

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

И. М. Пономарева

РАБОТА ПСИХОЛОГА В КРИЗИСНЫХ СЛУЖБАХ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2014

УДК 159.9 (075.8)

ББК 88.492

П 56

П 56 Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. — СПб.: СПбГИПСР, 2014. — 198 с.

ISBN 978-5-98238-049-4

Данное учебное пособие по работе психолога в кризисных службах посвящено раскрытию основных форм и методов психологической помощи человеку, находящемуся в кризисном состоянии. Автор рассматривает ключевые понятия кризисной психологии, типологию кризисов, виды кризисных ситуаций и кризисных состояний. Акцент делается на специфике оказания психологической помощи в таких ситуациях, как утрата, насилие, суицидальный риск, измена, развод и др.

Учебное пособие «Работа психолога в кризисной службе» создано в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности и может быть использовано при обучении студентов высших учебных заведений, а также в практической деятельности специалистов помогающих профессий: психологов, педагогов, социальных и медицинских работников.

ISBN 978-5-98238-049-4

© Пономарева И. М., 2014

© СПбГИПСР, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В КРИЗИСНУЮ ПСИХОЛОГИЮ	
1.1. Понятия кризиса, кризисной ситуации, кризисного состояния	7
1.2. Принципы кризисной интервенции	25
1.3. Виды деятельности кризисных служб. Профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб	32
ГЛАВА 2. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ	
2.1. Переживание горя в связи с утратой близкого	39
2.2. Этапы горевания	41
2.3. Консультирование в ситуации утраты близкого	44
ГЛАВА 3. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ НАСИЛИЯ	
3.1. Виды, факторы риска и механизмы насилия	58
3.2. Последствия психологического, физического и сексуального насилия для здоровья и психики ребенка и взрослого	69
3.3. Консультирование жертв насилия	73
ГЛАВА 4. СИТУАЦИИ ЛИЧНОГО КРИЗИСА	
4.1. Безответная любовь. Консультирование в ситуации безответной любви	94
4.2. Измена. Консультирование в ситуации измены	101
4.3. Развод. Консультирование в ситуации развода	113
ГЛАВА 5. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	
5.1. Основные характеристики и мотивы суицидального поведения	134
5.2. Диагностика суицидального риска у взрослых и детей	143

5.3. Профилактика суицидального поведения	149
5.4. Психологическая коррекция и психотерапия при суицидальном поведении.	153

ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

6.1. Особенности деятельности учреждений социального обслуживания в системе социальных служб	160
6.2. Центры психолого-педагогической помощи. Структура и деятельность	165
6.3. Кризисные центры для детей и подростков. Структура и деятельность	171
6.4. Кризисные центры для взрослых. Структура и деятельность . . .	179

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	193
----------------------	-----

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	194
-----------------------------	-----

ВВЕДЕНИЕ

Кризисную психологию можно считать относительно новой областью психологической науки и практики, предметом которой является воздействие экстремальных ситуаций и утраты близкого на психику человека, а одной из важнейших целей — поиск эффективных методов оказания социально-психологической помощи личности в кризисе.

Первые исследования по психологии горя в связи с утратой близкого, а также по изучению воздействия экстремальных ситуаций на психику человека появились в начале — середине прошлого века (З. Фрейд, 1917; Э. Линдемманн, 1944; Э. Кюблер-Росс, 1969; Э. Крепелин, 1916; А. Кардинер, 1941; В. Е. Галенко, 1946 и др.). Возникновение кризисной психологии как самостоятельной области знаний относят к концу 1980-х годов.

Формирование кризисной психологии как самостоятельной области психологической теории и практики было вызвано рядом причин. Во-первых, интенсификацией кризисных процессов, происходящих в современном обществе: ростом техногенных катастроф, проявлений терроризма и иных видов насилия, ростом фактов суицидального поведения среди взрослого населения и особенно тревожными статистическими данными увеличения риска суицидального поведения у подростков и молодежи. Во-вторых, интенсивное развитие кризисной психологии в последние годы связано с повышением уровня социальной и психологической культуры в современном обществе. Последствия психической травмы для психики взрослых и детей были известны и ранее, но именно в последние десятилетия международное сообщество серьезно озаботилось данными проблемами. Это выразилось в появлении и развитии социально-психологических, суицидологических, социально-педагогических и иных центров социальной, медицинской и психологической помощи населению; в развитии экстренной социально-психологической помощи по «телефонам доверия». Потребности общества в квалифицированной помощи психотерапевтов, психологов и социальных работников вызвали необходимость решения задач профессиональной подготовки таких специалистов и разработки широкого спектра методов, техник и приемов оказания самой помощи. В связи с этим целью настоящего учебного пособия является

знакомство будущих и уже работающих специалистов с ключевыми понятиями кризисной психологии, типологией кризисов, основным содержанием конкретного типа кризиса и спецификой оказания психологической помощи, прежде всего консультирования, в разных кризисных ситуациях.

В соответствии с данными целями и построено настоящее учебное пособие. Оно открывается рассмотрением основных понятий кризисной психологии, анализом типологии психологических кризисов, описанием содержания кризисных состояний и кризисных ситуаций. Далее в учебном пособии подробно рассматриваются различные ситуации травматического кризиса: утраты близкого, насилия, личного кризиса, риска суицидального поведения, а также цели, задачи и алгоритмы психологического консультирования в каждом из типов кризисов. Завершает учебное пособие подробное описание различных видов социальной помощи в кризисной ситуации. При этом анализируются особенности работы учреждений социального обслуживания населения, структура и деятельность центров психолого-педагогической помощи, кризисных центров для детей и подростков, кризисных центров для женщин и мужчин, центров экстренной кризисной помощи по телефону — «телефонов доверия». В заключение подводятся итоги проведенного теоретического анализа литературы по проблемам травматических кризисов и профессиональной подготовки персонала кризисных служб.

ГЛАВА 1.

ВВЕДЕНИЕ В КРИЗИСНУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1.1. Понятия кризиса, кризисной ситуации, кризисного состояния

В энциклопедическом словаре **кризис** (от греч. *crisis* — решение, поворотный пункт, исход) определяется как резкий, крутой перелом или острое затруднение в чем-либо, тяжелое переходное состояние или тяжелое положение.

Какими бы жизненными событиями ни вызывался кризис (утрата близкого, ситуация насилия, природные катастрофы и пр.), он затрагивает наиболее фундаментальные, жизненно значимые потребности и ценности человека, становится доминантой его внутренней жизни и сопровождается сильными эмоциональными переживаниями. В то же время китайская идеограмма кризиса состоит из двух картин: одна предполагает опасность, другая — возможность, поскольку именно кризис, нарушая привычный ход жизни, требует от человека переосмысления жизненных целей, отношений с окружающими, образа жизни и др. Поэтому успешное преодоление кризиса может способствовать личностному росту человека и большей зрелости его личности.

Вслед за К. Г. Юнгом американский психотерапевт Джеймс Холлис отмечал, что кризис человек переживает в такие моменты, когда становится ясно, что прежний взгляд на мир или сознательные установки больше не соответствуют изменившейся ситуации. Д. Холлис пишет: «Так в микрокосме создается смысл кризиса для каждого из нас — жизнь приглашает нас разобраться, разделить, различить, просеять, чтобы появилась возможность двигаться к ее обогащению, перерасти удобные прежде представления о себе и внешнем мире. Мы можем не радоваться наступлению кризиса, но у нас нет другого выбора, чем его выстрадать» [66, с. 90]. В результате такого пересмотра, переоценки своей жизни и картины мира в процессе прохождения кризиса человеком, его душевный мир может обогатиться, личность может стать более зрелой и приобрести новое видение, новые цели, новый смысл.

В современной психологической науке не существует пока общепринятой теории и типологии кризисов. В то же время есть различные типологии, среди которых ряд авторов, в том числе В. Г. Ромек, В. А. Конторович [54], И. М. Пономарева [49], Ф. Рупперт [55] и другие выделяют **нормативные** и **ненормативные** кризисы (рис. 1).

К нормативным кризисам авторы относят такие, которые сопровождают человека на всем протяжении жизни. Это *кризисы развития* или *возрастные кризисы*.

Возрастной кризис — это переходный период между возрастными этапами, который неизбежно переживается человеком при движении от одного возрастного этапа к другому по завершении определенных стадий развития.

В отечественной психологии первое научно-обоснованное представление о возрастном кризисе ввел в 30-х годах прошлого века П. П. Блонский [8]. Исследователь обратил внимание на особые «переходные возрасты», которые представляют собой трудности в педагогическом отношении и могут называться «критическими периодами». Данная теория получила развитие в работах Л. С. Выготского [14], выдвинувшего теоретическое представление о двух типах возрастов: критическом и стабильном. На основании проведенных исследований, Л. С. Выготский выделил следующие критические периоды: кризис новорожденности, одного года, трех лет, семи лет, тринадцати лет, или подростковый кризис, кризис семнадцати лет, или юношеский кризис. Стабильные и критические возрасты отличаются, с точки зрения Л. С. Выготского, социальной ситуацией развития. И если стабильный период определяется гармонией между средой и отношением ребенка к ней, то критический период — дисгармонией, противоречием. Развитие в стабильный период приводит к возникновению новой структуры личности — новообразованию.

Это новообразование, с точки зрения исследователя, приводит к нарушению гармонии между ребенком и окружающей его действительностью. Так возникает противоречие, которое задает условия для своего разрешения, определяя специфику критического возраста. Таким образом, по Л. С. Выготскому, кризис является кульминацией микроизменений, возникших на протяжении предшествующего стабильного периода [14].

Основные положения Л. С. Выготского о периодизации психического развития получили свое продолжение в работах его последователей: А. Н. Леонтьева, М. И. Лисиной, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконина и других.



Рис. 1. Типы кризисов

Проблема существования определенных возрастных периодов в процессе развития личности поднималась в многочисленных исследованиях зарубежных авторов и рассматривались в разных аспектах. В первую очередь, это представления о смене некоей структуры или организованности: например, теория стадий развития сексуальности З. Фрейда, теория развития интеллекта Ж. Пиаже и другие.

Во-вторых, представления о психологическом механизме возникновения нового, например работы Я. Боома и его последователей.

В-третьих, представления о кризисе (конflikте) как характеристике определенной стадии онтогенеза: Э. Эриксон, Д. Левинсон и другие.

Концепция Э. Эриксона во многом перекликается с позициями отечественных психологов. Например, с точки зрения социальной обусловленности развития, существования определенных стадий онтогенеза и др. Э. Эриксон (1992) выделяет восемь последовательных стадий развития, называя их кризисами развития. При этом первые пять стадий в своей основе опираются на известные из работ З. Фрейда стадии развития сексуальности, но с анализом основополагающего или ядерного конфликта, разрешение которого составляет одну из задач «эго». В то же время несомненной заслугой Э. Эриксона было продолжение возрастной границы кризиса от детского, подросткового и юношеского возраста до возраста зрелости. Э. Эриксон рассмотрел содержание, особенности протекания и основные задачи, стоящие перед личностью

в периоды ранней (21–25 лет), средней (26–64 года) и поздней зрелости (свыше 65 лет). Автор рассматривает следующие последовательные стадии развития и называет соответствующие им конфликты:

- оральная стадия, базовое доверие или недоверие к миру;
- анальная стадия, самостоятельность или чувство стыда;
- фаллическая стадия, инициативность или чувство вины;
- латентная стадия, компетентность или неполноценность;
- подростковая и юношеская стадия, эго-идентичность или ролевое смешение;
- ранняя зрелость, интимность или изоляция;
- средняя зрелость, продуктивность или застой, стагнация;
- поздняя зрелость, целостность эго или отчаяние.

В современных отечественных и зарубежных исследованиях по проблемам возрастных кризисов особое внимание уделяется ранее малоизученным периодам средней и поздней зрелости. Появилось большое количество работ, посвященных особенностям протекания кризиса среднего возраста и методам психологической помощи в этот период. Также актуальны в настоящее время исследования особенностей протекания периода поздней зрелости, способствующие решению задачи оказания социальной и психологической помощи пожилым людям.

Следующим типом кризиса являются **ненормативные кризисы**, и именно они являются **предметом** настоящего учебного пособия. Ненормативные кризисы еще называют *травматическими*, так как они сопровождаются нанесением человеку *психической травмы*.

К классическим видам психической травмы относят **экстремальные травмы**, связанные с угрозой жизни, здоровью и благополучию, и **травмы утраты**.

В связи с этим ненормативные или травматические кризисы разделяют на два типа: **экстремальные кризисы** и **кризисы утраты близкого**.

Эти кризисы возникают под воздействием кризисной ситуации.

Кризисная ситуация — это ситуация, выходящая за рамки обычного опыта, то есть к ней нет готовых адаптивных стереотипов поведения. Такая ситуация вызывает потрясение человека и изменение его привычной картины мира. Выделяют два типа кризисных ситуаций: **экстремальные ситуации** (природные бедствия, техногенные катастрофы, различные виды насилия, в том числе терроризм и пр.) и **ситуации утраты близкого** (разлучение матери и ребенка, смерть близкого человека, развод и пр.).

Так же, как и понятие «кризис», понятие «психическая травма» в настоящее время не имеет общепринятого, четкого определения в медицинской и психологической литературе.

Понятие «психическая травма» впервые появилось в научной литературе в конце XIX века. Как отмечает И. Г. Малкина-Пых [37], наибольшее распространение это понятие получило в рамках теории посттравматического расстройства и сформировавшейся в конце 1980-х годов кризисной психологии. Большинство авторов подчеркивает, что психическая травма представляет собой переживание особого рода. Она возникает в ситуациях угрозы существованию человека, нарушения его нормальной жизнедеятельности, когда готовых адаптивных механизмов нет и не может быть, так как это ситуации, выходящие за рамки обычного опыта. Поэтому первой реакцией человека на травматическую ситуацию является потрясение. Немецкий психотерапевт Готфрид Фишер (*G. Fischer, 1999*) определяет **психическую травму** как витальное переживание дисбаланса между угрожающими обстоятельствами и индивидуальными возможностями преодолеть их, сопровождающееся чувством беспомощности, незащищенности, вызывающее длительное потрясение и изменение в понимании себя и мира [54]. Главным содержанием психической травмы является утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма разрушает привычную картину мира личности, затрагивая такие ее базовые иллюзии, как **иллюзию бессмертия, справедливости и простоты устройства мира**. Иллюзия собственного бессмертия постепенно формируется у ребенка в процессе освоения окружающего мира, как психологическая защита. Она помогает нормализации эмоционального состояния ребенка, когда все пугающее и страшное он не относит ни к себе, ни к близким людям. По мере развития и взросления личности эта иллюзия продолжает существовать, но, как правило, не осознается. Кризисное событие, как отмечает Е. М. Черепанова [67], обрушивается на человека, нарушает его психологическую защиту и превращает уютный и стабильный мир в хаос. Второй базовой иллюзией является иллюзия справедливости. Для формирования чувства стабильности и эмоциональной устойчивости у ребенка в процессе взаимодействия с родителями и другими близкими людьми возникает вера в то, что явления окружающего мира постижимы, упорядочены и справедливы. И с детства в душевный мир человека привносится такой закон мироздания, из которого следует, что «плохое» случается только с «плохими людьми» и каждый получает только то, что заслуживает. Таким образом, пока мы будем вести себя «хорошо», с нами ничего не случится. Как и иллюзия бессмертия, иллюзия справедливости устройства мира продолжает существовать у взрослого человека. И ее существование подтверждают такие обычные

для попавших в кризисную ситуацию людей вопросы, как: «За что это мне?» и «Почему это случилось со мной?». Третьей иллюзией, которая формируется у ребенка и помогает ему приобрести чувство стабильности и безопасности, является иллюзия простоты устройства мира. Эта иллюзия базируется на представлении, что мир делится на две противоположные части: черную и белую, хорошую и плохую, добрую и злую. Как отмечает Е. М. Черепанова, у ребенка отсутствуют полутона и диалектика мировосприятия, весь мир для него как бы поделен на две антагонистические части. Понятно, что его родные и близкие, в том числе он сам — это добро, а те, кто выступает против них, — это зло. Так еще в детстве мир ребенка делится на «наших» и «не наших». Экстремальная ситуация разрушает и эту иллюзию, поэтому после нее у людей, как правило, возникают чувства беспомощности, незащищенности, стыда, вины и страха.

При переживании травматического кризиса у человека возникают состояния различной тяжести — *кризисные состояния*.

Кризисное состояние — это состояние, которое возникло в результате потрясения, переживания особого рода под воздействием кризисной ситуации.

В литературе по проблемам кризисной психологии среди основных кризисных состояний, как правило, выделяют: *стресс, фрустрацию, конфликт, депривацию и кризис*.

Стресс (англ. *stress* — напряжение, давление) — общая, неспецифическая реакция мобилизации ресурсов организма в ответ на неблагоприятные факторы. Это могут быть физиологические факторы — боль, голод, болезнь и пр. Возможны психологические факторы, вызывающие стресс: чувства обиды, вины, горя, ситуации угрозы и утраты и пр.

Стресс — это процесс внутренних изменений в системах организма в ответ на любое сильное или продолжительное воздействие окружающей среды. Впервые о стрессе заговорил канадский физиолог и врач Ганс Селье [56]. Исследователь отметил, что реакция организма на разные лекарственные вещества изначально одинаковая. Эту реакцию Г. Селье назвал общим адаптационным синдромом, который позже получил название стресса. Стресс помогает организму поддерживать постоянство внутренней среды. Многие среды организма, например кровь, должны обладать определенными свойствами, если эти свойства изменить, то организм погибнет. Как показали исследования Г. Селье [56], основная функция стресса — обеспечить сохранение этих свойств, то есть поддержание гомеостаза организма. Автор разделил стресс на два вида: позитивный и негативный в зависимости от его воздействия на организм. Если стресс не наносит вреда организму (вызван

позитивными эмоциями или непродолжительными негативными, которые помогают мобилизовать силы организма и обеспечить повышение жизнедеятельности) — это положительный стресс, или **эустресс**. Стресс, наносящий организму вред (вызванный продолжительными негативными воздействиями), — это негативный стресс или **дистресс**. Фактически когда используют понятие стресса, подразумевают дистресс, то есть негативный стресс.

Г. Селье выделил следующие **функции стресса**:

- сохранение и поддержание постоянства внутренней среды организма в меняющейся окружающей среде;
- мобилизация ресурсов организма для выживания в неблагоприятной обстановке;
- адаптация к непривычным условиям жизни.

Автором были обнаружены три **фазы стресса**:

1. **Мобилизация (тревога)** — характеризуется перестройкой физиологических, биохимических и пр. характеристик организма в ответ на стрессор.

2. **Сопротивление (резистентность)** — характеризуется закреплением реакции повышенного уровня функционирования организма на время действия стрессора.

3. **Истощение (дистресс)** — проявляется в реакции снижения уровня функционирования различных систем организма в связи с тем, что его ресурсы исчерпаны. Эта фаза наступает не всегда, а только при очень сильном или длительном стрессе.

Фрустрация (лат. *frustration* — обман, тщетное ожидание, разрушение планов) — реакция эмоционального напряжения в ответ на непреодолимые препятствия, как реальные, так и воображаемые. Как правило, фрустрация проявляется в психическом состоянии личности, раскрывающемся в своеобразном комплексе негативных переживаний (страх, гнев, чувство вины, стыда и т. д.) и поведенческих реакциях, что базируется на субъективной оценке непреодолимых и неустранимых препятствий при решении личностно значимых задач. При этом подобные преграды могут существовать лишь в поле субъективного восприятия конкретной личности, а могут быть и объективно представлены в реальности.

Различают **физические и психологические препятствия** — так называемые «**барьеры**». Примерами физических барьеров является заключение человека в тюрьму, серьезная болезнь, его переезд в другой город, страну и пр. Психологические барьеры могут быть «**внутренними**» и «**внешними**».

«Внешние» психологические барьеры представляют собой социокультурные запреты, нормы, правила, делающие исполнение замысла личности невозможным. Примером могут служить запрет на брак родственников, запрет на брак представителей различных каст в Индии и пр.

«Внутренние» психологические барьеры представляют собой моральные, нравственные запреты самой личности.

В логике фрейдизма и неопрейдизма проблема фрустрации напрямую связана с проблематикой агрессии и рассматривается как некий «запускающий» механизм, практически неизбежно приводящий индивида к проявлениям агрессивного поведения. С позиции бихевиорального подхода фрустрация традиционно анализируется в качестве фактора, существенно замедляющего действенный «отклик» на предъявленный стимул и препятствующего естественному протеканию ответной активности.

Понятие «фрустрация» в рамках современной психологической науки нередко рассматривается рядом авторов как разновидность стресса, а порой — как реакция на легкую форму депривации личностно значимых потребностей индивида. Что касается социально-психологического ракурса рассмотрения фрустрации, то наибольший интерес здесь, с точки зрения исследователей, имеет фрустрационно окрашенный аспект межличностных отношений и прежде всего конфликтного взаимодействия. Степень остроты фрустрационного переживания и фрустрационных последствий зависит в первую очередь от двух факторов: мощности фрустратора и степени фрустрационной защищенности, «стойкости» личности. Помимо этого фоновым, но крайне значимым фактором здесь является такая переменная, как функциональное состояние личности, оказавшейся в фрустрационной ситуации. Следует также отметить, что в последнее время устойчивость к фрустрационному воздействию обозначают, как правило, в качестве «фрустрационной толерантности». Личности, обладающие этим качеством, способны рационально анализировать возникшую фрустрационную ситуацию, адекватно оценивать степень ее масштабности и реалистично предвидеть ее развитие, обычно не склонны к мотивированному риску и сознательно избегают принятия тех решений, которые можно охарактеризовать как авантюрные. Все это в совокупности позволяет этим личностям даже в том случае, когда они все же попали в экстремальную ситуацию, сопряженную с наступлением состояния личностной фрустрированности, осуществлять оптимальный поиск путей выхода из сложившихся обстоятельств, максимально использовать и свои внутренние ресурсы, и внешние условия.

Конфликт (лат. *conflicts* — столкновение) — столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений в сознании отдельно взятого индивида или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями. Любые организационные изменения, противоречивые ситуации, деловые и личностные отношения между людьми нередко порождают конфликтные ситуации, которые субъективно сопровождаются серьезными психологическими переживаниями. С обыденной точки зрения конфликт несет негативный смысл, ассоциируется с агрессией, глубокими эмоциями, спорами, угрозами, враждебностью и т. п. Бытует мнение, что конфликт — явление всегда нежелательное и его необходимо по возможности избегать и, уж если он возник, немедленно разрешать. Современная психология рассматривает конфликт не только в негативном, но и в позитивном ключе: как способ развития организации, группы и отдельной личности, выделяя в противоречивости конфликтных ситуаций позитивные моменты, связанные с развитием и субъективным осмыслением жизненных ситуаций. Существуют многочисленные классификации конфликтов. Основаниями для них могут быть источник конфликта, содержание, значимость, тип разрешения, форма выражения, тип структуры взаимоотношений, социальная формализация, социально-психологический эффект, социальный результат. Конфликты могут быть скрытые и явные, интенсивные и стертые, кратковременные и затяжные, вертикальные и горизонтальные и т. д.

По **направленности** конфликты делятся на «горизонтальные» и «вертикальные», а также «смешанные». К горизонтальным конфликтам относят такие конфликты, в которых не замешаны лица, находящиеся в подчинении друг у друга. К вертикальным конфликтам относят те, в которых участвуют лица, находящиеся в подчинении один у другого. В смешанных конфликтах представлены и вертикальные, и горизонтальные составляющие. По оценкам психологов, конфликты, имеющие вертикальную составляющую, то есть вертикальные и смешанные, — это приблизительно 70–80 % всех конфликтов. По **значению** для группы и организации конфликты делятся на конструктивные (созидательные, позитивные) и деструктивные (разрушительные, негативные). По **характеру причин** конфликты можно условно разделить на объективные и субъективные. Первые порождены объективными причинами: организационными, экономическими, территориальными особенностями производства. Вторые — субъективными, личностными. Объективный конфликт чаще разрешается конструктивно, субъективный, напротив, как правило, разрешается деструктивно.

По своему социально-психологическому эффекту конфликты делятся на две группы:

- развивающие, активизирующие каждую из конфликтующих личностей и группу в целом;
- способствующие самоутверждению или развитию одной из конфликтующих личностей или группы в целом и подавлению, ограничению другой личности или группы лиц.

По объему социального взаимодействия конфликты разделяют на:

- внутриличностные;
- межличностные;
- межгрупповые.

Внутриличностные конфликты представляют собой столкновение противоположно направленных мотивов, интересов, целей в психологическом пространстве одного человека. Обращение за психологической консультацией зачастую вызвано подобным конфликтом. **Межличностные конфликты** — это наиболее часто возникающие конфликты. Они представляют собой столкновение противоположных взглядов, ценностей, интересов отдельных людей. Возникновение межличностных конфликтов определяется ситуацией, личностными особенностями людей, отношением личности к ситуации и психологическими особенностями межличностных отношений. Возникновение и развитие межличностного конфликта во многом обусловлены индивидуально-психологическими характеристиками. **Межгрупповые конфликты** предполагают, что сторонами конфликта являются социальные группы, преследующие несовместимые цели и своими практическими действиями препятствующие друг другу. Это может быть конфликт между представителями различных социальных категорий (например, в организации: линейный и офисный персонал и т. д.). Это может быть ситуация противостояния группы и одного человека.

Депривация (лат. *privare* — отделять) — лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей.

Сам термин «депривация» вошел в психологию благодаря автору теории привязанности, английскому психологу Д. Боулби (1969), а затем был проработан и содержательно наполнен в работах его коллеги М. Эйнсуорт (1991). Следует отметить, что термин «депривация» многими авторами используется двояко: для обозначения реального ограничения условий жизни и функционирования и психического состояния, возникающего в результате подобных ограничений.

В зависимости от того, чего именно лишен человек, выделяют различные виды депривации — сенсорную, социальную, материнскую, и другие [50].

Сенсорная депривация. Данный вид депривации возникает в обедненной среде при нехватке зрительных, слуховых, осязательных и других стимулов или при расстройствах функций основных органов чувств. И. М. Сеченов в своей работе «Рефлексы головного мозга» писал о том, что одним из необходимых условий нормальной психической деятельности человека является известный минимум раздражителей, поступающих в мозг от органов чувств. Исследования А. А. Леонова и В. И. Лебедева [33] по строгой сенсорной депривации показали, что многие здоровые люди ее не выдерживают: приходится прекращать опыт в связи с рядом психических нарушений, охватывающих все сферы психической деятельности.

Среди таких психических нарушений характерным является появление различных обманов чувств, вплоть до галлюцинаций. В связи с этим исследователи предполагают, что «недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации может сама продуцировать образы, которые расцениваются как продуктивная психопатологическая симптоматика.

Социальная депривация. Данный вид депривации обусловлен либо полным отсутствием возможности общения с другими людьми (заключение в одиночную камеру, пребывание на необитаемом острове и пр.), либо возможностью общаться лишь со строго ограниченным контингентом людей (тюрьма, работа на дрейфующей станции, в море, в космосе и пр.). В этом случае человек не может реализовать потребности в чувственно-эмоциональных контактах, в получении социально значимой информации, которые реализуются в процессе общения между людьми. Исследование влияния условий групповой изоляции обнаружило четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде: так называемый «зимовочный синдром», состоящий из депрессии, враждебности, нарушений сна и ослаблении познавательных способностей [6].

К видам социальной депривации можно отнести и такое состояние личности, как одиночество. В современной отечественной психологии одиночество относится к одному из видов «трудных» состояний. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. В то же время как своеобразная форма «социального голода» одиночество может быть и полезно и даже необходимо человеку как средство лечения души, восстановления себя, средство самосовершенствования. Человеку периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

Как отмечают В. В. Белов и Ю. А. Парфенов [6], существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной

изоляции. Это прежде всего максимально возможная включенность в целенаправленную деятельность, высокая адекватная мотивация, четкое осознание необходимости решения задач исследования или путешествия как своих личных. Ситуация изоляции является, таким образом, стрессовой и экстремальной для индивида настолько, насколько он сам ее воспринимает как таковую.

Материнская депривация. Это понятие обобщает целый ряд различных явлений. Это и воспитание ребенка в детских учреждениях, и недостаточная забота матери о ребенке, и недостаток или потеря любви и привязанности ребенка к определенному человеку, выступающему для него в роли матери, и, наконец, временный отрыв ребенка от матери, связанный с болезнью. Недостаток эмоциональной близости, тепла в общении с матерью, как показывают исследования, вызывает нарушения развития, невротические и аффективные расстройства, порождает у ребенка страх, агрессивность. То есть полноценное развитие ребенка возможно только в психологическом контакте с матерью. Эти контакты проявляются в самых разнообразных формах: от прямого телесного контакта как основы эмпатии до эмоциональных отношений, лежащих в основе единой психофизиологической системы «мать — дитя».

В условиях полной материнской депривации наблюдаются следующие варианты психической патологии:

- нарушение формирования личности;
- нарушение психического и интеллектуального развития;
- психические расстройства.

Понятие **кризиса** уже подробно рассматривалось и будет и далее рассматриваться в настоящем учебном пособии.

Помимо этих состояний, многие исследователи выделяют *травматический стресс* и *посттравматическое стрессовое расстройство*.

Остановимся на них более подробно.

Под **травматическим стрессом** Е. М. Черепанова [67] понимает особую форму общей стрессовой реакции, когда стресс перегружает физиологические, психологические, адаптационные возможности и разрушает психологическую защиту, то есть вызывает тревогу.

Как отмечают исследователи, травматический стресс соразмерен по интенсивности переживаний всей прежней жизни и меняет восприятие времени, становясь водоразделом, границей «до» и «после» экстремального события.

Травма для многих становится рубежом в жизни: меняется картина мира и представления о себе, видение прошлого может быть искажено, что делает вероятным повторение травматических событий в будущем, так как пострадавший может неосознанно стремиться

вернуться в то время и прожить его вновь. Причиной этого может быть стремление человека отреагировать кризисное событие.

То есть травматическое событие как будто не отпускает человека от себя, и многие люди продолжают жить по тем нормам, правилам, которые диктовала кризисная ситуация.

В литературе существуют различные отечественные и зарубежные теоретические модели травматического стресса (Н. В. Тарабрина [60]; Е. М. Черепанова [67]; Е. С. Калмыкова, М. А. Падун [27]; И. Г. Малкина-Пых [37]). Нам представляется наиболее наглядной модель травматического стресса Е. М. Черепановой (рис. 2). Автор предлагает представить себе личность в виде концентрических кругов, в центре располагается ядро «Я» или самоидентичность. Другие исследователи, например К. Г. Юнг [73], понимают под этим образованием «самость». Это центральное образование психики, благодаря которому личность при самых разнообразных обстоятельствах и изменениях, в том числе возрастных, остается самой собой.

Следующий круг представляет собой телесное «Я», неразрывно связанное с ядром «Я» и составляющее одну из базовых характеристик личности. Телесное «Я», включая схему тела, начинает формироваться у человека очень рано, еще с младенчества, и играет важную роль в дальнейшей жизни.

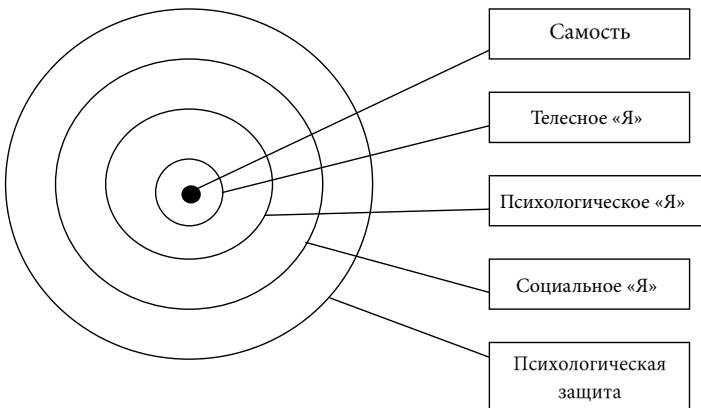


Рис. 2. Модель травматического стресса Е. М. Черепановой

Телесное «Я» включает в себя образ своего тела, его ощущения, а также его оценку. Все это формируется у младенца в процессе телесного общения с окружающими людьми, в первую очередь с родителями. Ребенок, у которого такого телесного общения, прикосновений,

ласки со стороны родителей было недостаточно, впоследствии может иметь серьезные психические нарушения, получившие в литературе название «госпитального синдрома».

Эмоциональная сфера таких детей может быть обеднена, им трудно понимать чувства других людей, сопереживание другим может представлять для них большую сложность.

Следующий круг представляет собой психологическое «Я» или Я-концепцию. Роберт Бернс [7] считал, что в Я-концепцию входят:

- когнитивная составляющая или образ «Я» (знания и представления личности о себе, своих способностях, характере, свойствах);
- эмоционально-оценочная составляющая или самооценка (отношение личности к самой себе: самоуважение, принятие, позитивное отношение или самоуничижение, непринятие, негативное отношение);
- поведенческая составляющая (тенденции поведения, соответствующие установкам личности).

Следующий круг представляет собой социальное «Я» или сферу межличностного взаимодействия личности. Социальное «Я» включает представления личности о своих социальных ролях, о месте, которое она занимает в различных социальных группах и о том, как к ней относятся в этих группах (семья, друзья, учеба, работа и пр.).

Следующий круг представляет собой психологическую защиту. Первые теоретические и практические исследования явления психологической защиты появились в области психоанализа и связаны с именами З. Фрейда (1923) и А. Фрейд (1936). Исследователи предположили, что защиты и соответственно защитное поведение направлены на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего целостности и устойчивости «Я». Таким образом, психологическая защита — это специальная регулирующая система, ограждающая сознание человека от отрицательных, травмирующих переживаний. Защита позволяет человеку сохранить привычное представление о себе, отвергая или искажая информацию, которая могла бы разрушить это мнение.

В психоаналитической литературе подробно исследованы девять наиболее распространенных, «классических» способов психологической защиты:

- отрицание — отторжение информации, которая тревожит и травмирует личность;
- вытеснение — активное выключение из сознания травмирующей информации и помещение ее в область бессознательного;
- регрессия — переход в трудных жизненных ситуациях к инфантильным, «детским», формам реагирования;

- реактивное образование — предотвращение выражения неприятных или неприемлемых для человека мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений (гиперкомпенсация);
- проекция — бессознательный перенос на другое лицо собственных нежелательных или неприемлемых чувств, мыслей, стремлений;
- идентификация — бессознательный перенос на себя, присвоение желательных чувств, мыслей, качеств, присущих другому человеку;
- замещение — перенос действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом;
- рационализация — псевдоразумное объяснение человеком своих чувств, мыслей, поступков в тех случаях, когда признание подлинных причин привело бы к потере самоуважения;
- сублимация — перенос сексуальной энергии в другие виды деятельности: спортивную, художественную, интеллектуальную и пр.

Как считает Е. М. Черепанова, чем дальше концентрические круги от центра, тем более поверхностным психическим слоям они соответствуют. Самый внешний круг представляют собой психологические защиты. Наносимая психическая травма проникает в один из слоев, разрушая защиту и «пробивая в ней брешь». Чем сильнее психическая травма, тем более глубокие слои личности она затрагивает и тем более глубокие и длительные последствия она вызывает. Самый глубокий слой — ядро «Я», «самость», как правило, оказывается незагрязненным. Но иногда травма, особенно пережитая в раннем возрасте, проникает очень глубоко, нарушая телесное «Я» и затрагивая «самость». К таким глубоким травмам относят сексуальное насилие по отношению к ребенку.

Если человек обращается за психологической помощью, травматический опыт может быть переработан. Если же пострадавший пытается «взять себя в руки» и вытеснить, забыть то, что с ним произошло, тогда травматические переживания как будто «инкапсулируются», то есть помещаются в «контейнер», находящийся в области бессознательного. В «контейнере» могут содержаться чувства беспомощности, страха, душевной боли, вины, стыда и др. В то же время любой стимул, который у пострадавшего ассоциируется с травмой, может вызвать болезненные воспоминания. Согласно модели Е. М. Черепановой, такие «контейнеры» имеют обыкновение «сливаться». Например, если ребенком пострадавший пережил физическое насилие, а будучи взрослым, прошел войну — воздействие этих двух травматических ситуаций суммируется и создается одна многокомпонентная травма, в основе которой может быть представление о мире как обществе агрессоров.

Данная модель возникновения травматического стресса, на наш взгляд, ясно и четко показывает, во-первых, какие уровни психики затронула психическая травма, а во-вторых, направления терапии, которые требуются в этом случае.

Постепенно человек адаптируется к жизни в новых условиях, что снижает воздействие пережитой травматической ситуации. Особенно, как показывают исследования, этому способствует оказание социально-психологической и медицинской помощи пострадавшим в экстремальной ситуации. Но приблизительно в 20 % случаев у пострадавших возникает **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**.

Посттравматическое стрессовое расстройство — это затяжная или отсроченная реакция на травматический стресс. Современные представления о ПТСР сложились к концу прошлого века, но расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы, описывались и раньше. Понятие посттравматического стрессового расстройства предложил американский психотерапевт М. Горовиц (*M. Horowitz*) в 1980 году. Однако в европейский международный классификатор болезней (МКБ-10) оно было внесено лишь в 1995 году.

Следующие критерии позволяют диагностировать ПТСР согласно МКБ-10:

- больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума;
- для больного характерны стойкие воспоминания или «ожившие» стрессоры в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя под воздействием ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессом;
- больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором;
- любое из двух:
 - либо психогенная амнезия, частичная или полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
 - либо стойкие симптомы повышения психической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до воздействия стрессора), представленные любыми двумя из следующих симптомов:
 - а) затруднение засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность и вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четыреххолмия.

В международной классификации психических нарушений при посттравматическом стрессовом расстройстве выделяют **три группы симптомов**:

- повторное переживание или вторжение непрошенных воспоминаний о травме (флэш-бэк);
- «избегание», например мест, напоминающих о травматическом событии, или процесса психологического консультирования, чтобы дистанцироваться от воспоминаний о стрессе;
- гиперактивность (нарушение сна, повышенная возбудимость, раздражительность и пр.).

Рассматривая общие подходы к психотерапии ПТСР, исследователи отмечают, что в целом психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению произошедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапии ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом посредством переработки травматического опыта, а также в активном и ответственном включении клиента в настоящее. Для этого, как отмечает И. Г. Малкина-Пых [37], необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе жизни и личной истории.

С. Н. Ениколопов [20] выделяет четыре наиболее эффективные стратегии ПТСР:

- поддержка адаптивных навыков «Я», в том числе создание позитивного отношения к психотерапии;
- формирование позитивного отношения к возникающим симптомам, так как они являются нормальной реакцией на ненормальные обстоятельства;
- снижение избегания, так как в противном случае травматический опыт не подлежит переработке;
- изменение атрибуции смысла произошедшего травматического события, то есть создание условий перехода от ведущих в тупик вопросов «За что?» и «Почему это произошло со мной?» к осознанию смысла и уроков произошедшего.

Поскольку при посттравматическом стрессовом расстройстве затрагиваются все уровни психики человека, наиболее эффективной моделью терапии ПТСР в настоящее время считается многоуровневая модель, которую называют *SIBAM*. Данное название происходит от первых букв английских понятий *sensitive*, означающего уровень ощущений; *imagine*, означающего уровень образов; *behavior*, означающего

уровень поведения; *affect*, означающего уровень переживаний, и *mind*, означающего уровень мыслей или когнитивный уровень [69]. Эта модель подразумевает системный подход к терапии психической травмы и сочетании при работе с ПТСР таких методов, как телесно-ориентированная терапия, гештальт-терапия, символдрама, арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия и других.

К основным направлениями работы с психической травмой относят:

- снижение тревоги посредством «вентиляции» чувств (страха, вины, беспомощности и пр.), то есть выражения своих переживаний в связи с травмой;
- формирование доступа к ресурсам личности;
- восстановление целостности личности;
- включение переработанного травматического опыта в личную историю.

Выделяют три стадии кризисной работы.

Первая стадия работы проходит в ближайшее время после травматического события, когда пострадавший находится в состоянии потрясения, шока. Целями кризисной работы на первой стадии являются нормализация эмоционального состояния человека посредством «вентиляции» негативных переживаний, формирование доступа к ресурсам личности и адаптация к возникшей кризисной ситуации. Эти цели достигаются посредством оказания экстренной психологической помощи пострадавшему.

Вторая стадия, или стадия коррекции, наступает, когда эмоциональное состояние клиента уже в определенной степени нормализуется. Целями кризисной работы на второй стадии являются дальнейшая нормализация эмоционального состояния человека, опора на его ресурсы и восстановление социальных связей и отношений личности. Эти цели достигаются в процессе психологического консультирования клиента по актуальным проблемам его жизни и деятельности: в областях семейного, делового, дружеского общения, учебы или работы, отношения к себе и другим людям и пр.

Третья стадия, или стадия реабилитации, завершает кризисную психологическую помощь. Целями кризисной работы на этой стадии являются восстановление чувства безопасности и самоконтроля, нахождение позитивных ресурсов в решении смыслового конфликта, определение оптимальной для личности меры ее ответственности и обеспечение интеграции личности. Эти цели достигаются в процессе индивидуальной и групповой терапии.

1.2. Принципы кризисной интервенции

Кризисная интервенция, или кризисное вмешательство, — это социальная и психологическая экстренная помощь, которая оказывается пострадавшему.

Ведущими методами кризисной интервенции являются кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Кризисная психотерапия показана при так называемых осложненных кризисах, то есть при развитии или высоком риске развития болезненных состояний у человека, переживающего кризис. Естественно, что любая угрожающая или ранящая ситуация вызывает изменения в чувствах, поведении и мыслях человека. Если состояние пострадавшего постепенно восстанавливается, и он в силах самостоятельно справиться с возникшими изменениями, то вмешательства психолога и психотерапевта не требуется. Если же негативные изменения приобретают длительный характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи.

В кризисной психологии выработаны принципы оказания экстренной психологической помощи человеку, переживающему состояние травматического стресса.

Выделяют следующие **принципы кризисной интервенции:**

- эмпатический контакт;
- безотлагательность;
- высокий уровень активности консультанта;
- психологическая поддержка;
- уважение клиента;
- ограничение целей;
- интервенция в поверхностные слои сознания;
- формирование доступа к ресурсам личности.

Рассмотрим последовательно каждый из них.

1. Эмпатический контакт. Контакт — это такой уровень безопасности, принятия и доверия во взаимодействии клиента и консультанта, который позволяет клиенту выразить то, что его беспокоит. Установление контакта в процессе консультирования является важнейшим условием его эффективности. К. Роджерс [53] ввел в психологический обиход понятие эмпатии и эмпатического контакта. Эмпатия (англ. *empathy* — вчувствование, проникновение), с точки зрения К. Роджерса, является сложным способом бытия, требующим от человека силы и одновременно нежности и чувствительности. Она предполагает сопереживание консультанта тем чувствам, которые испытывает

в настоящий момент клиент. Эмпатический контакт, по мнению многих специалистов в области кризисной терапии, представляет собой важнейшее условие кризисной помощи. Сопереживание и понимание психологического состояния другого человека (без «слияния» с этим состоянием и с сохранением контроля над происходящим со стороны консультанта) — это самое простое и самое сложное. С установления эмпатического контакта начинается кризисное вмешательство.

2. Безотлагательность. Кризисное вмешательство характеризуется безотлагательностью, предельной срочностью. Если при обычных ситуациях психологическая помощь может быть оказана спустя несколько часов и даже дней после запроса на психологическую консультацию, то при кризисной ситуации психологическая помощь оказывается незамедлительно. Например, при аварии или иной техногенной катастрофе помощь медиков и психологов может быть оказана прямо на месте происшествия.

3. Высокий уровень активности консультанта. При обычной ситуации консультанту важно предоставить достаточную активность клиенту, например, рекомендуется такое процентное распределение активности клиента и консультанта, как 70 % на 30 %, в крайнем случае, 50 % на 50 %. Это стимулирует интерес клиента к процессу психологического консультирования, его самостоятельность и ответственность за достигнутый в процессе работы результат. Но при кризисной ситуации, когда клиент находится в состоянии шока, потрясения, консультант первое время (в течение одной–двух встреч) может проявлять большую активность. Консультанту целесообразно проявлять максимальную активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис, и в сборе информации, чтобы как можно скорее оценить ситуацию и совместно с клиентом наметить план действий.

4. Психологическая поддержка. При работе по преодолению кризиса консультант (доброволец, психолог, психотерапевт) в первую очередь обеспечивает клиенту поддержку. Психологическая поддержка является важным ресурсом для человека, переживающего кризисную ситуацию.

5. Уважение клиента. Уважение является базовой потребностью любого человека. Особенно нуждается в нем человек, переживающий кризис, то есть испытывающий чувства беспомощности, вины, стыда, душевной боли. Поскольку человек в состоянии травматического стресса обычно очень чутко «считывает» состояние других людей, консультанту важно относиться к клиенту с уважением. Это предполагает отношение к клиенту как к вполне компетентному, независимому, взрослому человеку, стремящемуся обрести уверенность в себе,

способному если не в данный момент, то очень скоро сделать самостоятельный выбор. Так как для клиента консультант обычно является достаточно авторитетным лицом, его уважение способствует восстановлению самоуважения и самоконтроля пострадавшего.

6. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной интервенции — предотвращение катастрофических последствий. Основные цели — нормализация эмоционального состояния, восстановление психологического равновесия человека и его обучение пользоваться адаптивными способами преодоления кризиса. Кризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, чтобы помочь клиенту сосредоточиться на основной, наиболее актуальной в настоящее время проблеме.

7. Интервенция в поверхностные слои сознания. Существуют различные методы психологического консультирования, в том числе более глубокие, помогающие клиенту понять причинно-следственные связи возникновения его проблем. В ситуации кризиса консультанту рекомендуется сосредоточить свое внимание на самых простых, на первый взгляд, но актуальных задачах, решение которых поможет нормализовать эмоциональное состояние клиента, обеспечить его безопасность. Кризисная помощь должна быть реалистичной и целенаправленной, поэтому ее общая стратегия может быть построена по типу обучения стратегии решения проблем.

8. Формирование доступа к ресурсам личности. Для человека в кризисном состоянии характерно так называемое «туннельное сознание», когда он сфокусирован на негативных переживаниях: душевной боли, чувствах беспомощности, вины и стыда, обычно возникающих в состоянии травматического стресса. В таком состоянии человек, как правило, не замечает тех возможностей, которые имеет. Поэтому важной задачей кризисного терапевта является формирование доступа клиента к своим ресурсам. Понятие ресурс (франц. *resource* — вспомогательное средство) в применении к человеку означает запасы, ценности, возможности, которыми обладает личность. В литературе рассматривают различные виды ресурсов личности. Например, рассматривают «внешние» и «внутренние» ресурсы.

«Внешние» ресурсы — это возможности и ценности, относящиеся не к самому человеку, а к окружающим его лицам и среде. В первую очередь это социальное окружение — родные, близкие, друзья. Ресурсом для личности являются его основные и вспомогательные виды деятельности: учеба, работа, хобби и пр.

Как показывает опыт, чрезвычайно ресурсным в кризисном состоянии является взаимодействие с природой и домашними животными,

с произведениями искусства (музыкотерапия, библиотерапия, кинотерапия и др.).

► **Случай из практики. «Холм»**

Клиент — молодой человек, 31 год. Обратился за консультацией к психологу с проблемой душевного опустошения после ухода от него любимой девушки. Они прожили в гражданском браке полтора года. Девушка увлеклась другим мужчиной и ушла к нему. После работы с основными негативными переживаниями клиента — «вентиляции» чувств беспомощности, душевной боли, вины, беседа перешла к теме ресурсов. Консультант спросил, какие люди или занятия смогли бы помочь восстановлению нормального состояния, позволили бы получить удовольствие, радость? После рассмотрения различных вариантов клиент остановился на пребывании на даче недалеко от города, где он вырос. В будние дни клиент старался загрузить себя работой и другими делами. А в выходные дни с раннего утра бродил по полям и лесам дачного поселка, это успокаивало его. В этой местности располагался достаточно высокий холм, подъем на который был крутым и трудным. У этого молодого человека возникло желание подниматься на этот холм каждый раз, когда он оказывался рядом с препятствием. По словам клиента, этот подъем был вначале очень трудным, казалось, что не хватает для этого сил. Но постепенно тренировка стала давать себя знать, и подъем становился все легче. В процессе психологического консультирования решались наиболее актуальные для клиента задачи, но каждый раз он уделял время рассказу об ощущениях, чувствах и мыслях, связанных с подъемом на холм. Через месяц эмоциональное состояние клиента стабилизировалось, восстановились настроение, самочувствие, сон, и было принято решение о завершении процесса консультирования. На вопрос консультанта о том, что было наиболее важно, значимо для клиента в этом опыте, он сообщил, что это был процесс подъема на холм. При анализе символического смысла такого подъема клиент вспомнил, как в детстве пробовал подниматься на этот холм и свое чувство ликования, ощущения силы, взрослости, победы, когда это впервые получилось. Он понял, что и на этот раз победил и стал еще более взрослым и независимым.

«Внутренние» ресурсы — это возможности и ценности самого человека. Это его здоровье, способности, характер, воля, переживания, знания, умения и все иные ценности, которыми обладает личность. Как уже отмечалось, для кризисного состояния характерно переживание чувства беспомощности, потери дееспособности. Поэтому так важно вернуть личности ее внутренние силы. Для достижения этой цели рекомендуется очень тактично, аккуратно расспрашивать человека о тех сторонах его личности, которые представляют для него ценность.

Таким образом, человек, называя и анализируя свои значимые качества, как-будто вновь обретает их.

Различают также виды ресурсов личности с точки зрения временных характеристик. Это ресурсы **прошлого, настоящего и будущего**.

«Ресурсы прошлого» — это позитивный опыт преодоления различных трудных для человека ситуаций в процессе его жизни. Когда в кризисном состоянии человек испытывает состояние беспомощности, потери контроля над происходящим, эффективной стратегией терапии является предоставление клиенту возможности вспомнить периоды своей жизни, когда он успешно справлялся с возникающими трудностями. Например, помогает такой вопрос консультанта: «Можете ли вы вспомнить какую-либо трудную ситуацию в прошлом, с которой вы справились?». Воспоминания о таких ситуациях помогают человеку проанализировать, как и за счет чего он справлялся с возникшими трудностями и, главное, вспомнить свои чувства, когда это получалось.

► **Случай из практики. «Бойкот»**

Клиентка — девушка, 21 год. Обратилась с проблемой потери уверенности в себе, ощущением полной беспомощности. Девушка не прошла по конкурсу на отделение магистратуры после получения диплома бакалавра, в то время как ее подруги и однокурсник, в которого она влюблена, по конкурсу прошли. В период подготовки к экзаменам девушка была влюблена, и все ее внимание было устремлено на любимого человека. Сейчас он все меньше уделяет ей внимания и сообщил, что чувства с его стороны прошли.

В начале консультации девушка села на край стула, плечи были опущены, корпус и голова склонены. То есть вся ее поза отражала ее самочувствие, которое выразилось в словах клиентки: «Я чувствую себя как-будто меня сломали». При вопросе о цели консультирования, девушка сказала, что хотела бы почувствовать себя спокойной, целой и сильной, но выразила сомнение, возможно ли это. После подробного рассказа о кризисной ситуации и работы по «вентиляции», выражению актуальных чувств, был задан вопрос о том, были ли в жизни девушки трудные жизненные ситуации, с которыми она справлялась? Клиентка сначала никак не могла вспомнить подобное. Но после слов консультанта, что это естественно в таком состоянии и что можно не торопиться, расслабиться и тогда воспоминания придут, постепенно стала вспоминать. Девушке вспомнился случай конфликта с одноклассниками в школе. Возникла ситуация, когда одна из ее одноклассниц совершила неблаговидный поступок, но в нем обвинила клиентку. Одноклассники объявили ей бойкот, было очень тяжело справляться с этим, но она держалась. Все постепенно выяснилось, и одноклассники извинились перед ней, многие говорили, что уважают

ее за силу характера, за стойкость. В процессе рассказа об этой ситуации клиентка стала меняться на глазах: девушка села на все сиденье стула, выпрямила плечи, подняла голову, у нее появилась улыбка на лице, жесты стали более энергичными. На вопрос «Как она себя чувствует?», клиентка с удивлением сообщила, что хорошо. В завершающей части консультации была намечена конкретная программа выхода из кризисного состояния.

«Ресурсы настоящего» — это возможности и ценности, которыми обладает личность в настоящее время. Это те же «внешние» и «внутренние» ресурсы, анализировавшиеся выше, которые человек в кризисном состоянии, как правило, не видит и не рассматривает. Консультант тактично и аккуратно расспрашивает клиента о наиболее значимых в его жизни людях, друзьях, близких, о тех, на кого он может положиться и от кого может получить поддержку. А также о сторонах его личности, которые представляют для него ценность. Таким образом, человек, называя своих друзей и близких, анализируя свои значимые качества, как-будто вновь обретает их.

«Ресурсы будущего» — это возможности и ценности замыслов, целей, планов, которые человек хотел бы реализовать в будущем. Как показывает опыт, травматический стресс словно блокирует будущее личности, постоянно возвращая ее к воспоминаниям прошлого. Поэтому, в начале кризисного консультирования и кризисной терапии не эффективно обращаться к ресурсам будущего. Но по мере коррекционной работы, на третьем этапе кризисной работы — стадии реабилитации, рекомендуется работать с клиентом с ресурсами его будущего, обсуждая планы, цели ближайшего будущего, помогая таким образом клиенту возвращаться к нормальной жизни.

Е. И. Крукович и В. Г. Ромек [54] предлагают следующую схему кризисной интервенции:

Схема вмешательства при кризисе.

1. Установите контакт на уровне чувств:

- Не концентрируйте внимание исключительно на чувствах, так как человек, оказавшийся в кризисе, возможно, не всегда точно знает, как он себя чувствует. Если вы слишком долго будете останавливаться на этом предмете, это может расстроить клиента и привести его в замешательство.

- Определите чувства клиента и согласитесь с его правом чувствовать себя именно таким образом.

- Выразите сочувствие.

2. Исследуйте проблему, которую он или она переживают в данный момент:

- После того как контакт установлен, попытайтесь сделать так, чтобы человек начал говорить о своей проблеме, о конкретных деталях и подробностях проблемы.

- Сконцентрируйте внимание на последних шести неделях.

- Попытайтесь определить то событие (события), которое вызвало кризис.

3. Суммируйте все сказанное о проблеме вместе с клиентом:

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

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

- Попадал ли клиент в такую ситуацию раньше и если да, то как справлялся с ней?

- Каким образом клиент избегает проблем?

- Что произойдет, если проблема будет решена?

- Что находится на пути к решению проблемы?

- Существуют ли альтернативные варианты решения проблемы, можно ли найти другие способы решения проблемы, не опробованные ранее?

Какова цена решения проблемы? Какова цена оставления проблемы без решения? Каковы выгоды, и вознаграждение в случае разрешения проблемы? С чего конкретно можно начать? Иногда следует начать с очень маленькой цели, главное, чтобы она была реальной, достижимой. На первых порах очень важно просто изменить эмоциональное состояние переживающего кризис, повысить активность или, наоборот, успокоить его. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека в ближайшие дни: «Что вы будете делать через час, сегодня вечером?». В итоге кризисного вмешательства человек должен осознать, что он самостоятельно решил свои проблемы, а не получил готовые «рецепты» поведения от специалистов. Только в этом случае психотерапевтическая помощь не будет ограничена выведением клиента из данного кризиса, а усилит адаптационные возможности личности, послужит профилактике кризисных состояний в будущем. Таким образом, на этапе кризисной интервенции позиция психотерапевта должна быть скорее партнерской, нежели директивной, а методы воздействия — косвенными и мягкими. Чтобы быть успешным кризисным терапевтом, важно понимать, что человек в кризисном состоянии находится во власти чувств, его поведение может быть довольно необычным и непредсказуемым. Однако задача консультанта прежде всего помочь клиенту понять и принять свои чувства, а не воздействовать на его поведение.

1.3. Виды деятельности кризисных служб.

Профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб

Кризисная служба — это подразделение, организованное с целью оказания социально-психологической, социально-педагогической, медицинской и иной помощи населению в состоянии травматического стресса. Это районные и городские кризисные центры, кризисные отделения в больницах специального и широкого профиля, убежища и приюты для пострадавших от насилия и пр.

Существуют классификации кризисных служб *по видам взаимодействия с пострадавшими* и *по видам кризисных событий*.

В зависимости от вида взаимодействия различают *контактные* и *дистантные* кризисные службы.

К **контактным** кризисным службам относятся: амбулаторная, стационарная социально-психологическая, социально-педагогическая, медицинская и юридическая помощь детям и взрослым, находящимся в кризисном состоянии.

Большой вклад в отечественную кризисную психологию внесла профессор А. Г. Амбрумова — инициатор открытия в 1970 году первого отделения суицидологии и создания Всесоюзного суицидологического научно-методического центра при Московском научно-исследовательском институте психиатрии. В Санкт-Петербурге первый кризисный стационар — клиника неврозов была открыта в 1989 году на базе Государственной психиатрической больницы № 7 им. И. П. Павлова. В 80-е годы появляются суицидологические службы в Казани, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Уфе и других городах России. Постепенно в различных городах России создаются кризисные центры различного профиля.

К **дистантным** кризисным службам относятся службы «телефонов доверия» и все формы психологического консультирования, осуществляемого через газеты, журналы и компьютерные сайты специализированных организаций.

Экстренная психологическая помощь по телефону возникла в первой половине XX века в США. В 1906 году в Нью-Йорке пастор Уоррен основал лигу «Спасите жизнь», целью которой явилось оказание моральной и психологической поддержки по телефону. В европейских странах служба психологической помощи по телефону появилась в 1948 году, когда австрийские психиатры Х. Хофф и Е. Рингель организовали центр «Врачебная помощь людям, уставшим от жизни». В Лондоне в 1953 году преподобный Питер Уэст из Клименсвудской баптистской церкви

в Илфорде и преподобный Чад Вара из церкви Святого Стефана основали организацию «Самаритяне». В 1960 году в Нью-Йорке была основана «Лига — спасите жизнь». В 1963 году в Сиднее, Австралия, преподобный Алан Уокер, глава Центральной методистской миссии, основал телефон «Линия Жизни».

История создания служб «телефонов доверия» в России связана с развитием психиатрической системы профилактики суицидов. Инициатором развития служб «телефонов доверия» выступила А. Г. Амбрумова. Первый «телефон доверия» был организован в Ленинграде в 1981 году на базе городского наркологического диспансера. В Москве в 1982 году «телефон доверия» организован в рамках превентивно-суицидологической службы.

В 1991 году была учреждена «Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи» (РАТЭПП). В настоящее время в России функционируют более 300 телефонов экстренной психологической помощи.

Более 2500 консультантов оказывают круглосуточную поддержку людям, нуждающимся в психологической помощи.

По видам кризисных событий кризисные службы подразделяются на следующие типы:

- службы для пострадавших от психологического, физического и сексуального насилия;
- суицидологические службы;
- службы, предоставляющие психологическую помощь лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Серьезной задачей при организации кризисной службы является отбор, профессиональная подготовка и переподготовка персонала кризисной службы.

Среди основных требований, предъявляемых к персоналу кризисной службы:

- высокая квалификация;
- психологическая проработка собственного травматического опыта;
- оптимизм;
- позитивная картина мира;
- профессионализм, выражающийся прежде всего в эмпатии, конгруэнтности и безоценочном принятии клиента.

Важной проблемой является профилактика эмоционального выгорания и вторичной травмы у работников кризисных служб.

Понятие «эмоциональное выгорание» (англ. *burnt* — сгорать, гореть) предложил американский психиатр Х. Фройденбергер в 1974 году

для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) при оказании профессиональной помощи. Х. Фройденбергер [75] описал деморализацию, разочарование и крайнюю усталость, которую он наблюдал у работников психиатрических учреждений, и предположил, что эмоциональное выгорание представляет собой истощение энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей.

Интерес к исследованию синдрома эмоционального выгорания вырос после того, как американские ученые К. Маслач и С. Джексон (2001) систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для его количественной оценки. Согласно авторам, синдром эмоционального выгорания включает три группы проявлений:

- эмоциональное истощение — переживание опустошенности и бессилия, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов;
- деперсонализацию — дегуманизацию отношений с другими людьми (проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);
- редукцию личных достижений — занижение собственных достижений, ограничение своих возможностей, обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывание ее на других, проявление безразличия к работе.

Среди факторов, провоцирующих возникновение синдрома эмоционального выгорания, исследователи выделяют **индивидуальные и организационные факторы**.

Индивидуальные факторы, провоцирующие возникновение синдрома эмоционального выгорания:

- возраст — чем старше человек, тем менее он подвержен эмоциональному выгоранию;
- пол — для женщин более характерно эмоциональное истощение как проявление эмоционального выгорания, для мужчин — деперсонализация;
- семейное положение — специалисты, состоящие в браке, менее подвержены эмоциональному выгоранию, чем холостые;
- уровень образования — чем выше уровень образования, тем более выражено эмоциональное выгорание, вероятно, это связано с более высоким уровнем притязаний;
- локус контроля — чем выше экстернальный локус контроля, тем выше эмоциональное выгорание, то есть люди склонны приписывать все происходящее с ними влиянию внешних сил, других людей и случайностей;

• самооценка — чем более адекватна, тем меньше эмоциональное выгорание.

Организационные факторы, провоцирующие возникновение синдрома эмоционального выгорания:

- повышенная нагрузка;
- трудный случай — хронические, неизлечимые болезни и пр.
- отсутствие социальной поддержки в коллективе, со стороны администрации;
- ролевой конфликт — противоречия между функциями работника;
- неудовлетворенность профессиональной деятельностью.

Персонал кризисных служб, в силу специфики своей повседневной психологической и социальной практики, предрасположен к возникновению синдрома эмоционального выгорания. Это связано с тем, что процессуальное содержание деятельности работников кризисной службы предполагает тесный контакт и сопереживание клиентам, находящимся в кризисном состоянии. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции, напряженная деятельность и многое другое способствуют формированию данного синдрома.

В условиях оказания психологической помощи клиентам, находящимся в состоянии травматического стресса, для работников кризисной службы существует также опасность возникновения **вторичной травмы**.

Вторичная травма, или **вторичный травматический стресс**, — это изменение во внутреннем опыте консультанта, которое возникает в результате его эмоциональной вовлеченности в отношения с клиентом, переживающим травматический стресс.

Вторичная травма специалиста провоцируется тем, что его помощь клиенту сопровождается сопереживанием таким чувствам, как безысходность, беспомощность, душевная боль, вина, стыд, страх и другим тягостным чувствам человека, переживающего состояние травматического стресса. Еще один важный фактор вторичной травматизации — невозможность быстрых изменений для клиента, переживающего травматический кризис. Постоянно сталкиваясь в своей практике с клиентами, переживающими утрату, физическое и сексуальное насилие, стихийное бедствие и другие кризисные события, консультант помогает им выразить свою боль, чувства безысходности, разочарования, горя и при этом сопереживает всем этим чувствам. Это усиливает разрушительное действие вторичной травмы для консультанта.

Вторичная травма и синдром эмоционального выгорания — явления, имеющие общие черты и различия.

Общее состоит в том, что возникновение и вторичной травмы, и синдрома эмоционального выгорания провоцируется профессиональным

стрессом и проявляется в бессоннице, раздражительности, депрессии, нарушении отношений в семье и со значимыми людьми.

Основное отличие синдрома эмоционального выгорания от вторичной травмы специалиста — в специфике стрессора. Синдром **эмоционального выгорания** возникает как накопленный профессиональный стресс у специалистов «помогающих» профессий — врачей, воспитателей, юристов, психологов, психиатров и других.

Вторичная травма возникает как реакция на эмоциональное сопереживание клиентам, находящимся в состоянии травматического стресса.

Симптомы вторичной травмы похожи на симптомы ПТСР, это:

- повторное переживание травматического события во снах или воспоминаниях;
- избегание ситуаций, связанных с травматическими событиями, и как результат — прекращение определенных видов занятий;
- реакция гипервозбудимости, раздражительности, расстройства сна.

Характерными признаками вторичной травмы являются:

- нехватка времени и сил на себя;
- нарушение отношений с родными и близкими;
- социальная изоляция;
- повышенная чувствительность к жестокости;
- цинизм;
- глобальное ощущение отчаяния и безнадежности;
- ночные кошмары.

Вторичная травма работника кризисной службы, как уже говорилось выше, провоцируется спецификой оказания психологической помощи, но возникает далеко не у всех специалистов. Провоцирующими моментами возникновения вторичной травмы, помимо специфики работы, являются:

- тотальное посвящение себя работе, когда специалист оказывается так называемым трудоголиком;
- иллюзия грандиозности выполняемой работы, когда специалист чувствует себя «спасителем страждущих»;
- профессиональная некомпетентность при установлении контакта с клиентом.

Профессиональная некомпетентность при установлении контакта с клиентом может выражаться в двух аспектах. Первый аспект связан с мерой эмпатии. К. Роджерс [53] отмечал, что эмпатия — это самое простое и самое сложное в искусстве психологического консультирования. С точки зрения К. Роджерса, эмпатия представляет собой сопереживание

и понимание психологического состояния другого человека без «слияния» с этим состоянием, что предполагает сохранение контроля над происходящим со стороны консультанта. Поэтому опытный консультант, сопереживая клиенту, частично остается в позиции наблюдателя за происходящим, отслеживающим консультационный процесс и в то же время намечающим дальнейшее развитие беседы с клиентом. Второй аспект профессиональной некомпетентности проявляется в том, что консультант, создав эмпатический контакт с клиентом, не осуществляет выход из этого контакта по завершению консультации. Последнее выражается в том, что консультант, уже закончив консультацию и попрощавшись с клиентом, не возвращается мысленно и эмоционально к себе и своей жизни, а продолжает испытывать тягостные чувства, которым сопереживал в процессе взаимодействия с клиентом. Эти ошибки консультанта провоцируют возникновение у него вторичной травмы.

В практике психологической помощи разработаны основные направления работы с вторичной травмой специалистов, это:

- анализ причин, приведших консультанта в эту сферу деятельности;
- восстановление или создание эффективного уровня коммуникаций;
- создание доступа к ресурсам личности;
- осознание всех аспектов травматических переживаний;
- восстановление или создание баланса работы и отдыха, умственной и физической деятельности;
- гармонизация личной жизни консультанта.

Направления терапии вторичной травмы показывают, как важно профессионалу, работающему в области психологической и социальной помощи, реализовать себя в важнейших сферах человеческой жизни: семейной, личной, духовной. Недаром представители различных теоретических школ консультирования сходятся во мнении, что **критерием зрелости личности профессионала в области психотерапии и психологического консультирования является его удовлетворенность:**

- собой;
- своей семьей;
- отношениями с близкими людьми;
- своей работой.

В практике психологической помощи разработаны также рекомендации для профилактики синдрома эмоционального выгорания и вторичной травмы для психологов, медиков и социальных работников, в том числе кризисных служб.

Основными направлениями профилактики эмоционального выгорания и вторичной травмы специалистов являются:

- личностный рост,
- профессиональное развитие (повышение квалификации, участие в супервизиях),
- оптимальный баланс работы и отдыха сотрудника кризисной службы.

Для профилактики эмоционального выгорания и возникновения вторичной травмы рекомендуется регулярно проводить с сотрудниками кризисной службы тренинги стрессоустойчивости, создавать комнаты «психологической разгрузки» для персонала. Также для предотвращения развития синдрома эмоционального выгорания необходимо создание благоприятного психологического климата в коллективе, организация наставничества, психологическое консультирование, проведение индивидуальных и групповых супервизий для проработки профессиональных и личных проблем и др.

Существенная роль в профилактике синдрома эмоционального выгорания отводится прежде всего самому человеку. К рекомендациям по снижению степени выраженности эмоционального выгорания или его профилактике можно отнести следующие:

- определение краткосрочных и долгосрочных целей;
- использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);
- овладение умениями и навыками саморегуляции;
- профессиональное развитие и самосовершенствование (курсы повышения квалификации, конференции и пр.);
- доверительное общение (анализ и проговаривание своих чувств);
- поддержание хорошей физической формы (неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления эмоционального выгорания).

ГЛАВА 2. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ

2.1. Переживание горя в связи с утратой близкого

Переживание горя в связи с утратой близкого — процесс, с которым сталкивается каждый человек. Удивительно емко и глубоко об этом пишет в своей работе «Пережить горе» Ф. Василюк: «Переживание горя, быть может, одно из самых таинственных проявлений душевной жизни. Каким чудесным образом человеку, опустошенному утратой, удастся возродиться и наполнить свой мир смыслом? Как он, уверенный, что навсегда лишился радости и желания жить, сможет восстановить душевное равновесие, ощутить краски и вкус жизни? Как страдание переплавляется в мудрость? Все это — не риторические фигуры восхищения силой человеческого духа, а насущные вопросы, знать конкретные ответы на которые нужно хотя бы потому, что всем нам рано или поздно приходится, по профессиональному ли долгу или по долгу человеческого, утешать и поддерживать горящих людей» [10, с. 5].

Анализ направления процесса горевания был проведен З. Фрейдом в работе «Печаль и меланхолия», впервые изданной в 1917 году Задачей «работы печали», с точки зрения автора, является отрыв психической энергии от любимого, но уже утраченного объекта.

Первые исследования острого горя, переживаемого пациентом при утрате близкого, проводились немецким психиатром и психологом Э. Линдемманном [35]. Картина острого горя, в соответствии с представлениями автора, очень схожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль. При этом у пациентов наблюдается стремление любой ценой избавиться от синдрома, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем человеке.

Как отмечает Э. Линдемманн, наиболее выраженными чертами являются три основных признака:

- постоянные вздохи; это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе;
- общие для всех больных жалобы на потерю силы и истощение: «почти невозможно подняться по лестнице», «все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым», «от малейших усилий я чувствую полное изнеможение»;
- отсутствие аппетита.

Наблюдаются также некоторые изменения сознания. Общим, с точки зрения автора, является легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими), и сильная поглощенность образом умершего.

Многих пациентов охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он сделал для умершего все, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей.

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдерживать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.

В речи появляется торопливость, особенно когда разговор касается умершего человека. Пациенты непоседливы, совершают бесцельные движения, постоянно ищут себе какое-нибудь занятие и в то же время болезненно неспособны начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается без интереса. Пациент цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием, как если бы каждая операция превращалась в особую задачу.

Большинство исследователей (Э. Линдемманн [35]; Ф. Василюк [10] и другие) рассматривают **острое горе** как определенный синдром с психологической и соматической симптоматикой, длящийся несколько месяцев и переходящий затем в нормальные реакции горя. Продолжительность и интенсивность переживаний индивидуальна и зависит от многих внешних и внутренних причин.

Выделяют пять признаков острого горя:

- физическое страдание;
- поглощенность образом умершего человека;
- чувство вины;
- враждебные реакции;
- утрата моделей поведения.

Эти реакции закономерны для острого горя, естественны для ситуации потери близкого человека и сопровождаются глубокими переживаниями.

В то же время специалисты различают признаки **патологического горя**. Э. Линдемманн описывает две наиболее характерные психологические реакции патологического горя. Первая — это **отсрочка реакции**. Она проявляется, если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Иногда эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда пациенты, недавно перенесшие тяжелую утрату, начинают горевать о людях, умерших много лет назад. И вторая — **искаженные реакции**. Искаженными реакциями являются:

- повышенная активность без чувства утраты;
- появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего;
- психосоматические заболевания;
- социальная изоляция;
- яростная враждебность к отдельным лицам;
- дальнейшая утрата форм социальной активности, вплоть до невозможности выполнять простейшую деятельность самостоятельно.

Таким образом, впервые Э. Линдемманн описал широкий круг симптомов, характеризующих состояние человека при переживании им такой кризисной ситуации, как утрата близкого.

2.2. Этапы горевания

Специалисты в области кризисной терапии отмечают, что горевание — необходимый и очень важный процесс. Им нельзя пренебрегать, его нельзя блокировать, так как «неотгореванность» приводит к различным негативным последствиям в жизни человека. В литературе по кризисной психологии существуют различные периодизации этапов горевания (Ф. Василюк [10]; И. Г. Малкина-Пых [37];

В. Ю. Меновщиков [39]; С. А. Шефов [69] и другие). Нам представляется наиболее полной периодизация Ф. Василюка. В целом процесс горевания проходит в течение от полугода до полутора–двух лет и включает пять этапов:

- шок и оцепенение (до 9 дней);
- отрицание (до 40 дней);
- принятие горя, собственно острое горе (до 6 месяцев);
- фаза остаточных толчков и реорганизации (до 1 года);
- фаза завершения (2-й год).

Задача психотерапевтической работы на каждом этапе — перевести горевание на следующий этап. Рассмотрим более подробно каждый из этапов горевания.

1. Период шока и оцепенения. Обычно первой реакцией на сообщение о смерти близкого человека является восклицание: «Не может быть!». На этом этапе характерной реакцией для человека является оцепенение. Скорбящий скован, напряжен, его дыхание затруднено, неритмично. Обычны утрата аппетита и сексуального влечения. Комплекс шоковых реакций горюющего человека истолковывается рядом специалистов как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее его от столкновения с утратой сразу, во всем объеме. Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство на этом этапе, считая, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимым является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту.

2. Период отрицания. Это фаза отрицания и поиска. Как отмечает Ф. Василюк, в это время человеку бывает трудно удержать свое внимание на внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего человека: звонок в дверь — и кажется, что это он; на улице появляется как будто знакомая фигура, и мы идем за человеком, надеясь, что это правда, он здесь. Такие видения, вплетающиеся в контекст внешних впечатлений, вполне обычны и естественны для этого периода горевания, но скорбящего они могут пугать.

Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство и на этом этапе, считая, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимой является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту. Обычно на первых двух этапах горевания к психологу или психотерапевту обращаются не те, кто потерял близкого человека, а их друзья и родственники.

3. Период принятия горя, собственно острое горе. Эта фаза горевания представляет собой собственно острое горе. Иначе ее

называют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации. Как отмечает Ф. Василюк, в этот период сохраняются и могут даже усиливаться различные телесные реакции: затрудненное, укороченное дыхание, мышечная слабость, утрата энергии, чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушение сна. Это период наибольших страданий, острой душевной боли, так как фаза отрицания закончилась и человек осознает, что ушедшего нет, его бесполезно искать, он умер. Именно на этом этапе горюющему может быть оказана психологическая помощь не только на уровне поддержки, но и на уровне работы с чувствами страдающего человека. Психологическая помощь направлена на «вентиляцию» негативных чувств и переживаний: вины, стыда, тревоги, душевной боли, агрессии и пр. Идет процесс открытия доступа к воспоминаниям об умершем, работа по переработке отношений с ним. Ф. Василюк подчеркивает, что при психологическом сопровождении горя консультанту важно понимать, что главная задача для страдающего не забыть, оторвать себя и отделиться от утраченного объекта, а собирать, творить, устраивать образ этого объекта для сохранения в памяти, в своей душе.

4. Фаза остаточных толчков и реорганизации. На этой фазе жизнь горюющего человека входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, профессиональная деятельность, умерший перестает быть главным сосредоточением жизни. Как отмечает Ф. Василюк, переживание горя отныне уже не является ведущей деятельностью, оно протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных толчков, какие бывают после основного землетрясения. В то же время такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, а на фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то памятные даты, традиционные события, например, Новый год, день рождения и другие. Годовщина смерти является последней датой в этом ряду. Может быть не случайно большинство культур и религий отводят на траур один год. Психологическая помощь оказывается в виде консультирования по актуальным проблемам клиента. Клиенту оказывается помощь в нахождении в картине его мира нового места для умершего.

5. Фаза завершения. Приблизительно через год переживание горя вступает в свою последнюю фазу — фазу завершения. Смысл и задача горя на этой фазе, с точки зрения Ф. Василюка, состоит в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в продолжающемся смысле целом жизни человека и был бы закреплен во вневременном,

ценностном измерении его бытия. Психологическая помощь человеку, утратившему близкого, оказывается в виде психологической поддержки клиента и его консультирования по актуальным проблемам.

2.3. Консультирование в ситуации утраты близкого

Психологическое сопровождение умирающих людей

Автором концепции психологической помощи умирающим людям является американский психолог швейцарского происхождения Элизабет Кюблер-Росс. Она родилась в 1926 году в Цюрихе и там же закончила медицинский факультет университета. Очень рано Э. Кюблер-Росс стала интересоваться темой смерти, так как в детстве пережила психическую травму — стала свидетельницей смерти соседки по больничной палате. Девочку потрясла смерть сверстницы в холодной больничной атмосфере, вдали от родных. В 1969 году вышла книга Э. Кюблер-Росс «О смерти и умирании», которая стала бестселлером в США и во многом изменила отношение врачей к безнадежно больным пациентам. С этой работы началось массовое движение хосписов. Психологическое сопровождение безнадежных больных позволило автору обнаружить стадии пути умирающего человека.

Стадии пути умирающего включают пять этапов:

- Отрицание — «Нет, это не я!». На этом этапе действует психологическая защита, и человек не верит в свой смертельный диагноз. Отрицание препятствует появлению страха, беспомощности, дает человеку время, чтобы прийти в себя, собраться. Помогает ему держаться в случаях ошибочного диагноза.

- Гнев — «Почему я?» Выше мы уже говорили о такой базовой иллюзии человека, как иллюзия справедливости устройства мира. Поэтому умирающему кажется несправедливым, что это случилось с ним, а не с кем-нибудь «плохим», заслуживающим этого. Обычно гнев изливается на самых близких и на всех здоровых людей.

- Торги — больной соглашается пройти через многочисленные болезненные процедуры, чтобы продлить свою жизнь.

- Депрессия — «Да, на этот раз придется умереть именно мне». На этой стадии умирающий замыкается в себе и оплакивает жизнь и близких людей, которых оставляет.

- Стадия подготовительной печали — это этап прощания с жизнью и принятия смерти как последнего жизненного этапа.

Э. Кюблер-Росс в своих работах отмечала, как важны для безнадежного больного поддержка, внимание, участие, искренний разговор о том, что его волнует. Как важно ему получить ответы на вечные вопросы: «Что там?», «Как это будет?», «Будет ли?».

Анализ рекомендаций различных специалистов, а также собственный опыт по психологическому сопровождению умирающих позволяют выделить семь основных его этапов.

1. Знакомство, установление эмпатического контакта.

Консультант знакомится с клиентом, говорит о своем опыте по сопровождению тяжелобольных людей. Сообщает, что психологическое консультирование дает человеку возможность поговорить на все волнующие темы и это обычно приводит к облегчению его психологического состояния. Консультант рассказывает клиенту о принципах конфиденциальности, уважения мнения и картины мира человека, психологической поддержки. Поскольку больной может зависеть от родных и близких, особенно важно, чтобы решение о психологическом сопровождении было его добровольным решением. Поэтому консультант спрашивает больного: хочет ли он начать процесс консультирования? И сообщает, что даже при согласии, определенные сроки не оговариваются — психологическое сопровождение длится столько, сколько захочет клиент.

2. Определение, на каком этапе пути умирающего находится клиент и его психологическая поддержка.

Обычно обращение за психологической помощью происходит на третьем этапе — этапе торгов. Это период сопротивления, протеста против болезни и неизлечимого диагноза, поэтому клиенту необходима поддержка, вера в него, в возможность вылечиться и победить болезнь. На самом деле, возможности человека неисчерпаемы. Известны случаи излечения больных онкологическими заболеваниями, например Александра Солженицына и других. Поэтому основная задача консультанта — поддержать клиента на его пути сопротивления и протеста против болезни.

Другие задачи стоят перед консультантом, если умирающий находится на этапе депрессии. Тогда психологическое сопровождение переходит на следующий этап.

3. Определение мировоззрения клиента и «вентиляция» возникающих страхов и опасений.

Сколько бы ни было человеку лет, его страшит смерть. Страх смерти сопровождает человека почти всю жизнь. Он начинает проявляться у ребенка в два–три года, когда ребенок начинает бояться темноты, злых сил: Бабы Яги, Кошца Бессмертного и других. Согласно теоретическим представлениям, в основе любого человеческого страха — темноты,

высоты, замкнутого и открытого пространства и многих других — страх смерти. Встречаясь с фактом смерти, когда умирает домашний любимец: кот, собака или птичка, ребенок начинает на своем уровне постигать, что такое смерть. Ребенок задает много вопросов и начинает бояться смерти своих родителей. Но страх своей смерти обычно не осознается ребенком в полной мере, его спасает от этого базовая иллюзия бессмертия. Глубокое осознание собственной смертности, как правило, происходит в более позднем кризисном периоде — в подростковом возрасте. По мере прохождения кризиса страх смерти затем постепенно вытесняется в бессознательное, и человек опять живет какое-то время, как будто бы смерти вовсе нет. Вновь страх смерти охватывает человека при кризисе утраты близкого. Поэтому человек так страдает — он переживает и утрату близкого, и то, что смертен и он сам.

Умиравшему приходится встретиться с этим страхом один на один. Поэтому, когда больной осознает, что надежды на выздоровление нет, он проходит через состояние глубокой депрессии. В этом состоянии важна психологическая поддержка и помощь в поиске ответов на последние вопросы. Как показывает опыт, умирающего волнуют вопросы о том, что ждет его или не ждет после смерти. Поэтому консультанту важно корректно прояснить картину мира клиента и помочь ему ответить на волнующие его вопросы. Если человек является верующим, то это, как правило, облегчает процесс принятия смерти и поиска ответов на вопросы: «Что меня ждет там?». Если клиент не верит в Бога, ему также важно ответить на вопрос, как он представляет себе переход от жизни к смерти. Естественно, на все вопросы отвечает сам клиент согласно своим представлениям, своей картине мира. Когда человек отвечает на все эти вопросы, он получает облегчение.

► **Случай из практики. «Боюсь как девочка»**

Клиентке 90 лет, она безнадежно больна и лежит уже пять месяцев. Родные предложили пригласить психолога, она выразила согласие. Первая консультация включала знакомство, беседу на общие темы и установление контакта. В процессе второй консультации на вопрос «Есть ли что-то, о чем вам хотелось бы поговорить?» женщина сказала, что очень хочет поговорить о своих опасениях. Она призналась, что хочет, но не может ни с кем поговорить на эту тему, так как родные боятся темы смерти, уговаривают ее, что она проживет еще сто лет. А ее эти уверения тяготят и раздражают, так как она чувствует, что смерть рядом. Женщина рассказала, что устала от такой жизни, устала от боли, неподвижности, хотела бы умереть, но боится того, что ей предстоит, боится, как маленькая девочка. В процессе консультации клиентка озвучила самые волнующие ее темы, связанные со смертью, с переходом в иной мир,

назвала все свои страхи, выразила надежду на встречу с дорогими, но уже ушедшими людьми «там». В конце консультации психолог поблагодарил женщину за открытость, искренность, доверие. А клиентка в свою очередь поблагодарила консультанта за то, что смогла наконец проговорить все самое важное и почувствовала облегчение. С удивлением она сказала, что страх немного отступил, ей стало легче.

4. Прояснение всех актуальных отношений, завершение незавершенных дел.

Как показывает опыт психологического сопровождения, у уходящего из жизни человека существует потребность доделать при жизни все важные для него дела. К таким делам часто относятся проблемы в отношениях с дорогими для больного людьми. Выявлению таких актуальных незавершенных дел помогают вопросы консультанта: «Есть ли что-то важное, что вам хотелось бы сделать?», «Есть ли что-то, что вас беспокоит?». Если такие проблемы существуют, консультант помогает умирающему гармонизировать отношения с близкими людьми: прояснить отношения, попросить прощения, простить. Это может быть реализовано как при реальной встрече с друзьями, близкими, в отношениях с которыми осталась дисгармония, так и при воображаемом разговоре, например, с использованием техники гештальт-терапии. Таким образом, создаются условия для прощения близких и себя.

5. Оказание помощи в нахождении смысла своей жизни.

Основатель логотерапии — В. Франкл [64], в своих работах писал, что человек живет, пока у него есть смысл жизни. Как считает основатель первого хосписа в Санкт-Петербурге — психотерапевт и психолог А. В. Гнездилов [16], умирающий может спокойнее уйти, если он нашел смысл своей жизни. Каждый человек имеет свои ценности. Например, ценности рождения детей, любви и нежности в супружеских отношениях, профессиональных достижений, творчества и многие другие. Для умирающего человека его страдания могут способствовать так называемому туннельному сознанию, когда восприятие сужается до точки боли, страха, беспомощности. Поэтому так важно оказать ему помощь в нахождении смысла его жизни. Помогает ему в этом вопрос консультанта: «Могли бы вы рассказать о своей жизни?». Консультант, используя уточняющие вопросы, помогает клиенту рассказать о себе, своем детстве, родителях, важных вехах, отношениях. Обычно этот рассказ занимает несколько консультативных сессий. В процессе рассказа человек сетует на свои ошибки и радуется свершениям и достижениям. После рассказа человек обычно осознает, какую большую, полную разных чувств, мыслей, обстоятельств, отношений, жизнь он прожил. Так он осознает смысл своей жизни.

6. Оказание помощи в написании духовного завещания.

Человеку, покидающему этот мир, важно сделать последние распоряжения. Сказать, где (на каком кладбище), каким образом (кремация или нет, отпевание или нет), в чем он хотел бы быть похоронен. Важно выразить свои заветы близким и родным, оставить им слова своей любви. Консультант может оказать клиенту помощь в написании духовного завещания. Иногда на этом этапе процесс психологического сопровождения завершается, согласно желанию клиента.

7. Оказание помощи в прощении с близкими людьми и со своей жизнью.

Человек интуитивно чувствует приближение смерти и выражает желание проститься с близкими для него людьми. Консультант, продолжающий психологическое сопровождение, оказывает клиенту помощь в прощении с родными и близкими и тоже прощается с ним. Если семья верующая большое облегчение человек может получить, пройдя религиозные обряды прощения со своей жизнью и вверения себя в руки Бога. Это обряд соборования.

Консультирование взрослых, переживших утрату

В кризисной психологии выработаны принципы психологической помощи человеку, переживающему горе и утрату:

- Горевание — это естественный, очень важный процесс, который недопустимо блокировать, так как «неотгореванность» травматических переживаний может привести к различным негативным последствиям в жизни человека, например к фиксации на травме.
- Работа с горем всегда признает наличие во внутреннем опыте — как клиента, так и терапевта — негативного, темного. Взаимодействие со смертью — это всегда обращение сначала к темному и лишь затем — к светлому. По мнению К. Юнга, судьба души — это «небеса и ад», и без переживания этой противоречивости нет опыта целостности, а потому нет и доступа к священным образам.
- Ритуал называния. Горе должно быть признано и названо со стороны как клиента, так и консультанта.
- Горевание требует разрешения. Если у горя есть начало — у него обязательно есть и конец.
- Горевание всегда приходит к сообществу, питает его и зависит от него. Горевание — это всегда поиск новой идентичности.
- Работа с горящим клиентом требует готовности консультанта работать с собой и со своим горем.

- При работе с горем необходимо помнить не только об ограниченности, конечности и смертности, но и о безграничности, вечности и цикличности.

Рассматривая этапы горевания, мы уже кратко затрагивали основные задачи консультирования людей, переживших утрату близкого. Многие специалисты не рекомендуют психологическое вмешательство на первых двух этапах горевания: этапе **шока и оцепенения** и этапе **отрицания**, которые человек проходит в течение первых 40 дней после утраты. Считается, что это может повредить нормальной реакции горя. Допустимым является, с их точки зрения, психологическая поддержка клиента при его личном обращении к специалисту. Это связано с рядом причин. Во-первых, в состоянии шока и оцепенения, при отрицании утраты, консультирование как процесс анализа происходящего является нецелесообразным. Во-вторых, это согласуется с точкой зрения различных религиозных конфессий и иных духовных систем, о том, что душа умершего человека еще находится рядом, поэтому психологическая интервенция может оказаться некорректной. Поэтому многие психологи считают, что психологическое консультирование взрослого, потерявшего близкого человека, эффективно, начиная с третьего этапа горевания — собственно **острого горя**.

Анализ рекомендаций различных специалистов, а также собственный опыт психологического консультирования взрослых, потерявших близкого человека, позволяют предложить следующие его этапы.

1. Знакомство, установление эмпатического контакта.

На этом этапе консультант знакомится с клиентом, выражает соболезнование его утрате и кратко рассказывает о той помощи, которую может оказать. Думается, важным является сообщение клиенту об основной задаче работы с горем — не забыть умершего человека, а сохранить память о нем.

2. Прояснение запроса, цели клиента.

Как и при любом виде консультирования, после установления контакта с клиентом, мы проясняем его запрос, цель обращения за консультацией. Обычно потерявшие близкого человека хотели бы облегчить свои страдания, получить ответы на волнующие их вопросы.

3. «Вентиляция» негативных переживаний клиента, завершение незавершенных отношений с умершим человеком.

Это, как правило, самый длительный этап, требующий ряда консультативных сессий. Как и при работе с любой психической травмой, на первых этапах консультирования клиентов, потерявших близкого человека, консультант помогает человеку ощутить, осознать и выразить свои чувства, связанные с утратой близкого. В первую очередь

это чувство вины. В кризисной психологии даже отмечается симптом, характерный для человека, пережившего экстремальную ситуацию, то есть ситуацию угрозы жизни, здоровью и благополучию самого человека или близких для него людей, — «вина выжившего». Даже если клиент сделал все, что только мог, для умирающего близкого человека, все равно перед лицом его смерти — этого мало! Тем более, что в процессе жизни случалось всякое, и все трудное, «несправедливое», ошибочное в отношениях с умершим «встает во весь рост», когда его уже нет и ничего нельзя исправить! Далеко не всегда в процессе взаимоотношений с близкими людьми человек бывает «на высоте», естественно, совершает ошибки. При обычных обстоятельствах он забывает об этом или откладывает объяснения «на потом». Но когда близкий человек умирает, оказывается, что многое для него не было сделано и не может быть сделано никогда. И это, помимо чувства вины, вызывает переживания беспомощности, душевной боли, страха, раздражения, гнева и другие. С терапевтической точки зрения их важно осознать и выразить. Помогают клиенту осознать свои негативные переживания или незавершенные отношения с близкими людьми такие вопросы консультанта, как: «Есть ли что-то, что волнует вас больше всего в отношениях с умершим человеком?», «Если бы у вас была возможность, что бы вы могли ему сказать?». Таким образом, клиент на символическом уровне в процессе консультации получает возможность сделать то, что не успел, а, следовательно, получает возможность простить себя.

► **Случай из практики. «Мы виноваты!»**

За консультацией обратилась 45-летняя женщина. Полгода назад умер ее муж. В последние годы он пил, не работал и стал в состоянии алкогольного опьянения бить жену, обвиняя ее в своем состоянии. Совместная жизнь превратилась в ад. По настоянию 20-летнего сына был произведен квартирный обмен, и муж переехал в комнату в коммунальной квартире. Женщина и ее сын зажили нормальной жизнью. Но буквально через месяц произошло несчастье: муж в состоянии алкогольного опьянения упал на улице, заснул и умер от переохлаждения, так как была зима. И тут женщина поняла, «как была виновата, что послушалась сына и фактически убила своего мужа». Она начала обвинять себя и своего сына в смерти мужа. Сын начал ее раздражать, ей было трудно с ним общаться, так как он не признавал ее и своей вины в смерти отца. Ее запросом был поиск ответа на вопрос: «Как же ей теперь жить с таким камнем на сердце?». В процессе консультирования клиентка рассказала, что до того, как муж начал пить, все в семье было хорошо, они любили друг друга и сына. Да, муж очень ее любил, но куда-то все ушло. Консультант предложил женщине поговорить все, что она чувствует и думает, обращаясь к мужу, как будто