
18. Модусы бытия во времени. Модусы бытия в пространстве. Модусы условия самовыражения.
19. Трансценденция. Миро-проект.
20. Характеристика экзистенциальных тревог.
21. Характеристика категории «смысл».
22. Система ценностей осмысленной жизни.
23. Экзистенциальный вакуум. Логотерапевтическая теория неврозов.
24. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.
25. Фундаментальные принципы психологической помощи.
26. Подходы к коррекции травматического стресса.
27. Психологический дебрифинг. Аутодебрифинг. Психобиографический дебрифинг.

28. Общие подходы к психотерапии ПТСР.
29. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ).
30. Применение техник гештальт-терапии в психотерапии ПТСР.
31. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с ПТСР.
32. Применение символ-драмы (метода кататимного переживания образов) в психотерапии ПТСР.
33. Семейная психотерапия в психотерапии ПТСР.
34. Нейролингвистическое программирование в психотерапии ПТСР.
35. Классификация экстремальных ситуаций.
36. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.
37. Психогении в экстремальных ситуациях.
38. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.
39. Горе утраты как процесс.
40. Клиническое описание острого горя.
41. Осложненное горе.
42. Возрастные особенности переживания горя.
43. Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя.
44. Консультирование клиента, пережившего утрату.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ
по дисциплине «Кризисная психология»
для слушателей специальности «Психология» ИШК и П

1. Предмет, цели и задачи кризисной психологии.
2. Определение понятий «кризис», «событие», «кризисное событие».
3. Сущность и стадии кризиса.
4. Психобиографический подход к изучению жизненного пути личности.
5. Понятие «психическая травма». Психологическая перспектива (психологическое будущее).
6. Психологическое содержание процесса переживания. Скорбь как процесс переживания.
7. Стратегии преодоления психической травмы.
8. Определение понятий «стресс», «травматический стресс» и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).
9. История создания теории посттравматического стрессового расстройства.
10. Этиология, эпидемиология и симптоматика ПТСР.
11. Анализ методов диагностики ПТСР.
12. Теоретические модели ПТСР.
13. Травматический стресс и крушение базовых иллюзий.
14. Индивидуальная уязвимость и психологические последствия травмы.
15. Предмет и основные положения экзистенциальной психологии.
16. Методы экзистенциальной психологии. Экзистенциальный анализ.
17. Определение понятий «смерть», «свобода», «изоляция», «бессмысленность» с точки зрения экзистенциальной психологии.
18. Модусы бытия во времени. Модусы бытия в пространстве. Модусы условия самовыражения.
19. Трансценденция. Мир-проект.
20. Характеристика экзистенциальных тревог.
21. Характеристика категории «смысл».
22. Система ценностей осмысленной жизни.
23. Экзистенциальный вакуум. Логотерапевтическая теория неврозов.
24. Методы помощи человеку в ситуации ноогенного невроза.
25. Фундаментальные принципы психологической помощи.
26. Подходы к коррекции травматического стресса.
27. Психологический дебрифинг. Аутодебрифинг. Психобиографический дебрифинг.
28. Общие подходы к психотерапии ПТСР.
29. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ).

30. Применение техник гештальт-терапии в психотерапии ПТСР.
31. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с ПТСР.
32. Применение символ-драмы (метода кататимного переживания образов) в психотерапии ПТСР.
33. Семейная психотерапия в психотерапии ПТСР.
34. Нейролингвистическое программирование в психотерапии ПТСР.
35. Классификация экстремальных ситуаций.
36. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях.
37. Психогении в экстремальных ситуациях.
38. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.
39. Горе утраты как процесс.
40. Клиническое описание острого горя.
41. Осложненное горе.
42. Возрастные особенности переживания горя.
43. Общая характеристика переживания детьми горя. Фазы детского горя.
44. Консультирование клиента, пережившего утрату.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Актуальные проблемы кризисной психологии : сб. научн. тр. // отв. ред. Л.А. Пергаменщик. – Минск : НИО, 1999. – 187 с.
2. **Андрющенко, А.В.** Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А.В. Андрющенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 4. – С. 104–109.
3. **Анцыферова, Л.И.** Психология повседневности: Жизненный мир личности и «техника ее бытия» / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1993. – Т. 14 – № 2. – С. 3–16.
4. **Бабосов, Е.М.** Катастрофы: Социологический анализ / Е.М. Бабосов. – Минск : Наука и техника, 1995. – 472 с.
5. **Бассин, Ф.В.** К современному пониманию психической травмы и общих принципов ее психотерапии / В. Бассин, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова. – В кн.: Руководство по психотерапии. – М. : Наука, 1974. – С. 39–53.
6. **Баранов, Н.П.** Экстремальные ситуации : методология анализа / Н.П. Баранов. – Минск : Изд-во Наука и техника, 1997. – 116 с.
7. **Бинсвангер, Л.** Бытие-в-мире / Л. Бинсвангер. – СПб. : Ювента, 1999. – 300 с.
8. **Бородин, Д.Ю.** Обряд плача как форма психотерапии в ситуациях самооценочной дезадаптации / Д.Ю. Бородин, Т.В. Галкина // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. – № 2. – С. 149–159.
9. **Боулби, Дж.** Привязанность / Дж. Боулби. – М. : Гардарики, 2003. – 480 с.
10. **Боулби, Дж.** Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. – М. : Академический проект, 2004. – 232 с.
11. **Василюк, Ф.Е.** Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
12. **Вассерман, Д.** Напрасная смерть : причины и профилактика самоубийств / Д. Вассерман / перевод Е. Ройнер. – Москва : Смысл, 2005. – 310 с.
13. **Гнездилов, А.В.** Психология и психотерапия потерь // Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 162 с.
14. **Губачев, Ю.М.** Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека / Ю.М. Губачев, Б.В. Иовлев, В.Д. Карвасарский [и др.]. – Л. : Медицина, 1976. – 224 с.
15. **Дубницкая, Э.Б.** К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий (введение в проблему) / Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 102–104.
16. **Емельянова, Е.В.** Кризис в созависимых отношениях // Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 368 с.
17. **Захаров, А.И.** Неврозы у детей и подростков : анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров. – Москва : Медицина, 1988. – 248 с.
18. **Захаров, А.И.** Психотерапия семьи / А.И. Захаров. – М. : Речь, 2011. – 322 с.
19. **Зинченко, В.П.** Об объективном методе в психологии / В.П. Зинченко, М.К. Мамардашвили // Вопросы философии. – № 7. – 1997. – С. 113–125.

20. **Игумнов, С.А.** Клиническая психотерапия детей и подростков / С.А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2009. – 433 с.
21. **Исаев, Д.** Психосоматические расстройства у детей / Д. Исаев. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 512 с.
22. **Каплан, Г.И.** Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Д. Сэдок / пер. с англ. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.
23. **Карвасарский, Б.Д.** Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – Новосибирск : ИНФРА-М, 2008. – 592 с.
24. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб: Питер, 2007. – 652 с.
25. **Карвасарский, Б.Д.** Психотерапия / Б.Д. Карвасарский, В.А. Тапшыков. – СПб. : Питер, 2009. – 329 с.
26. **Квинтин, Л.** Состояние после психотравмы: терапия или превентивный подход // Л. Квинтин. – Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л.А. Пергаменщика. – Минск : НИО, 1997. – С. 183–188.
27. **Кендалл, Ф.** Психотерапия детей и подростков / Ф. Кендалл. – СПб. : Питер, 2006. – 283 с.
28. **Кирпиченко, А.А.** Основы медицинской психологии : учебное пособие для вузов / А.А. Кирпиченко, Б.Б. Ладик, А.А. Пашков. – Минск : Вышэйшая школа, 1998. – 144 с.
29. **Кондрашенко, В.Т.** Общая психотерапия / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской. – Минск, 2003. – 318 с.
30. **Короленко, Ц.П.** Почему люди отказываются от жизни // Глава в книге «Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире» / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. – Новосибирск : Наука. Сиб.отд.-ние, 1990. – С. 123–142.
31. Кризисное вмешательство : учеб.-метод. пособие / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек. – Минск : ЕГУ, 2003. – 92 с.
32. Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л.А. Пергаменщика. – Минск : Изд-во НИО, 1997. – 207 с.
33. **Князева, Е.Н.** Основания синергетики: Синергетическое мировидение / Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов. – 2-е изд. – М. : КомКнига, 2005. – 240 с.
34. **Лазарус, Р.** Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус. – В кн.: Эмоциональный стресс. – М., 1970. – С. 178–209.
35. **Леонтьев, Д.А.** Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д. А. Леонтьев. – Москва : Смысл, 1999. – 487 с.
36. **Лейнер, Х.** Кагатимное переживание образов: Основная ступень: Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву : семинар / Х. Лейнер / пер. с нем. – М. : Эйдос, 2006. – 253 с. – схемы.
37. **Лэндрет, Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений / Г.Л. Лэндрет. – Иркутск : Международная педагогическая академия, 2007. – 202 с.
38. **Маданес, К.** Системная семейная психотерапия / К. Маданес. – М., 2009. – 311 с.
39. **Малинина, Е.В.** Базовые теории и методы гештальт-терапии / Е.В. Малинина, В.В. Колмогорова, И.В. Забозлаева, О.И. Пилявская. – Челябинск : ЮУГМУ, 2015. – 64 с.

40. **Малкина-Пых, И.Г.** Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
41. **Малкина-Пых, И.Г.** Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2006. – 1008 с.
42. **Малкина-Пых, И.Г.** Экстремальные ситуации / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 960 с.
43. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб. : Оверлайд, 1994. – 305 с.
44. **Менделевич, В.М.** Психология девиантного поведения // Аутоагрессивное поведение : учеб. пособие / В.М. Менделевич. – Москва : МЕДпресс, 2001. – С. 91–96.
45. **Нахимовский, А.И.** Практическая психотерапия детей и подростков / А.И. Нахимовский, В.В. Шипков. – М. : Речь, 2007. – 384 с.
46. **Нельсон-Джоунс, Р.** Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб. : Питер, 2009. – 464 с.
47. **Обухов, Я.Л.** Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков / Я.Л. Обухов. – М. : Эйдос, 2007. – 188 с.
48. **Олпорт, Г.** Личность: проблема науки или искусства? / Г. Олпорт // Психология личности. Тексты. – М. : МГУ, 1982. – С. 208–215.
49. **Орлов, А.Б.** Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практики / А.Б. Орлов. – М. : Логос, 1995. – 224 с.
50. **Пергаменщик, Л.А.** Кризисная психология : учебное пособие / Л.А. Пергаменщик. – Минск : Вышэйшая школа, 2004. – 239 с.
51. **Пергаменщик, Л.А.** Методологические аспекты кризисной психологии // Кризисные события и психологические проблемы человека. – Минск : НИО, 1997. – С. 5–16.
52. **Пергаменщик, Л.А.** Психология травматического стресса / Л.А. Пергаменщик // Адукацыя і выхаванне. – 1993. – № 2. – С. 62–71.
53. **Пергаменщик, Л.А.** Список Робинзона : психологический практикум / Л.А. Пергаменщик. – Минск : Ильин В.П., 1996. – 128 с.
54. **Пергаменщик, Л.А.** Преодоление психологических травм / Л.А. Пергаменщик, С.С. Гончарова, М.И. Яковчук. – Минск : НИО, 1999. – 55 с.
55. Психиатрия // под ред. Р. Шейдера / пер. с англ. – М. : Практика, 1998. – 485 с.
56. Психология : словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
57. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. – М. : Смысл, 2007. – 319 с.
58. **Пушкарёв, А.Л.** Посттравматические стрессовые расстройства // Диагностика и лечение / А.Л. Пушкарёв, В.А. Домарацкий, Е.Г. Гордеева. – Москва : Институт психотерапии, 2000. – 128 с.
59. **Ратгер, М.** Помощь трудным детям / М. Ратгер. – М. : Прогресс, 1987. – 263 с.
60. **Ремшмидт, Х.** Психотерапия детей и подростков / Х. Ремшмидт. – М. : Мир, 2008. – 202 с.
61. **Селье, Г.** Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1979. – 125 с.

62. **Семичев, С.Б.** Теория кризисов и психопрофилактика / С.Б. Семичев. – Труды / Ленингр. науч.-исслед. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. – Т. 63 : Неврозы и пограничные состояния. – Л., 1972. – С. 96–99.
63. **Сидорова, В.Ю.** Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 1-2. – С. 18–22.
64. **Тарабрина, Н.В.** Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с. : ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
65. **Тиллих, П.** Бытие, небытие и тревога текстов / П. Тиллих // Московский психотерапевтический журнал. – М., 1994. – № 1. – С. 48–72.
66. **Тиллих, П.** Избранное: Теология культуры / П. Тиллих // пер. с англ. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
67. **Тиллих, П.** Избранное: Теология культуры / пер. с англ. – П. Тиллих. – М. : Юрист, 1995. – 479 с.
68. **Тиллих, П.** Патологическая тревога, витальность и мужество / П. Тиллих // Московский психотерапевтический журнал. – М., 1994. – № 3. – С. 113–131.
69. **Тихонравов, Ю.В.** Экзистенциальная психология : учебно-справочное пособие / Ю.В. Тихонравов. – М. : ЗАО «Бизнес-школа» Интел-Синтез, 1998. – 238 с.
70. **Уманский, С.В.** Эволюция хаоса, или синергетическая психотерапия / С.В. Уманский, В.Я. Семке. – Томск : Иван Федоров, 2008. – 304 с.
71. **Циркин, С.Ю.** (общая редакция) Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / С.Ю. Циркин. – СПб. : Издательство Питер, 2009. – 395 с.
72. **Черепанова, Е.М.** Психологический стресс, помощи себе и ребенку / Е.М. Черепанова. – М. : Академия, 2007. – 411 с.
73. **Черепанова, И.В.** Основы психологической помощи : курс лекций: для слушателей специальности 1-23 01 71 «Психология» / И.В. Черепанова, О.А. Черепанов. – Могилев : МГУ имени А.А. Кулешова, 2014. – 304 с.
74. **Шапиро, Ф.** «Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры» / пер. с англ. А.С. Ригина / Ф. Шапиро. – М. : Класс, 1998. – 496 с.
75. **Ялом, И. Д.** Экзистенциальная психотерапия // пер с англ. Т.С. Драбкиной, И.Д. Ялом. – М. : Класс, 1999. – 576 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	3
Тема 1. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И СИСТЕМА ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	4
Тема 2. ТЕОРИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.....	21
Тема 3. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ И ФИЛОСОФИИ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	46
Тема 4. ОСНОВЫ ЛОГОТЕРАПИИ.....	54
Тема 5. СТРАТЕГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПТСР.....	68
Тема 6. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	108
Тема 7. ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ.....	141
ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ.....	163
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ» для студентов дневной формы получения образования по специальности «Психология».....	165
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ» для студентов заочного отделения специальности «Психология».....	167
ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ» для слушателей специальности «Психология» ИПК и П.....	169
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	171

Учебное издание

КРИЗИСНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Составитель

Черепанова Ирина Вячеславовна

Технический редактор *А. Л. Позняков*
Компьютерная верстка *А. Л. Позняков*
Корректор *И. И. Толкачева*

Подписано в печать .12.2018.
Формат 60x84/16. Гарнитура Times New Roman Cyr.
Усл.-печ. л. 10,2. Уч.-изд. л. 10,4. Тираж 51 экз. Заказ № .
Учреждение образования «Могилевский государственный университет
имени А. А. Кулешова», 212022, Могилев, Космонавтов, 1
Свидетельство ГРИИРПИ № 1/131 от 03.01.2014 г.
Отпечатано в отделе оперативной полиграфии
МГУ имени А. А. Кулешова. 212022, Могилев, Космонавтов, 1