



Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).

ISBN S-699-07805-3

Книга представляет собой справочник по теории и методам оказания психологической помощи людям как непосредственно во время экстремальной ситуации, так и на отдаленных ее этапах.

Проанализированы различные аспекты работы психолога в очаге экстремальной ситуации. Они включают известные на сегодняшний день техники психологического вмешательства, а также набор рекомендаций по выживанию в экстремальных ситуациях и методы оказания первой медицинской помощи пострадавшим. Описаны методы психологической работы с последствиями экстремальных ситуаций, работы с посттравматическим стрессовым расстройством.

Этот справочник в первую очередь, сборник техник, точнее – упражнений, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе.

УДК 159.9 ББК 88.3

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРА	6
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	8
РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЧАГЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ	10
1.1 КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ	10
1.2 ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	12
1.2.1 Техники экстренной психологической помощи.....	18
1.2.2 Психогении в экстремальных ситуациях.....	24
1.2.3 Психология терроризма	30
1.2.3.1. Взрывы	31
1.2.3.2. Захват заложников	33
1.2.4 Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.....	46
1.2.5 Психологический дебрифинг	51
1.3 ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	57
ГЛАВА 2 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИКА	78
2.1 СТРЕСС, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР).....	79
2.2 ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР.....	81
2.3 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР	83
2.4 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПТСР	90
2.5 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	94
2.6 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ.....	94
2.7 ДИССОЦИАЦИЯ И ПТСР	101
2.8 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР	105
ГЛАВА 3 ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР).....	150
3.1 ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР	150
3.2 ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ (ДПДГ).....	157
3.3 ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ	166
3.4 КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	183
3.5 СИМВОЛ-ДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ)	199
3.6 СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	204
3.7 НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ	213
ГЛАВА 4 ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	222
4.1 ДИАГНОСТИКА ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	223
4.2 ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ	230
4.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ ПСИХОТЕРАПИЯ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	231
4.4 ТРЕНИНГ ПО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	234
ГЛАВА 5 НАСИЛИЕ НАД ЖЕНЩИНАМИ	269
5.1. ДОМАШНЕЕ (СЕМЕЙНОЕ) НАСИЛИЕ	269
5.2 ИЗНАСИЛОВАНИЕ	277
5.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ	279
5.4 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ	286
5.5 ТРЕНИНГ ПО РИТМО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.....	288
ГЛАВА 6 НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ.....	320
6.1 ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ.....	323
6.2 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ	324

6.3 ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ.....	325
6.4 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ	326
6.5 НАСИЛИЕ В ШКОЛЕ	332
6.6 ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ У ДЕТЕЙ	333
6.6.1 Нарушения физического и психического развития	334
6.6.2 Заболевания как следствие насилия	334
6.6.3 Психические особенности детей, пострадавших от насилия	335
6.6.4 Социальные последствия жестокого обращения с детьми	337
6.7 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ ЖЕРТВ НАСИЛИЯ	338
6.8 ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ	342
6.9 ТРЕНИНГ С ДЕТЬМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ	343
ГЛАВА 7 СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	372
7.1 ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА.....	377
7.1.1 Социально-демографические факторы	377
7.1.2 Индивидуально-психологические факторы	378
7.1.3 Медицинские факторы	380
7.1.4 Природные факторы.....	380
7.2 ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА	382
7.2.1 Ситуационные индикаторы	382
7.2.2 Поведенческие индикаторы суицидального риска	382
7.2.3 Коммуникативные индикаторы	382
7.2.4. Когнитивные индикаторы	382
7.2.5 Эмоциональные индикаторы	383
7.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ КЛИЕНТОВ	383
7.4 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЦЕЛЕВШИХ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА	393
7.5 ПОДДЕРЖКА ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТА.....	394
7.6 ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	396
7.7 РЕОРИЕНТАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ	397
ГЛАВА 8 СИНДРОМ УТРАТЫ.....	425
8.1 ГОРЕ УТРАТЫ КАК ПРОЦЕСС. СТАДИИ И ЗАДАЧИ ГОРЯ	425
8.2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТА, ПЕРЕЖИВШЕГО УТРАТУ	435
8.3 ТРЕНИНГ «ИСЦЕЛЕНИЕ ОТ ГОРЯ»	442
8.4 ТРЕНИНГ ПО КРАТКОСРОЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	456
ГЛАВА 9 ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА.....	472
9.1 СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА	472
9.2 ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ	481
9.3 СУПЕРВИЗИЯ	486
9.4 РАБОТА С ВТОРИЧНОЙ ТРАВМОЙ	490
СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	506

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора.....	7
Предисловие.....	11
Глава 1. РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЧАГЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ.....И	
1.1 КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ.....	15
1.2 ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	18
1.2.1 Техники экстренной психологической помощи . ■ ■ ■	29
1.2.2 Психогении в экстремальных ситуациях	40
1.2.3 Психология терроризма.....	51
1.2.3.1 Взрывы.....	52
1.2.3.2 Захват заложников.....	56
1.2.4 Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях.....	79
1.2.5 Психологический дебрифинг.....	87
1.3 ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	98
Глава 2. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИКА .	134
2.1 СТРЕСС, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР).....	136
2.2 ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР.	140
2.3 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР. '	143
2.4 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПТСР.....,	156
2.5 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	162
2.6 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ	163
2.7 ДИССОЦИАЦИЯ И ПТСР . .	174
2.8 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР.....	181
Глава 3. ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР) ...	276
3.1 ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР ...	276
3.2 ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ (ДПДГ).....	290
3.3 ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ.....	306
3.4 КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ • ПСИХОТЕРАПИЯ.....	335
3.5 СИМВОЛ-ДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ).....	365
3.6 СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.....	373
3.7 НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ.....	389
Глава 4. ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ .	405
4.1 ДИАГНОСТИКА ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	408
4.2 ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ . .	420
4.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	422
4.4 ТРЕНИНГ ПО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	427
Глава 5. НАСИЛИЕ НАД ЖЕНЩИНАМИ.....	489
5.1 ДОМАШНЕЕ (СЕМЕЙНОЕ) НАСИЛИЕ.....	490
5.2 ИЗНАСИЛОВАНИЕ.....	504
5.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ.....	508
5.4 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.....	520
5.5 ТРЕНИНГ ПО РИТМО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ .	525
Глава 6. НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ.....	583
6.1 ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ.....	588
4	
6.2 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ.....	590
6.3 ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ.....	592
6.4 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ.....	594
6.5. НАСИЛИЕ В ШКОЛЕ.....	604
6.6 ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ У ДЕТЕЙ.....	607
6.6.1 Нарушения физического и психического развития . .	608
6.6.2 Заболевания как следствие насилия.....	609
6.6.3 Психические особенности детей, пострадавших от насилия.....	610
6.6.4 Социальные последствия жестокого обращения с детьми . . . '.....	615
6.7. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ - ЖЕРТВ НАСИЛИЯ.	616
6.8. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ.....	622
6.9.ТРЕНИНГ С ДЕТЬМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ.....	625
Глава 7. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.....	678
7.1. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА.....	687

7.1.1 Социально-демографические факторы, ,,,.....	688
7.1.2 Индивидуально-психологические факторы.....	690
7.1.3 Медицинские факторы,	693
7.1.4 Природные факторы	694
7.2 Индикаторы суицидального риска.....	697
7.2.1 Ситуационные индикаторы	697
7.2.2 Поведенческие индикаторы ,,,.....	698
7.2.3 Коммуникативные индикаторы.....	698
7.2.4 Когнитивные индикаторы.....	699
7.2.5 Эмоциональные индикаторы.....	699
7.3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ КЛИЕНТОВ.....	700
7.4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЦЕЛЕВШИХ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА.....	718
7.5. ПОДДЕРЖКА ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТА	720 ⁴
7.6. ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	723

5

7.7 РЕОРИЕНТАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ.....	727
Глава 8. СИНДРОМ УТРАТЫ.	776
8.1 ГОРЕ УТРАТЫ КАК ПРОЦЕСС. СТАДИИ И ЗАДАЧИ ГОРЯ	776
8.2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТА, ПЕРЕЖИВШЕГО УТРАТУ	795
8.3 ТРЕНИНГ «ИСЦЕЛЕНИЕ ОТ ГОРЯ»	806
8.4 ТРЕНИНГ ПО КРАТКОСРОЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	832
Глава 9. ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА	862
9.1 СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА. .	862
9.2 ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ.....	880
9.3 СУПЕРВИЗИЯ.....	887
9.4 РАБОТА С ВТОРИЧНОЙ ТРАВМОЙ.....	895
СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	923-

ОТ АВТОРА

На исходе XX столетия произошло громадное количество бедствий и катастроф, мир буквально захлестывает эпидемия террористических актов. Понятия экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций еще не получили исчерпывающего определения. Представляется, что недостаточно рассматривать их лишь с точки зрения объективных особенностей, не беря во внимание психологические составляющие, такие, как, например, восприятие, понимание, реагирование и поведение людей в таких ситуациях. Человек так или иначе психологически вовлечен в экстремальную ситуацию: как ее инициатор, или как жертва, или как очевидец.

Оказавшиеся в экстремальных ситуациях люди проходят в своих психологических состояниях ряд этапов. Сначала возникает острый эмоциональный шок, который характеризуется общим психическим напряжением с преобладанием чувства отчаяния и страха при обостренном восприятии.

Затем наступает психофизиологическая демобилизация, существенное ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, понижением моральных норм поведения, уменьшением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями. На этом, втором, этапе степень и характер психогенных нарушений во многом зависят не только от самой экстремальной ситуации, ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия, но и от особенностей личности пострадавших, а также от сохранения опасности и от новых стрессовых воздействий.

На смену этому этапу приходит стадия разрешения, когда постепенно стабилизируется настроение и самочувствие, однако сохраняются пониженный эмоциональный фон и контакты с окружающими ограничены. Затем наступает стадия восстановления, когда активизируется межличностное общение.

На третьем этапе у человека, пережившего экстремальный стресс, происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений. При этом актуальность приобретают также травмирующие психику факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Их особенностью является наличие выраженного тревожного напряжения, страха, различных вегетативных дисфункций, порождающих впоследствии психосоматические нарушения. У переживших экстремальную ситуацию значительно снижается работоспособность, а также критическое отношение к своим возможностям.

При оказании психологической помощи людям, побывавшим в экстремальных ситуациях, следует принять во внимание одно очень важное положение – настоящее бедствие наступает тогда, когда кончается действие стихии и начинается оказание помощи пострадавшим. Ведь, с одной стороны, не только сами чрезвычайные ситуации, но и масштабы их разрушительных действий, их внезапность, распространенность вызываемых ими стрессов и т.п. во многом предопределяются особенностями предкатастрофного развития. А с другой, только в посткатастрофный период можно реально определить степень деструктивного влияния катастрофы на динамику социальной структуры, на производственное, социокультурное, психологическое взаимодействие людей, на демографические процессы в зонах бедствия. Именно поэтому в современных условиях все более актуальными становятся вопросы психологической и психосоциальной работы с различными категориями людей, побывавших в экстремальных ситуациях. Тем не менее, несмотря на всю важность и актуальность оказания психологической помощи населению во время и после экстремальных ситуаций, проблемы эти остаются относительно новыми и для практической психологии, и для психологической практики.

Предлагаемая вашему вниманию книга представляет собой справочник по теории и методам оказания психологической помощи людям как непосредственно во время экстремальной ситуации, так и на отдаленных этапах. Поэтому книга содержательно

состоит из двух частей: первая глава посвящена работе психолога в очаге экстремальной ситуации.

Она включает не только известные на сегодняшний день техники психологического вмешательства (например, такие, как дебрифинг), но и набор рекомендаций по выживанию в экстремальных ситуациях и методы оказания первой медицинской помощи пострадавшим. Нам показалось важным включить эти разделы в справочник, поскольку этими навыками, безусловно, должен владеть психолог, работающий в очаге экстремальной ситуации.

Другие главы справочника посвящены описанию методов психологической работы с отдаленными последствиями экстремальных ситуаций. Эти ситуации характеризуются прежде всего экстремальным воздействием на психику человека, вызывающими у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью ситуации. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретно травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений, хотя в психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия, насилие и т.д.), несомненно, находит отражение. Однако главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Глава 2 посвящена рассмотрению вопросов диагностики ПТСР, а глава 3 – описанию некоторых моделей и техник психотерапии, хорошо зарекомендовавших себя при работе с данным расстройством.

Главы 4–8 посвящены рассмотрению конкретных случаев экстремальных ситуаций, наиболее часто приводящих к возникновению ПТСР, таких, как: насилие над женщинами и детьми, участие в боевых действиях, переживание острого горя (утраты), суицидальное поведение. Каждая глава построена таким образом, что большую часть занимает описание конкретных техник психотерапии ПТСР, в первую очередь в виде групповых тренингов.

Глава 9 посвящена вопросам вторичной травматизации людей, работающих с травмой – психологов, спасателей, ликвидаторов. Владение навыками психологической само- и взаимопомощи в условиях кризисных и экстремальных ситуаций имеет большое значение для специалистов службы экстренной психологической помощи – не только в целях предупреждения психической травматизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности быстро реагировать в чрезвычайных ситуациях.

Справочник предназначен для практикующих психологов и психотерапевтов, работающих как непосредственно в экстремальных ситуациях, так и с их отдаленными последствиями. Это не учебник по теории и не исследование. Этот справочник, в первую очередь, сборник техник, точнее – упражнений, которые психолог (психотерапевт, консультант) может использовать в своей практической работе.

Хотим особенно отметить, что предлагаемые в этой книге упражнения не предназначены для самостоятельного использования людьми, не имеющими психологического образования. Занятия проводятся под руководством терапевта, и только после того, как какая-либо техника будет освоена, их можно выполнять и самостоятельно, например – в виде домашнего задания.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Чрезвычайные ситуации получают в современных социально-политических условиях все более широкое распространение. Все чаще дети и взрослые попадают в условия техногенных катастроф, стихийных бедствий, подвергаются насилию, становятся заложниками. Поэтому интерес к психологии экстремальных ситуаций в современном мире неуклонно растет, как среди политиков, социологов, философов, так и среди практических психологов. Психология экстремальных ситуаций составляет к настоящему времени один из важнейших разделов прикладной психологии, который включает в себя как диагностику психических состояний человека, переживающего или пережившего чрезвычайные обстоятельства, так и направления, методы, техники, приемы психологической помощи: психологической коррекции, консультирования и психотерапии.

Значительное внимание уделяется в психологической литературе выявлению, психологическому анализу и классификации разнообразных психических феноменов, возникающих у жертв экстремальных происшествий. В частности, психологические феномены, возникающие в условиях воздействия чрезвычайных факторов, описываются в литературе под названием посттравматического стрессового синдрома, или посттравматического стрессового расстройства. Исследуются разнообразные негативные психические состояния, возникающие вследствие воздействия экстремальных факторов: стресс, фрустрация, кризис, депривация, конфликт. Эти состояния характеризуются доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: тревоги, страха, депрессии, агрессии, раздражительности, дисфории. Возникающие в этих состояниях аффекты могут достигать такой степени интенсивности, что они оказывают дезорганизующее воздействие на интеллектуально-мнестическую деятельность человека, затрудняя процесс адаптации к происходящим событиям. Интенсивные эмоциональные переживания, такие, как страх, паника, ужас, отчаяние, могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений и нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации. Эти явления, отражающие феноменологию психического функционирования человека в кризисе, оказываются в центре внимания как врачей-психиатров и психотерапевтов, так и психологов, оказывающих психологическую помощь людям, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

В значительной части случаев последствиями травматического стресса, связанного с переживанием экстремальных жизненных ситуаций, являются такие формы аддиктивного поведения, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, злоупотребление лекарственными препаратами. Алкоголь или наркотик могут использоваться в качестве релаксирующих средств, позволяющих снять или частично нивелировать острый дискомфорт, напряжение, растерянность, страх. Чрезмерный стресс может влиять и на витальные (жизненные) функции, такие, как сексуальное поведение или питание. Таким образом, последствиями травматического стресса являются не только длительные или острые эмоционально-негативные состояния, затрудняющие жизнедеятельность человека, но также и нарушения поведения, представляющие уже сферу интересов врачей-психиатров. Между тем подобные нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов для преодоления стресса либо с чрезмерностью и избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

Существуют жизненные ситуации, знакомые каждому, которые являются настолько травматичными, что требуют помощи со стороны, поскольку сам человек справиться с переживанием стресса не может. Например, ситуация смерти, потери близкого человека, разрыва отношений – когда личностных ресурсов может оказаться недостаточно. Чтобы справиться с чрезвычайным стрессовым воздействием, люди, переживающие утрату, часто начинают злоупотреблять алкоголем, лекарственными препаратами. Вследствие хронического напряжения у них могут возникнуть также и разнообразные психосоматические расстройства. Психологи активно исследуют причины возникновения так называемых психосоматических заболеваний, при которых наибольшее значение

имеют именно психологические факторы. Такие соматические страдания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертония или ишемическая болезнь сердца, – часто возникают вследствие чрезвычайных обстоятельств на фоне длительных и интенсивных состояний гнева, ярости, злости или страха, отчаяния, депрессии и печали. Таким образом, лица, пережившие стресс, могут оказаться пациентами врача.

Психология экстремальных ситуаций имеет как свой теоретический аспект, связанный с изучением особенностей психического функционирования в кризисе, так и практическое приложение, которое определяется необходимостью оказывать психологическую помощь пострадавшим в критических ситуациях людям. Подобная психологическая помощь необходима для предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Она предполагает нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, которые оказывают столь разрушительное воздействие как на психические, так и на соматические функции человека. Основной задачей психологической помощи является актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств. Следствием эффективной психологической помощи пострадавшим является оптимизация психического состояния и поведения человека в экстремальных ситуациях.

В справочнике практического психолога, посвященном экстремальным ситуациям, который предлагается вашему вниманию, раскрываются как теоретические аспекты, позволяющие понять специфику этих ситуаций, их значение для человека, так и практические, прикладные аспекты: автор предлагает конкретные способы преодоления травматического стресса, конкретные формы поведения, позволяющие справиться с чрезвычайными ситуациями. Тут также приводятся конкретные рекомендации, которые могут быть полезны не только практическим психологам, но также и всем лицам, оказывающим помощь пострадавшим: врачам, спасателям, военным, пожарным.

Соловьева С.Л.,

доктор психологических наук, профессор,

заведующая кафедрой психологии и педагогики Санкт-Петербургской государственной Медицинской академии им. И.И. Мечникова

РАБОТА ПСИХОЛОГА В ОЧАГЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Рост числа экстремальных ситуаций (техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов, террористических актов) в нашей стране за последние годы диктует необходимость подготовки специалистов, способных оказывать экстренную психологическую помощь жертвам подобных ситуаций. Несмотря на всю важность и актуальность проблем оказания экстренной психологической помощи населению в экстремальных ситуациях, эти задачи в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психолога.

В рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов кризисной психологии оформилось понятие «психическая травма» (психотравма). Событие, которое воспринимается человеком как угроза его существованию, которое нарушает его нормальную жизнедеятельность, становится для него событием травматическим, то есть потрясением, переживанием особого рода (Черепанова, 1996).

Психологам и психотерапевтам все чаще приходится работать с людьми, перенесшими психическую травму, такими, как: вынужденные переселенцы и беженцы, жертвы захвата в заложники, люди, пережившие бомбежки, обстрелы, гибель родственников, разбойные нападения, а также широкомасштабные природные и техногенные катастрофы (Владиславова, 2001).

Главное содержание психологической травмы составляет утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю.

Травма влияет на восприятие времени, и под ее воздействием меняется видение прошлого, настоящего и будущего. По интенсивности переживаемых чувств травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее существенным событием жизни, как бы «водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом.

Если раньше основную озабоченность вызывали такие последствия экстремальных ситуаций, как количество смертей, физических болезней и травм, то сейчас среди специалистов растет обеспокоенность их последствиями для психосоциального и душевного здоровья населения. Из людей, перенесших психотравму, 80 процентов нормально функционируют, а у 20 процентов через некоторое время (2–6 месяцев) возникают те или иные проблемы в одной или нескольких сферах жизни: аффективной, психосоциальной, профессиональной, психосоматической (Пергаменщик и др., 1999).

Незамедлительное психотерапевтическое вмешательство, как можно ближе по времени к перенесенной травме, позволяет предотвратить многие нежелательные последствия и переход процесса в хроническую форму.

По наблюдениям исследователей, на психическое состояние наиболее тяжелое воздействие оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы. Именно поэтому в данной главе достаточно большое место занимают вопросы, связанные с психологией терроризма.

1.1 КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Чрезвычайная (экстремальная) ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей. Каждая ЧС имеет присущие только ей причины, особенности и характер развития (<http://www.nntu.ru/RUS/gochs/posobiya/posob4/>).

ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

- по степени внезапности: внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые). Легче прогнозировать социальную, политическую, экономическую ситуации, сложнее – стихийные бедствия. Своевременное прогнозирование ЧС и

правильные действия позволяют избежать значительных потерь и в отдельных случаях предотвратить ЧС;

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

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

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

- по характеру: преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и другие. Стихийные бедствия по характеру своего происхождения являются непреднамеренными, к этой группе относятся также большинство техногенных аварий и катастроф.

По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Зона ЧС определяется как территории или акватория, на которой в результате возникновения источника ЧС или рас-пространения его последствий из других районов возникла ЧС.

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

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

Оценка ущерба вследствие ЧС проводится по 5 основным параметрам:

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

1.2 ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.

Психодиагностика, психотехники воздействия и процедура оказания психологической помощи в экстремальных ситуациях имеют свою специфику (Сухов, Деркач 1998).

В частности, психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности. В этих условиях из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Действия, в том числе практического психолога, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств.

Неприменимы во многих экстремальных ситуациях и обычные методы психологического воздействия. Все зависит от целей психологического воздействия в экстремальных ситуациях: в одном случае надо поддержать, помочь; в другом – следует пресечь, например, слухи, панику; в третьем – провести переговоры.

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

- безотлагательность;
- приближенность к месту событий;
- ожидание, что нормальное состояние восстановится;
- единство и простота психологического воздействия.

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма».

Ожидание, что нормальное состояние восстановится: с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния.

Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована.

Простота психологического воздействия – необходимо отвести пострадавшего от

источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

В целом служба экстренной психологической помощи выполняет следующие базовые функции:

- практическую: непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;
- координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами.

Ситуация работы психолога в экстремальных условиях отличается от обычной терапевтической ситуации, по меньшей мере, следующими моментами (Ловелле, Малимонова, 2003):

- Работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации катастрофы.

- Пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы.

- Нередко низкий социальный и образовательный статус многих жертв. Среди жертв можно встретить большое количество людей, которые по своему социальному и образовательному статусу никогда в жизни не оказались бы в кабинете психотерапевта.

- Разнородность психопатологии у жертв. Жертвы насилия часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами, расстройствами характера и, что особенно важно для профессионалов, работающих с жертвами, целым рядом проблем, вызванных самой катастрофой или другой травмирующей ситуацией. Имеется в виду, например, отсутствие средств к существованию, отсутствие работы и пр.

- Наличие почти у всех пациентов чувства потери, ибо поскольку часто жертвы теряют близких людей, друзей, любимые места проживания и работы и пр., что вносит вклад в нозологическую картину травматического стресса, особенно в депрессивную составляющую данного синдрома.

- Отличие посттравматической психопатологии от невротической патологии. Можно утверждать, что психопатологический механизм травматического стресса принципиально отличается от патологических механизмов невроза. Таким образом, необходимо выработать стратегии работы с жертвами, которые охватили бы и те случаи, когда имеет место «чисто» травматический стресс, и те случаи, когда имеет место сложное переплетение травматического стресса с другими патогенными факторами внутреннего или внешнего происхождения.

Цель и задачи экстренной психологической помощи включают профилактику острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапию возникших пограничных нервно-психических нарушений. Экстренная психологическая помощь населению должна основываться на принципе интервенции в поверхностные слои сознания, то есть на работе с симптоматикой, а не с синдромами (Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации, 1998).

Проведение психотерапии и психопрофилактики осуществляют в двух направлениях. Первое – со здоровой частью населения – в виде профилактики:

- а) острых панических реакций;
- б) отсроченных, «отставленных» нервно-психических нарушений.

Второе направление – психотерапия и психопрофилактика лиц с развившимися нервно-психическими нарушениями. Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий могут приводить к тому, что пострадавшие в течение достаточно продолжительного времени окажутся в условиях полной изоляции от внешнего мира. В этом случае рекомендуется психотерапевтическая помощь в виде экстренной «информационной терапии», целью которой является психологическое

поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т.д.). «Информационная терапия» реализуется через систему звукоусилителей и состоит из трансляции следующих рекомендаций, которые должны услышать пострадавшие:

- 1) информация о том, что окружающий мир идет к ним на помощь и делается все, чтобы помощь пришла к ним как можно быстрее;
- 2) находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, т.к. это одно из главных средств к их спасению;
- 3) необходимо оказывать себе самопомощь;
- 4) в случае завалов пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самозащите, что может привести к опасному для них смещению обломков;
- 5) следует максимально экономить свои силы;
- 6) находиться с закрытыми глазами, что позволит приблизить себя к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил;
- 7) дышать медленно, неглубоко и через нос, что позволит экономить влагу и кислород в организме и кислород в окружающем воздухе;
- 8) мысленно повторять фразу: «Я совершенно спокоен» 5–6 раз, чередуя эти самовнушения с периодами счета до 15–20, что позволит снять внутреннее напряжение и добиться нормализации пульса и артериального давления, а также самодисциплины;
- 9) высвобождение из «плена» может занять больше времени, чем хочется потерпевшим. «Будьте мужественными и терпеливыми. Помощь идет к вам».

Целью «информационной терапии» является также уменьшение чувства страха у пострадавших, т.к. известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора. После освобождения пострадавших из-под обломков строений необходимо продолжить психотерапию (и прежде всего – амне-зирующую терапию) в стационарных условиях.

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

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

Еще одна группа людей, к которым применяется психотерапия в зоне ЧС, это спасатели. Основной проблемой в подобных ситуациях является психологический стресс. Именно это обстоятельство значительно влияет на требования, предъявляемые к специалистам служб экстренной помощи. Специалисту необходимо владеть умением своевременно определять симптомы психологических проблем у себя и у своих товарищей, владеть эмпатическими способностями, умением организовать и провести занятия по психологической разгрузке, снятию стресса, эмоционального напряжения. Владение навыками психологической само- и взаимопомощи в условиях кризисных и экстремальных ситуаций имеет большое значение не только для предупреждения психической травмы-тизации, но и для повышения устойчивости к стрессовым воздействиям и готовности быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях.

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга (Lasogga, Gash 1997) разработали ряд рекомендаций для психолога, другого специалиста или добровольца, работающих в экстремальной ситуации. Эти рекомендации полезны как психологам при непосредственной работе в местах массовых бедствий, так и для подготовки спасателей и сотрудников специальных служб (Ромек и др., 2004).

Правила для сотрудников спасательных служб:

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

Пострадавший должен чувствовать, что в создавшейся ситуации он не одинок.

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

2. Постарайтесь избавить пострадавшего от посторонних взглядов.

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

3. Осторожно устанавливайте телесный контакт.

Легкий телесный контакт обычно успокаивает пострадавших. Поэтому возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Даже оказывая медицинскую помощь, старайтесь находиться на одном уровне с пострадавшим.

4. Говорите и слушайте.

Внимательно слушайте, не перебивайте, будьте терпеливы, выполняя свои обязанности. Говорите и сами, желательно спокойным тоном, даже если пострадавший теряет сознание. Не проявляйте нервозности. Избегайте упреков. Спросите пострадавшего: «Могу ли я что-либо для вас сделать?» Если вы испытываете чувство сострадания, не стесняйтесь об этом сказать.

Правила первой помощи для психологов:

1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.

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

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

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

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

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

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

10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

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

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

подготовленный модератор.

При осуществлении экстренной психологической помощи необходимо помнить, что жертвы стихийных бедствий и катастроф страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией (Everstine, Everstine, 1993):

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, постепенно достигающие критической фазы наводнения или надвигающийся ураган, шторм. Чем внезапнее событие, тем оно разрушительнее для жертв.

2. Отсутствие подобного опыта. Поскольку бедствия и катастрофы, к счастью, редки – люди часто учатся переживать их в момент стресса.

3. Длительность. Этот фактор варьирует от случая к случаю. Например, постепенно развивавшееся наводнение может так же медленно и спадать, а землетрясение длится несколько секунд и приносит гораздо больше разрушений. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, в случаях угона самолета) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время катастроф; может пройти немало времени, прежде чем человек сможет контролировать самые обычные события повседневной жизни. Если эта утрата контроля сохраняется долго, даже у компетентных и независимых людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности».

5. Горе и утрата. Жертвы катастроф могут разлучиться с любимыми или потерять кого-то из близких; самое наихудшее – это пребывать в ожидании вестей обо всех возможных утратах. Кроме того, жертва может потерять из-за катастрофы свою социальную роль и позицию. В случае длительных травматических событий человек может лишиться всяких надежд на восстановление утраченного.

6. Постоянные изменения. Разрушения, вызванные катастрофой, могут оказаться невозможными: жертва может оказаться в совершенно новых и враждебных условиях.

7. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Повторяющиеся столкновения со смертью могут приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. При близком столкновении со смертью очень вероятен тяжелый экзистенциальный кризис.

8. Моральная неуверенность. Жертва катастрофы может оказаться перед лицом необходимости принимать связанные с системой ценностей решения, способные изменить жизнь, – например, кого спасти, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удается это немногим. То, что человек делал или не делал во время катастрофы, может преследовать его очень долго после того, как другие раны уже затянулись.

10. Масштаб разрушений. После катастрофы переживший ее, скорее всего, будет поражен тем, что она натворила с его окружением и социальной структурой. Изменения культурных норм заставляют человека адаптироваться к ним или остаться чужаком; в последнем случае эмоциональный ущерб сочетается с социальной дезадаптацией.

Важное место занимает вопрос о динамике психогенных расстройств, развившихся в опасных ситуациях. Ему посвящено достаточно много специальных исследований. В соответствии с работами Национального института психического здоровья (США), психические реакции при катастрофах подразделяются на четыре фазы: героизма, «медового месяца», разочарования и восстановления.

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

2. Фаза «медового месяца» наступает после катастрофы и длится от недели до 3–6

мес. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе катастрофы пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

3. Фаза разочарования обычно длится от 2 месяцев до 1–2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения надежд.

4. Фаза восстановления начинается, когда выжившие осознают, что им самим необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

Другая классификация последовательных фаз или стадий в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций предложена в работе Решетникова и др. (1989):

1. «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. До 30% обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечают увеличение работоспособности в 1,5–2 раза и более.

2. «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Для абсолютного большинства обследуемых наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, и с телами погибших, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко – иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита. К этому же периоду относятся первые отказы от выполнения спасательных и «расчистных» работ (особенно связанных с извлечением тел погибших), значительное увеличение количества ошибочных действий при управлении транспортом и специальной техникой, вплоть до создания аварийных ситуаций.

3. «Стадия разрешения» – 3–12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечается дальнейшее снижение физиологических резервов (по типу гиперактивации). Прогрессивно нарастают явления переутомления. Средние показатели физической силы и работоспособности (в сравнении с нормативными данными для исследованной возрастной группы) снижаются на 30%, а по показателю кистевой динамометрии – на 50% (в ряде случаев – до 10–20 кг). В среднем на 30% уменьшается умственная работоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной

асимметрии.

4. «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения. Учитывая зарубежный опыт, можно также предполагать у лиц, находившихся в очаге стихийного бедствия, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем. Еще одна классификация (Александровский и др., 1991) выделяет три фазы:

1. Предвоздействие, включающее в себя ощущение угрозы и беспокойства. Эта фаза обычно существует в сейсмо-опасных районах и зонах, где часты ураганы, наводнения; нередко угроза игнорируется либо не осознается.

2. Фаза воздействия длится от начала стихийного бедствия до того момента, когда организуются спасательные работы. В этот период страх является доминирующей эмоцией. Повышение активности, проявление само- и взаимопомощи сразу же после завершения воздействия нередко обозначается как «героическая фаза». Паническое поведение почти не встречается – оно возможно, если пути спасения заблокированы.

3. Фаза послевоздействия, начинающаяся через несколько дней после стихийного бедствия, характеризуется продолжением спасательных работ и оценкой возникших проблем. Новые проблемы, возникающие в связи с социальной дезорганизацией, эвакуацией, разделением семей и т.п., позволяют ряду авторов считать этот период «вторым стихийным бедствием».

1.2.1 Техники экстренной психологической помощи

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы (Крюкова и др., 2001):

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

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

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

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

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

В данной ситуации:

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

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил

себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

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

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

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

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

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

Основными признаками апатии являются:

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

В данной ситуации:

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

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

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

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

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

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

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

Основными признаками ступора являются:

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

В данной ситуации:

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

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

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

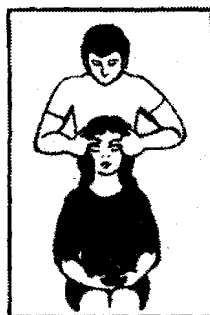
4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

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

Основными признаками двигательного возбуждения являются:



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



В данной ситуации:

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

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

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



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

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

6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях). **Агрессия.** Агрессивное поведение – один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить



высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

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

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.

2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).

3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

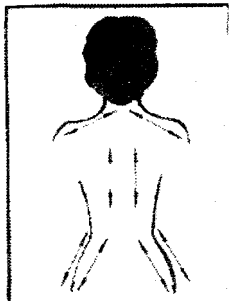
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:

- если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

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



К основным признакам страха относятся:

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

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

В этой ситуации:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

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

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

Основные признаки данного состояния:

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



В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.
5. Нельзя:
 - обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
 - укрывать пострадавшего чем-то теплым;
 - успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

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

Основные признаки данного состояния:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;

- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности;
- в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

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

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.
2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.
3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.
4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.
5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

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

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.
2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).
3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).
4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.
5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

Экстремальные ситуации (насилие), связанные с угрозой для жизни. К подобным ситуациям относятся: захват террористами, ограбление, разбойное нападение.

За короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту, позволяя воспринимать смерть как нечто далекое или даже нереальное). Меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями. Человек начинает делить свою жизнь на две части – до события и после него. Возникает ощущение, что окружающие не могут понять его чувств и переживаний. Необходимо помнить, что даже если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму.

Помощь взрослому:

1. Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа).
2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).
3. Дайте пострадавшему возможности общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).
4. Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», то есть использовать

трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

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

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

Связывая действия преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести.

Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).

Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы (не знает, что будет с ним через день, месяц, год; теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям).

Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного развития.

В данной ситуации:

1. Дайте ребенку понять: вы всерьез относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).

2. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).

3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.

4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.

5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).

6. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.

7. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).

8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов).

9. Нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

Сексуальное насилие. Пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.).

Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

Желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

Помощь:

1. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, избегайте телесного

контакта.

2. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

3. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.

4. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.

5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».

6. Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка.

1.2.2 Психогении в экстремальных ситуациях

В условиях катастроф и стихийных бедствий нервно-психические нарушения проявляются в широком диапазоне: от состояния дезадаптации и невротических, невротоподобных реакций до реактивных психозов. Их тяжесть зависит от многих факторов: возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; индивидуальных характерологических особенностей; дополнительных отягощающих факторов на момент катастрофы (одиночество, попечение о детях, наличие больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т.д.).

Психогенное воздействие экстремальных условий складывается не только из прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и опосредованной, связанной с ее ожиданием. Психические реакции при наводнении, урагане и других экстремальных ситуациях не носят какого-то специфического характера, присущего лишь конкретной экстремальной ситуации. Это скорее универсальные реакции на опасность, а их частота и глубина определяются внезапностью и интенсивностью экстремальной ситуации (Александровский, 1989; Александровский и др., 1991).

Травмирующее воздействие различных неблагоприятных факторов, возникающих в опасных для жизни условиях, на психическую деятельность человека подразделяется на непатологические психозомоциональные (в известной мере физиологические) реакции и патологические состояния – психогении (реактивные состояния). Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При непатологических реакциях обычно сохраняются работоспособность (хотя она и снижена), возможность общения с окружающими и критического анализа своего поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойства за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). Такие реакции также обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п.

В отличие от непатологических реакций патологические-психогенные расстройства являются болезненными состояниями, выводящими человека из строя, лишаящими его возможности продуктивного общения с другими людьми и способности к целенаправленным действиям. В ряде случаев при этом имеют место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления, сопровождающиеся широким кругом психотических расстройств.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиникой нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не столь индивидуальна, как при «обычных» психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к небольшому числу достаточно

типичных проявлений. В-третьих, несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся опасную ситуацию, пострадавший вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Наиболее часто наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций психогенные расстройства объединяют в 4 группы – непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1.

Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций (Александровский, 2001)

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности	
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности	
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Реактивные психозы	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

Поведение человека во внезапно развившейся экстремальной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной, поскольку она способствует экстренной мобилизации физического и психического состояния, необходимой для самосохранения. При утрате критического отношения к собственному страху, появлении затруднений в целесообразной деятельности, снижении и исчезновении возможности контролировать действия и принимать логически обоснованные решения формируются различные психотические расстройства (реактивные психозы, аффективно-шоковые реакции), а также состояния паники.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции и истерические психозы. Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительны, длятся от 15–20 минут до нескольких часов или суток и представлены двумя формами шоковых состояний – гипер- и гипокинетической. Гипокинетический вариант характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, общим «оцепенением», иногда вплоть до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Люди застывают в одной позе, их мимика выражает либо безучастность, либо страх. Отмечаются вазомоторно-вегетативные нарушения и глубокое помрачение сознания. Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением (двигательная буря, фуги-формная реакция). Люди куда-то бегут, их движения и высказывания хаотичны, отрывочны; мимика отражает устрашающие переживания. Иногда преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока. Люди дезориентированы, их сознание глубоко помрачено.

При истерических расстройствах в переживаниях человека начинают преобладать яркие образные представления, люди становятся крайне внушаемыми и самовнушаемыми. На этом фоне нередко развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного помрачения сознания характерно не полное его выключение, а сужение с дезориентировкой, обманами восприятия. В поведении людей всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. В клинической картине заметна демонстративность поведения с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. К числу истерических психозов относят также истерический галлюциноз, псевдодеменцию, пуаризм.

Наиболее типичными проявлениями непсихотических (невротических) расстройств на различных этапах развития ситуации являются острые реакции на стресс, адаптационные (приспособительные) невротические реакции, неврозы (тревоги, истерический, фобический, депрессивный, ипохондрический, неврастения).

Острые реакции на стресс характеризуются быстро проходящими непсихотическими расстройствами любого характера, которые возникают как реакция на экстремальную физическую нагрузку или психогенную ситуацию во время стихийного бедствия и обычно исчезают спустя несколько часов или дней. Эти реакции протекают с преобладанием эмоциональных нарушений (состояния паники, страха, тревоги и депрессии) или психомоторных нарушений (состояния двигательного возбуждения, заторможенности).

Адаптационные (приспособительные) реакции выражаются в легких или преходящих непсихотических расстройствах, длящихся дольше, чем острые реакции на стресс. Они наблюдаются у лиц любого возраста без какого-либо явного предшествовавшего им психического расстройства. Такие расстройства часто в какой-то степени ограничены в клинических проявлениях (парциальны) или выявляются в специфических ситуациях; они, как правило, обратимы. Обычно они тесно связаны по времени и содержанию с психотравмирующими ситуациями, вызванными тяжелыми утратами.

К числу наиболее часто наблюдаемых в экстремальных условиях адаптационных реакций относят:

- кратковременную депрессивную реакцию (реакция* утраты);
- затяжную депрессивную реакцию;
- реакцию с преобладающим расстройством других эмоций (реакцию беспокойства, страха, тревоги и т. д.).

К основным наблюдаемым формам неврозов относят:

– невроз тревоги (страха), для которого характерно сочетание психических и соматических проявлений тревоги, не соответствующих реальной опасности и проявляющихся либо в виде приступов, либо в виде стабильного состояния. Тревога бывает обычно диффузной и может нарастать до состояния паники. Могут присутствовать другие невротические проявления, такие, как навязчивые или истерические симптомы, но они не доминируют в клинической картине;

– истерический невроз, характеризующийся невротическими расстройствами, при которых преобладают нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма»), селективная амнезия, возникающая по типу «условной приятности и желательности», внушения и самовнушения на фоне аффективно суженного сознания. Могут иметь место выраженные изменения поведения, принимающие иногда форму истерической фуги. Это поведение может имитировать психоз или, скорее, соответствовать представлению больного о психозе;

– фобии невротические, для которых типично невротическое состояние с патологически выраженной боязнью определенных предметов или специфических ситуаций;

– депрессивный невроз – он определяется невротическими расстройствами, характеризующимися неадекватной по силе и клиническому содержанию депрессией, которая являлась следствием психотравмирующих обстоятельств. Он не включает в число своих проявлений витальные компоненты, суточные и сезонные колебания и определяется сосредоточением больного на психотравмирующей ситуации, предшествовавшей болезни. Обычно в переживаниях больных отсутствует проекция тоски на будущее. Нередко имеет место тревога, а также смешанное состояние тревоги и депрессии;

– неврастению, выражающуюся вегетативными, сенсомоторными и аффективными дисфункциями и протекающую по типу раздражительной слабости с бессонницей, повышенной утомляемостью, отвлекаемостью, пониженным настроением, постоянным недовольством собой и окружающими. Неврастения может являться следствием продолжительного эмоционального стресса, переутомления, возникать на фоне травматических поражений и соматических заболеваний;

– ипохондрический невроз – проявляется главным образом чрезмерной озабоченностью собственным здоровьем, функционированием какого-либо органа или, реже, состоянием своих умственных способностей. Обычно болезненные переживания сочетаются с тревогой и депрессией.

Изучение наблюдавшихся при экстремальных ситуациях психических расстройств, а также анализ комплекса спасательных, социальных и медицинских мероприятий дают возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдаются различные психогенные нарушения.

Первый (острый) период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экстремальное воздействие затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психотического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, так что длительность острого периода в восприятии увеличена в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства в гипердинамическом или гиподинамическом вариантах, описанных выше. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный - ремор, обмороки, у беременных женщин – выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажаются расстояния между предметами, их размеры и форма. Порой окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение сохраняется в течение нескольких часов после воздействия. Длительными могут быть и кинестетические иллюзии (ощущение качающейся земли, полета, плавания и т.д.).

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняются доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

Во **втором периоде**, протекающем при развертывании спасательных работ, начинается, по образному выражению, «нормальная жизнь в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоземotionalное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

После окончания острого периода у некоторых пострадавших наблюдаются кратковременное облегчение, подъем настроения, стремление активно участвовать в спасательных работах, многоречивость, бесконечное повторение рассказа о своих переживаниях, об отношении к случившемуся, бравада, дискредитация опасности. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, она сменяется вялостью, безразличием, идеаторной заторможенностью, затруднением в осмыслении задаваемых вопросов, трудностями при выполнении даже простых заданий. На этом фоне наблюдаются эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием тревоги. В ряде случаев развиваются своеобразные состояния, пострадавшие производят впечатление отрешенных, погруженных в себя. Они часто и глубоко вздыхают, отмечается брадифазия, ретроспективный анализ показывает, что в этих случаях внутренние переживания нередко связываются с мистически-религиозными представлениями. Другой вариант развития тревожного состояния в этот период может характеризоваться преобладанием «тревоги с активностью». Характерными являются двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, многоречивость, стремление к обилию контактов с окружающими. Экспрессивные движения бывают несколько демонстративны, утрированы. Эпизоды психоэмоционального напряжения быстро сменяются вялостью, апатией.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, осознание утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить подострый характер. В этих случаях наблюдаются как «соматизация» многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу «невротизация» и «психопатизация».

В динамике астенических расстройств, развившихся после экстремальной внезапно возникшей ситуации, часто наблюдаются аутохтонные эпизоды психоэмоционального напряжения с преобладанием аффекта тревоги и усилением вегетосо-матических нарушений. По существу, астенические расстройства являются основой, на которой формируются различные пограничные нервно-психические расстройства. В ряде случаев они приобретают затяжной и хронический характер.

При развитии на фоне астении выраженных и относительно стабильных аффективных реакций собственно астенические расстройства как бы отесняются на второй план. У пострадавших возникают смутное беспокойство, тревожное напряжение, дурные предчувствия, ожидание какого-то несчастья. Появляется «прислушивание к сигналам опасности», которыми могут оказаться сотрясение почвы от движущихся механизмов, неожиданный шум или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц, дрожью в руках, ногах. Это способствует формированию стойких и длительных фобических расстройств. Наряду с фобиями, как правило, отмечается неуверенность, трудность в принятии даже простых решений, сомнения в верности и правильности собственных действий. Часто наблюдаются близкое к навязчивости постоянное обсуждение пережитой ситуации, воспоминания о прошлой жизни с ее идеализацией.

Другим видом проявления эмоционального напряжения являются психогенные депрессивные расстройства. Появляется своеобразное осознание «своей виновности» перед погибшими, возникает отвращение к жизни, сожаление, что выжил, а не погиб вместе с родственниками. Феноменология депрессивных состояний дополняется астеническими проявлениями, а в ряде наблюдений – апатией, безразличием,

появлением тоскливого аффекта. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, снижению самооценки, чувству несостоятельности. Нередко депрессивные проявления бывают менее выраженными, и на передний план выступает соматический дискомфорт (соматические «маски» депрессии): диффузная головная боль, усиливающаяся к вечеру, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, анорексия.

В целом депрессивные расстройства не достигают психотического уровня, у пострадавших не бывает идеаторной заторможенности, они хотя и с трудом, но справляются с повседневными заботами.

Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших экстремальную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеют как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт и личностные установки каждого человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль.

Основную группу состояний личностной декомпенсации обычно представляют реакции с преобладанием радикала возбудимости и сензитивности. Такие лица по ничтожному поводу дают бурные аффективные вспышки, объективно не адекватные поводу. При этом нередко агрессивные действия. Такие эпизоды чаще всего кратковременны, протекают с некоторой демонстративностью, театральностью, быстро сменяются астенодепрессивным состоянием, вялостью и безразличием к окружающему.

В ряде наблюдений отмечается дисфорическая окраска настроения. Люди в подобном состоянии мрачны, угрюмы, постоянно недовольны. Они оспаривают распоряжения и советы, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими, бросают начатую работу. Нередки и случаи усиления паранойяльных акцентуаций – пережившие острую экстремальную ситуацию становятся завистливыми, следят друг за другом, пишут жалобы в различные инстанции, считают, что их обделили, поступили с ними несправедливо. В этих ситуациях наиболее часто развиваются рентные установки.

Наряду с отмеченными невротическими и психопатическими реакциями на всех трех этапах развития ситуации у пострадавших отмечаются вегетативные дисфункции и расстройства сна. Последние не только отражают весь комплекс невротических нарушений, но и в значительной мере способствуют их стабилизации и дальнейшему усугублению. Чаще всего затруднено засыпание, ему мешают чувство эмоционального напряжения, беспокойство, гиперестезии. Ночной сон носит поверхностный характер, сопровождается кошмарными сновидениями, обычно кратковременен. Наиболее интенсивные сдвиги в функциональной активности вегетативной нервной системы проявляются в виде колебаний артериального давления, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головных болей, вестибулярных нарушений, желудочно-кишечных расстройств. В ряде случаев эти состояния приобретают пароксизмальный характер, становясь наиболее выраженными во время приступа. На фоне вегетативных дисфункций нередко наблюдаются обострение психосоматических заболеваний, относительно компенсированных до экстремального события, и появление стойких психосоматических нарушений.

Во все указанные периоды развитие и компенсация психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях зависят от трех групп факторов: особенность ситуации, индивидуальное реагирование на происходящее, социальные и организационные мероприятия. Однако значение этих факторов в различные периоды развития ситуации неодинаково. С течением времени теряют непосредственное значение характер чрезвычайной ситуации и индивидуальные особенности пострадавших, и напротив, возрастает и обретает основополагающее значение не только собственно медицинская, но и социально-психологическая помощь и организационные факторы.

Основные факторы, влияющие на развитие и компенсацию психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, могут быть классифицированы следующим образом.

Непосредственно во время события (катастрофа, стихийное бедствие и др.):

1) Особенности ситуации:

- интенсивность ЧС;
- длительность ЧС;
- внезапность ЧС.

2) Индивидуальные реакции:

- соматическое состояние;
- возраст;
- подготовленность к ЧС;
- личностные особенности.

3) Социальные и организационные факторы:

- информированность;
- организация спасательных работ;
- «коллективное поведение».

При проведении спасательных работ после завершения опасного события:

1) Особенности ситуации:

- «вторичные психогении».

2) Индивидуальные реакции:

- личностные особенности;
- индивидуальная оценка и восприятие ситуации;
- возраст;
- соматическое состояние.

3) Социальные и организационные факторы:

- информированность;
- организация спасательных работ;
- «коллективное поведение».

На отдаленных этапах чрезвычайной ситуации:

1) Социально-психологическая и медицинская помощь:

- реабилитация;
- соматическое состояние.

2) Социальные и организационные факторы:

- социальное устройство;
- компенсации.

1.2.3 Психология терроризма

Террористические акты стали неотъемлемой частью современной жизни. Террор (лат. terror – страх, ужас) – направлен на «устрашение», «запугивание». Именно это обстоятельство и определяет террор как особую форму политического насилия, характеризующуюся жестокостью, целенаправленностью и кажущейся эффективностью. Террор – ужас, то есть эмоциональное состояние, возникновения которого добиваются террористы, осуществляя те или иные специальные действия – террористические акты. Террористический акт является средством, методом, использование которого ведет реальные или потенциальные жертвы к состоянию ужаса. Совокупность звеньев террорист – террористический акт – террор составляет терроризм как целостное явление (Ольшанский, 2002).

Терроризм – это устрашение людей осуществляемым насилием. Насилие это осуществляется в самых разных формах: это физическое, политическое, социальное, экономическое, информационное и т. д. насилие. С учетом степени массовости и по мере организованности выделяют четыре вида насилия: массовое организованное и массовое стихийное, индивидуальное стихийное и индивидуальное организованное. Каждое из них имеет свою специфику и особенности. Общее историческое развитие терроризма, с некоторыми исключениями, шло по цепочке: индивидуальный – групповой – локальный – массовый терроризм. Массовый терроризм – достижение последнего минувшего столетия, точнее – его последней четверти.

Терроризм представляет собой особую деструктивную разновидность человеческой

деятельности. Однако, как и любая деятельность, она имеет трехчленную структуру (деятельность – действие – операции), которым соответствуют три вида побуждающих стимулов (мотив – цель – условия). Мотив обладает побуждающей и смыслообразующей функциями для террориста. Среди основных мотивов занятия террористической деятельностью («террорной работой») выделяются: 1) меркантильные мотивы; 2) идеологические мотивы; 3) мотивы преобразования, активного изменения мира; 4) мотив власти над людьми; 5) мотивы интереса и привлекательности терроризма как особой деятельности; 6) «товарищеская» мотивация; 7) мотив самореализации.

В настоящем справочнике мы рассматриваем три вида террористических актов: взрывы, массовый захват заложников и захват террористами самолета.

1.2.3.1. Взрывы

Террористы, как правило, устанавливают взрывные устройства в жилых домах и общественных местах, на дорогах, в метро, на железнодорожном транспорте, в самолетах, припаркованных автомобилях. В настоящее время могут использоваться как промышленные, так и самодельные взрывные устройства, замаскированные под любые предметы.

Меры безопасности при угрозе проведения теракта (<http://www.balti.iatp.md/reicu/ESE2/>):

1. Будьте предельно внимательны и доброжелательны к окружающим вас людям.
2. Ни при каких условиях не допускайте паники.
3. Если есть возможность, отправьтесь с детьми и престарелыми родственниками на несколько дней на дачу, в деревню, к родственникам за город.
4. Обезопасьте свое жилище:
 - уберите пожароопасные предметы, взрывчатые и химически опасные вещества из жилища;
 - закройте на замки и другие запорные устройства окна, двери, чердаки, подвалы;
 - организуйте охрану своего дома, особенно следите за появлением незнакомых и подозрительных лиц;
 - подготовьте подвальные и другие заглубленные помещения под укрытия;
 - всегда имейте в готовности аварийное освещение, запас воды (минеральная вода, компоты и другие жидкости) и консервированных пищевых продуктов;
 - уберите с окон горшки с цветами;
 - закройте окна шторами – это защитит вас от повреждения осколками стекла.
5. Сложите в сумку необходимые документы, ценные вещи, деньги на случай экстренной эвакуации.
6. По возможности реже пользуйтесь общественным транспортом.
7. Отложите посещение общественных мест.
8. Примите меры к техническому укреплению чердаков и подвалов, произведите установку замков и домофонов.
9. Не сдавайте свое жилье и другие жилищно-бытовые и производственные помещения незнакомым лицам для кратковременного проживания или в коммерческих и еще каких-то целях.
10. Будьте организованны и бдительны, готовы к действиям в чрезвычайных ситуациях, держите связь с органами правопорядка, гражданской защиты и жилищно-коммунальной службой.
11. Окажите психологическую поддержку старым, больным и детям.

Действия при обнаружении взрывоопасного предмета:

1. Заметив взрывоопасный предмет (гранату, снаряд, бомбу и др.), не подходите близко к нему, позовите находящихся поблизости людей и попросите немедленно сообщить о находке в правоохранительные органы. Не позволяйте случайным людям прикасаться к опасному предмету или пытаться обезвредить его.

2. Совершая поездки в общественном транспорте, обращайте внимание на оставленные сумки, портфели, свертки, игрушки и другие предметы, в которых могут

находиться самодельные взрывные устройства. Немедленно сообщите об этом водителю, машинисту поезда, любому работнику милиции. Не открывайте их, не трогайте руками, предупредите стоящих рядом людей о возможной опасности.

3. Заходя в подъезд, обращайте внимание на посторонних людей и незнакомые предметы. Как правило, взрывное устройство в здании закладывают в подвалах, на первых этажах, около мусоропроводов, под лестницами. Будьте бдительны и внимательны.

Ваши действия при совершении теракта заключаются в том, чтобы спокойно уточнить и оценить сложившуюся обстановку, после чего:

1. Окажите первую медицинскую помощь своим детям и родственникам и другим пострадавшим, нуждающимся в ней.

2. По возможности приступайте к освобождению пострадавших из завалов.

3. В случае возможной эвакуации возьмите документы и предметы первой необходимости.

4. Передвигайтесь осторожно, не трогайте поврежденные конструкции и оголенные провода, остерегайтесь обвалов стен и перекрытий.

5. В разрушенном или поврежденном помещении из-за опасности взрыва скопившихся газов нельзя пользоваться спичками, свечами, факелами, зажигалками.

6. При сильном задымлении для защиты органов дыхания пользуйтесь влажными платками, полотенцами и другими вещами.

7. Строго выполняйте указания и требования должностных лиц.

Если вас завалило обломками стен, то действуйте строго в соответствии со следующими рекомендациями:

– Постарайтесь не падать духом.

– Успокойтесь. Дышите глубоко и ровно.

– Настройтесь на то, что спасатели вас спасут.

– Голосом и стуком привлекайте внимание людей.

– Если вы находитесь глубоко под обломками здания, перемещайте влево-вправо любой металлический предмет (кольцо, ключи и т.п.) для обнаружения вас эхопеленгатором.

– Если пространство около вас относительно свободно, не зажигайте зажигалки. Берегите кислород.

– Продвигайтесь осторожно, стараясь не вызвать нового обвала, ориентируйтесь по движению воздуха, поступающего снаружи.

– Если у вас есть возможность, с помощью подручных предметов (доски, кирпича и т.п.) укрепите потолок от обрушения и ждите помощи. При сильной жажде положите в рот небольшой камешек и сосите его, дыша носом.

Если в вагоне метро произошел взрыв и пожар (Громов, Васильев 2000):

1. Почувствовав запах дыма, немедленно сообщите машинисту о пожаре по переговорному устройству и выполняйте все его указания. Постарайтесь не допустить возникновения паники в вагоне, успокойте людей, возьмите детей за руки. При сильном задымлении закройте глаза и дышите через влажный носовой платок, респиратор или противогаз.

2. Оставайтесь на местах, пока поезд движется в тоннеле. После прибытия на станцию и открытия дверей пропустите вперед детей и престарелых, затем выйдите сами, сохраняя спокойствие и выдержку. Проверьте, не остался ли кто-нибудь в вагоне, помогите этим людям покинуть его. Сразу же сообщите о пожаре дежурному по станции и по эскалатору. Окажите помощь работникам метро, используя для тушения огнетушители и другие противопожарные средства, имеющиеся на станции.

3. При появлении в вагоне открытого огня во время движения постарайтесь потушить его, используя имеющиеся под сиденьями огнетушители или подручные средства. Если это возможно, перейдите в незанятую огнем часть вагона (лучше вперед) и сдерживайте распространение пожара, сбивая пламя одеждой или заливая его любыми негорючими жидкостями (водой, молоком и т.п.). Ни в коем случае не пытайтесь

остановить поезд в тоннеле аварийным стоп-краном – это затруднит тушение пожара и вашу эвакуацию.

4. При остановке поезда в тоннеле не пытайтесь покинуть его без команды машиниста; не прикасайтесь к металлическому корпусу вагона и дверям до отключения высокого напряжения по всему участку. После разрешения на выход откройте двери или выбейте ногами стекла, выйдите из вагона и двигайтесь вперед по ходу поезда к станции. Идите вдоль полотна между рельсами гуськом, не прикасаясь к токоведущим шинам (сбоку от рельсов) во избежание поражения электротоком при включении напряжения.

5. Будьте особенно внимательны при выходе из тоннеля у станции, в местах пересечения путей, на стрелках, так как возможно появление встречного поезда. Если оставленный вами поезд сдвинулся с места и нагоняет вас, прижмитесь к нише стены тоннеля. Немедленно сообщите дежурному по станции о случившемся и выполняйте его указания.

1.2.3.2. Захват заложников

Заложничество отличается от непосредственной террористической атаки (взрывов, выстрелов) тем, что сразу заставляет человека переживать вероятность скорой смерти. Этого переживания нет при непосредственной атаке – там оно появится спустя время. В ситуации заложничества, напротив, ожидание смерти появляется *сразу*. В ситуации заложничества один страх (отсроченный, в виде запоздалых переживаний уже произошедшего захвата заложников) постепенно накладывается на другой страх (ожидания *смерти*), как бы удваивая переживания.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОРТРЕТЫ ТЕРРОРИСТА И ЕГО ЖЕРТВЫ

Несмотря на многочисленные исследования, проводимые зарубежными и отечественными специалистами, террористы не попадают в специфическую психодиагностическую категорию. Большая часть сравнительных исследований не обнаружила никакой явной психической ненормальности террористов. Тем не менее продолжают попытки выявить специфическую личностную предрасположенность у людей, становящихся на путь терроризма. Среди членов террористических групп наблюдается значительная доля озлобленных паранойяльных индивидов. Общая черта многих террористов – тенденция к экстернатизации, поиску вовне источников личных проблем. Хотя эта черта не является явно паранойяльной, имеет место сверхсосредоточенность на защите Я путем проекции. Другие характерные черты – постоянная оборонительная готовность, чрезмерная поглощенность собой и незначительное внимание к чувствам других. Была обнаружена психодинамика, сходная с той, которая обнаружена в случаях, граничащих с нарциссическими расстройствами (Поуст, 1993).

Проявления нарциссизма в форме самолюбования, утверждений об исключительности и особых правах своей национальной, религиозной или классовой группы и ее представителей, о собственных выдающихся способностях и др. можно обнаружить у большинства террористических объединений, например чеченских и ирландских. Хотя нарциссизм в аспекте терроризма еще не исследовался, Э.Фромм специально анализирует это явление среди причин человеческой деструктивности, составной частью которой является терроризм (Антонян, 1998).

Э.Фромм определяет нарциссизм «как такое эмоциональное состояние, при котором человек реально проявляет интерес только к своей собственной персоне, своему телу, своим потребностям, своим мыслям, своим чувствам, своей собственности и т.д. В то время как все прочее, что не составляет часть его самого и не является объектом его устремлений, – для него не наполнено настоящей жизненной реальностью, лишено цвета, вкуса, тяжести, а воспринимается лишь на уровне разума. Мера нарциссизма определяет у человека двойной масштаб восприятия. Лишь то имеет значимость, что касается его самого, а остальной мир в эмоциональном отношении не имеет ни запаха, ни цвета; и потому человек-нарцисс обнаруживает слабую способность к объективности и серьезные просчеты в оценках» (Фромм, 1992).

Личность террориста характеризуется сочетанием истерических и эксплозивных черт, высоким уровнем нейротизма и Фрустрированностью, приводящей к прорыву

барьера социальной адаптации, выраженной асоциальностью; однако далеко не всегда террористы обнаруживают физическую агрессию (более характерную для лиц, совершающих такие преступления против личности, как убийства, изнасилования). У большинства террористов обнаруживают расстройства личности с высоким уровнем косвенной агрессии. При этом механизм реализации террористического акта, как правило, включает в себя аффектогенную мотивацию, психопатическую самоактуализацию и развивается по схемам:

- утрата связей с обществом – оппозиция обществу – переживание общественного давления;
- фрустрация – желание лидерства «назло врагам» – месть обществу за отвержение.

Наиболее громкие террористические акты отмечены, как правило, многочисленными жертвами, что создает страх перед террористом, служит компенсацией со стороны общества и питает его амбиции. Из чего был сделан вывод, что главная цель террориста – демонстрация собственной силы, а не нанесение реального ущерба. Террорист не стремится к безымянности, он всегда охотно берет на себя ответственность за свои действия.

В детском и подростковом возрасте террористы обнаруживают высокий уровень притязаний, завышенную самооценку, отличаются склонностью к фантазированию, занимают выраженную обвиняющую позицию, требуют к себе повышенного внимания педагогов. Психопатологический компонент личности террориста чаще всего связан с ощущением реального или мнимого ущерба, понесенного террористом, дефицита чего-то необходимого, настоятельно потребного для личности. Как правило, логика и мышление террористов носят путаный и противоречивый характер. В эмоциональном плане выделяются два крайних типа террористов: предельно «холодный», практически безэмоциональный вариант, и вариант эмоционально лабильный, склонный к сильным проявлениям эмоций в не связанной с террором сфере, когда снимается обычно жесткий контроль над эмоциями. С эмоциями связаны морально-нравственные проблемы («комплекс греховности»), иногда мучительные для террористов, несмотря на достаточно высокий уровень образования и интеллектуального развития.

В более упрощенных вариантах террорист лишен таких проблем и выступает как бездушная «деструктивная машина». Психологический анализ позволяет выделить три наиболее ярких варианта такой «террористической машины». «Синдром зомби» – состояние постоянной боеготовности, своего рода «синдром бойца», нуждающегося в непрерывном самоутверждении и подтверждении своей состоятельности. Он присущ террористам-исполнителям, боевикам низшего уровня. «Миссионерство» – основной психологический стержень «синдрома Рэмбо». «Рэмбо» не может (хотя и умеет) убивать «просто так» – он обязательно должен делать это во имя чего-то высокого. Поэтому ему приходится все время искать и находить те или иные, все более сложные и рискованные, «миссии». К основным психологическим характеристикам «синдрома камикадзе» прежде всего относится экстремальная готовность к самопожертвованию в виде жертвы самой своей жизнью. Преодоление страха смерти вполне возможно за счет изменения отношения к жизни. Стоит перестать рассматривать жизнь как некую свою собственность, как страх смерти проходит (Ольшанский, 2002).

Психологические типы террористов в определенной степени (хотя и не абсолютно) соответствуют четырем известным классическим типам темперамента. Специфика террористической деятельности накладывает свой отпечаток на классические типы, присутствующие в норме, поэтому и «сангвиник», и «флегматик», и тем более «меланхолик» значительно более энергетичны, чем среднестатистический представитель данного типа: по уровню энергетике они приближаются к «холерику», считающемуся наиболее темпераментным. Однако определенные характеристики позволяют провести такую типологизацию. В ее основе лежат как внешние, конституционные, так и внутренние, характерологические признаки, позволяющие относить каждый из приводимых ниже портретов к одному из четырех классических типов. Кроме того, за

такой типологизацией стоит содержательное понимание четырех обозначенных выше типов И.П.Павло-вгм (в связи с особенностями высшей нервной деятельности и скоростью протекания психических процессов), а также известная типология Г.Ю.Айзенка, трактующая те же самые типы на основе соотношения двух координат: нейротизма – эмоциональной устойчивости и экстраверсии – интроверсии.

Террорист-холерик. В нейрофизиологической трактовке И.П.Павлова это тип сильный, однако неуравновешенный, с преобладанием возбуждения; одержимый множеством идей и эмоций, увлекающийся, но быстро остывающий. Нервная система характеризуется, помимо большой силы, преобладанием возбуждения над торможением. Отличается большой жизненной энергией, но ему не всегда хватает самообладания, подчас бывает вспыльчив и несдержан. По Г.Ю.Айзенку – это невротизированный экстраверт, вроде бы «любящий массу», но почему-то довольно легко приносящий эту любовь в жертву индивидуальному террору. Ответ на этот кажущийся парадокс достаточно прост: внешняя экстравертированность часто как раз и оборачивается ненавистью к широким контактам за счет высокого уровня невротизации. Обычно нейротизм в сочетании с выраженной экстравертированностью и дает «на выходе» явные признаки психопатии и истерии.

Террорист-флегматик. В трактовке И.П.Павлова, это тип сильный и устойчивый, уравновешенный, иногда инертный; спокойный, «надежный». Нервная система характеризуется значительной силой и равновесием нервных процессов наряду с малой подвижностью. Реагирует спокойно и неспешно, не склонен к перемене своего окружения, хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям. По Г.Ю.Айзенку, это эмоционально устойчивый интроверт. Не склонен к психопатии и истерии, напротив, часто обладает качествами иного рода. В терроре не столько боевик, сколько эмоциональная опора группы или организации – так сказать, стабилизирующее начало группы.

Террорист-сангвиник. Согласно И.П.Павлову, это тип сильный, уравновешенный, подвижный. Его нервная система отличается большой силой нервных процессов, их равновесием и значительной подвижностью. Это человек быстрый, легко приспосабливающийся к изменчивым условиям жизни. Его характеризует высокая сопротивляемость трудностям жизни. По Г.Ю.Айзенку, это тип эмоционально устойчивый и экстравертированный. Наиболее адаптивный среди всех остальных типов. Его решения основаны не на ситуативных эмоциях, а на устойчивых убеждениях, основанных на жизненном опыте.

Четвертый тип больше всего напоминает *меланхолика*. По И.П.Павлову, это слабый тип нервной системы. Он характеризуется слабостью как процесса возбуждения, так и торможения, обычно плохо сопротивляется воздействию сильных положительных и тормозных стимулов. Меланхолики часто пассивны, заторможены. В особенности их деятельность часто тормозится негативными моральными переживаниями, которым они придают большое значение. Воздействие слишком сильных раздражителей может стать для меланхолика источником различных нарушений поведения. Так, например, нейротизм в сочетании с интровертированностью часто дает «на выходе» дистимию, навязчивые представления, иногда – страхи. По Г.Ю.Айзенку, это достаточно невротизированный интроверт.

Дифференцированный анализ (Ольшанский, 2002) показал, что среди участников террористических организаций и террористических действий 46% холериков, 32% сангвиников, 12% меланхоликов и 10% флегматиков.

Виктимология – наука о жертвах и, в частности, о психологических особенностях жертв. Известно, что далеко не всякие люди оказываются в числе жертв, например, террористических актов. Есть некая непонятная, загадочная предрасположенность, особая «жертвенность», пока еще недостаточно изученная наукой. Изучение психологии жертв террора обычно представляет собой сложное дело. Во-первых, мало кто из жертв остается живым и достаточно сохранным. Во-вторых, оставшиеся в живых не хотят вспоминать о произошедшем и тем более говорить об этом. Тем не менее анализ

поведения жертв террористических актов показал, что оно по многим параметрам сближается с поведением жертв стихийных бедствий и техногенных катастроф.

Совершение террористического акта обуславливает развитие довольно стереотипных реакций.

В основе террора лежит страх достаточно большого числа людей. Страх определяется как эмоция, вызываемая надвигающимся бедствием. Страх складывается из определенных и вполне специфических физиологических изменений, экспрессивного поведения и специфического переживания, проистекающего из ожидания угрозы или опасности. Первичными и наиболее глубинными причинами, вызывающими страх, являются боязнь физического повреждения и опасения смерти. Они прямо связаны с инстинктом самосохранения, свойственным всем живым существам.

Крайняя степень страха – это ужас. В отличие от просто страха, сигнализирующего о вероятной угрозе, предвосхищающего ее и сообщающего о ней, ужас констатирует неизбежность бедствия. Соответственно, ужас вызывает иные, нежели просто страх, реакции, иное поведение людей. Он может заставить человека оцепенеть на месте, тем самым приводя его в абсолютно беспомощное состояние, или, наоборот, может заставить его броситься наутек, прочь от опасности. Существуют два основных типа поведенческой реакции на страх и ужас: оцепенение (и в результате беспомощность) и бегство. Ужас никогда не вызывает стремления исследовать вызвавший его объект – напротив, он парализует даже ориентировочные рефлексy. В отличие от страха, при ужасе нет ни удивления, ни интереса. Реакция бегства возможна и при ужасе, но только как вторичная, когда ужас несколько ослабевает, для чего необходимо время.

Основными поведенческими следствиями страха и ужаса являются паника, агрессия и апатия. Паника – особое эмоциональное состояние, возникающее как следствие либо дефицита информации о какой-то путающей или непонятной ситуации, либо ее избытка и проявляющееся в стихийных импульсивных действиях. Паника – сложный, промежуточный поведенческий феномен. На основе паники как эмоционально-поведенческого состояния возникают массовые панические толпы со специфическим поведением. В общепринятом смысле, под паникой понимают массовое паническое поведение, обусловленное страхом (ужасом) (более подробно о панике см. раздел 1.2.4 настоящей главы).

Другим видом поведения является стихийная агрессия, обычно определяемая как массовые враждебные действия, направленные на нанесение страдания, физического или психологического вреда или ущерба, либо даже на уничтожение других людей или общностей. Это тоже террор, только с другой стороны: террор массы, подчас направленный против тех террористов, которые вызвали страх, ужас и панику массы. Психологически за агрессией – разрушительным поведением – стоит внутренняя агрессивность – эмоциональное состояние, в основе которого лежат гнев и раздражение, возникающие как реакция на фрустрацию, на переживание непреодолимости неожиданных барьеров или недоступность чего-то желанного. Такое состояние может возникать как реакция на ту фрустрацию, которую вызывает террор.

Апатия или смирение – третий вид массовых реакций на террор. Более того: в той или иной степени, но все реакции на террор – и страх, и ужас, и паника, и агрессия, если они не дают быстрого результата спасения или устранения террористов, рано или поздно заканчиваются истощением. Тогда приходит апатия, когда двигательная и психическая активность человека падают вследствие панических или агрессивных реакций. Исследования показывают, что апатия может развиваться в двух формах: как непосредственная реакция на террор и как реакция отсроченная, представляющая собой завершение сложной цепи первичных психологических реакций.

В работе Пуховского (2000) на основе исследования, проведенного в г. Буденновске сразу после захвата заложников летом 1995 г., оцениваются общие психологические черты разных типов жертв террора (непосредственно пострадавших от террористических действий заложников, их родственников, а также невольных свидетелей – жителей города).

Первая группа лиц, вовлеченных в террор, – близкие родственники заложников и «пропавших без вести» (предположительных заложников) – внезапно оказались в ситуации «психологического раскачивания»: они метались от надежды к отчаянию. Все эти люди обнаружили острые реакции на стресс с характерным сочетанием целого комплекса аффективно-шоковых расстройств (горя, подавленности, тревоги), паранойяльности (враждебного недоверия, настороженности, маниакального упорства) и соматоформных реакций (обмороков, сердечных приступов, кожно-аллергических высыпаний).

В силу мощного ригидного отрицательного аффекта они заражали значительную часть благополучного населения города (которых непосредственно не коснулся террористический акт) негативными эмоциями, а также сомнениями в отношении возможности эффективной помощи и искреннего сочувствия со стороны людей, специально приехавших в город для ликвидации чрезвычайной ситуации. Основными индукторами такого рода эмоциональных состояний стали пожилые родственники заложников, у которых ресурсы адаптации были объективно снижены и которые в силу этого вызывали повышенное сочувствие к себе, а также чувство самоупрека у относительно благополучных соседей.

Состояние представителей второй группы – только что освобожденных заложников – определялось остаточными явлениями пережитых ими острых аффективно-шоковых реакций. В клинко-психологическом плане это была достаточно типичная картина так называемой адинамической депрессии с обычно свойственными ей «масками» астении, апатии, ан-гедонии. Характерным было нежелание вспоминать пережитое, стремление «скорее приехать домой, принять ванну, лечь спать и все забыть, поскорее вернуться к своей обычной жизни». Особо отметим навязчивое желание поскорее «очиститься», в частности «принять ванну», – оно было особенно симптоматичным и высказывалось многими освобожденными заложниками.

По рассказам освобожденных заложников, в их экстремальной ситуации наблюдалось поведение трех типов. Первый тип – это регрессия с «примерной» инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни. Это апатия в ее прямом и непосредственном виде. Второй тип – это демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов. Это скорее не депрессивная, а стеническая активно-приспособительная реакция. Третий тип поведения – хаотичные про-тестные действия, демонстрации недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористами.

Такие типы поведения наблюдались у разных людей и вели к разным исходам. Третий тип был характерен для одиноких мужчин и женщин с низким уровнем образования и сниженной способностью к рефлексии. Второй тип был типичен для женщин с детьми или беременных женщин. Первый тип был общим практически для всех остальных заложников.

Кроме таких различий поведения отдельно отмечались специфические психопатологические феномены двух типов.

Феномены первого типа – ситуационные фобии. В очаге чрезвычайной ситуации заложники испытывали ситуационно обусловленные агорафобические явления. Это было: боязнь подойти к окну, встать во весь рост, старание ходить пригнувшись, «короткими перебежками», боязнь привлечь внимание террористов и т. п. Естественно, все это определялось стремлением уцелеть в происходящем вокруг бое. Однако уже в ближайшие дни после своего освобождения заложники с выраженным аффектом жаловались на появление навязчивой агорафобии (боязнь открытых пространств) и склонности к ограничительному поведению. У них вновь появились такие симптомы, как боязнь подходить к окнам – уже в домашних условиях; боязнь лечь спать в постель и желание спать на полу под кроватью, и т. п. Наиболее характерны такие жалобы были для молодых женщин, беременных или матерей малолетних детей. В ситуации заложничества их поведение отличалось максимальной адаптивностью

(демонстрационной покорностью) – за этим стояло стремление спасти своих детей. Действия террористов эти женщины оценивали с позиций отчуждения. Спустя некоторое время после своего освобождения они вновь вернулись примерно к тому же типу поведения. Либо заложничество оставляет такие сильные и длительные, хронические последствия, либо их поведение вообще отличается такими особенностями.

Второй тип феноменов – это различные искажения восприятия ситуации. В структуре «синдрома заложника» уже после освобождения иногда жертвы высказывались о правильности действий террористов; об обоснованности их холодной жестокости и беспощадности – в частности «несправедливостью властей»; об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»; о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т. п. Такие высказывания, по сути соответствующие «стокгольмскому синдрому», были характерны для немолодых, одиноких мужчин и женщин с невысоким уровнем образования и низкими доходами. Эти высказывания были пронизаны аффектом враждебного недоверия и не поддавались критике. Такие суждения возникали только после освобождения – в период заложничества именно эти люди демонстрировали описанное выше поведение третьего типа, отличались хаотичными про-тестными действиями, провоцировавшими конфликты и угрозы агрессии со стороны террористов. Судя по всему, такое реактивное оправдание террористов можно рассматривать как проявление своеобразной «истерии облегчения».

Таким образом, массовая психология жертв террора складывается из пяти основных слагаемых. Они могут быть выстроены хронологически. Это страх, сменяемый ужасом, вызывающим либо апатию, либо панику, которая может смениться агрессией. Мужчины и женщины – жертвы террора ведут себя по-разному. Определенные поведенческие различия связаны с уровнем образования, развитостью интеллекта и уровнем благосостояния (если человеку почти нечего терять, он проявляет склонность к хаотичному, непродуктивному протесту). Спустя какое-то время после террористического акта у его жертв и свидетелей сохраняется психопатологическая симптоматика – прежде всего, в виде отложенного страха, а также разного рода фобий и регулярных кошмаров. Отдельные факторы и обстоятельства можно считать некоторыми «чертами виктимности». В описанных случаях такими чертами был пол (жертвами прежде всего становились женщины), наличие маленьких детей или же беременность.

Другая классификация психологических типов заложников приведена в работе Китаева–Смыка (2002). Сначала почти у всех попавших в заложники возникает шок и двойственное представление о том, что же случилось. В этот момент у некоторых возникает справедливое чувство протеста против насилия, непреодолимая тяга к спасению. Такой человек кидается бежать, даже когда это бессмысленно, бросается на террориста, борется, пытается выхватить у него оружие. В подобных случаях взбунтовавшегося заложника террористы чаще всего убивают.

У других страх перед насилием и неопределенностью превращается в болезненную привязанность к захватчикам. Некоторые делают это с расчетом, почти сознательно, чтобы улучшить свое существование, уменьшить угрозу террора лично для себя и своих близких. Чем дольше заточение, тем сильнее жертвы ощущают некую родственную близость с террористами, разделяя с ними переживания и неприязнь к спасителям. Опасность штурма при освобождении, общая для террористов и удерживаемых ими заложников, сплавливает одних с другими. При нахождении в закрытом помещении между ними возникает эмоциональная связь, так как объединенные общим чувством страха (каждый по своим причинам) и не имея выбора, они начинают идентифицировать себя с захватчиками и в поисках поддержки проникаются их ценностями.

Затянувшееся заложничество в бесчеловечных условиях вызывает мысль о самоубийстве. Психологи считают, что она в сознании заложников смягчает страх смерти как мысль о запасном выходе из трагической действительности. Тем не менее считается, что самоубийства среди заложников маловероятны.

У заложников с первых дней начинается адаптация – приспособление и

психическое, и телесное к неудобствам своего положения. У адаптации есть «цена»: нарушения душевные и телесные. Что-то нарушается сразу, многие нарушения возникают после освобождения.

Достаточно скоро у заложников возникают чувства апатии и агрессии. Если условия содержания суровы, то уже через несколько часов кто-то из заложников начинает злобно вспыхивать, ругаться с соседями, может быть, даже со своими близкими: муж с женой, родители с детьми. Такая агрессия помогает «сбрасывать» эмоциональное перенапряжение, но вместе с тем истощает человека.

Многие, напротив, впадают в апатию. Это тоже «уход» от эмоций страха и отчаяния. У одних реже, у других чаще апатия прерывается вспышками беспомощной агрессивности.

При долгом пребывании в заложниках, то есть в плену, в среде пленников возникает одна из двух форм социальной организации, которые всегда появляются в изолированных сообществах, будь то казарма, экспедиция, плен или тюрьма. Используя тюремный жаргон, одну из форм называют «закон», другую – «беспредел». При первой строго регламентируются нормы взаимоотношений, иерархии, распределения пищи и, что немаловажно, гигиены личной и общественной. Эти нормы могут казаться изощренно ненормальными, но по своей сути они направлены на выживание группы, изолированной в ненормальных условиях. Или на сохранение хотя бы «элитарной» части этой группы. При второй форме социальной организации «правят» преимущественно грубая сила и низменные инстинкты, пробуждающиеся при экстремальной принудительной изоляции людей. Что победит (нередко в жестокой борьбе) и реализуется – «закон» или «беспредел», – зависит от душевной силы, интеллекта, жизненного опыта пленных-заложников, а также от воздействий на них со стороны тюремщиков-захватчиков.

Оказавшиеся в заложниках ведут себя следующим образом:

1. Нетерпеливо отчаянных от 0 до 0,5%. Таких неразумных может стать много больше (до 60%), если «нетерпеливые» разожгут своей безрассудной отчаянностью «истероидных», а скрытых истериков среди людей немало.

2. Если истероидным женщинам в критических ситуациях свойственны плач, причитания, метания с воплями и рыданием, то мужчины-истероиды становятся агрессивны. Они отвечают злобой, остервенелостью на всякое давление, притеснение. Чем больше их давят экстремальные обстоятельства, тем больше в истероидах сопротивления. Оно может стать стойким или накапливаться и взрываться. Их сопротивление врагам или опасным обстоятельствам может стать героическим.

3. В разгар трагедии заложникам наиболее полезны те, кто несгибаем перед невзгодами, разумно смел и осторожен. Стрессовое давление укрепляет их стойкость. Они морально поддерживают других. Их может быть 5–12% среди заложников. Стойкие помогают пережить заточение другим несчастным.

4. Среди заложников много мятущихся – около 30–50%. Они морально подавлены, психически оглушены. Их страдание заглушает все прочие чувства, мешает общению. У таких заложников монотония тягостного переживания страха и беспомощности может сопровождаться шизоидными явлениями. Чем дольше, сильнее, трагичнее давление экстремальных обстоятельств, чем глубже психическое изнурение заложников, тем большее ее число заложников чувствуют себя – не находящими ни в чем и ни в ком поддержки, ищущими спасения в себе, испытывающими душевное мучение.

5. Остальные, чем дольше длится заложничество, тем сильнее сближаются с захватившими их террористами. Их два типа. Первый тип составляет от 10 до 25% от общего числа заложников. Эти люди сближаются с террористами расчетливо, чтобы улучшить хоть сколько-нибудь свое существование, уменьшить угрозу террора лично для себя и своих близких. Это «приспешники» террористов. Они не однородны и делятся на расчетливо-разумных и расчетливо-злых.

Расчетливо-разумных толкает к коллаборационизму слабость, надлом души или великий страх за близких людей. У них есть самооправдание: «Жертвуя собой, мы для пользы других пошли служить врагам. Мы не «предатели», а тайные «свои».

Расчетливо-злобные служат врагам в поисках возможности возвыситься при новой расстановке сил и удовлетворить свои комплексы за счет слабых заложников, притесняя их или, напротив, милостиво им помогая.

Второй тип составляет около 20–30% заложников. Чем дольше продолжается чрезвычайная ситуация, тем сильнее они ощущают как бы родственную близость с захватившими их террористами, разделяя с ними их переживания и неприязнь к спасителям.

Эту очень специфическую психологическую реакцию, при которой жертва проникается необъяснимой симпатией к своему палачу, специалисты назвали «стокгольмским синдромом» или «травматической связью». Термин «стокгольмский синдром» появился после того, как грабители банка в Швеции забаррикадировались в нем с заложниками. Четверо из заложников впоследствии стали особенно близки к этим грабителям, позже защищая их, когда они сдались полиции. Одна женщина даже развелась со своим мужем и вышла замуж за одного из налетчиков.

Данный термин определяет ситуацию, в которой заложники как будто «переходят» на сторону преступников, что проявляется и в мыслях, и в поступках. По мнению психологов, жертвы террористов из-за страха перед ними начинают действовать как бы заодно со своими мучителями, настраиваются на полное подчинение захватчику и стремление всячески содействовать ему, при отсутствии возможности освободиться собственными силами. Сначала это делают для спасения своей жизни в стрессовой ситуации, чтобы избежать насилия. Смирение и демонстрация смирения снижают почти любую самую сильную, агрессивность. Затем – потому, что зарожденное синдромом отношение к человеку, от которого зависит жизнь, полностью охватывает заложника, и он даже начинает искренне симпатизировать своему мучителю. То есть это сильная эмоциональная привязанность к тому, кто угрожал и был готов убить, но не осуществил угроз.

Для формирования «стокгольмского синдрома» необходимо стечение определенных обстоятельств:

- Психологический шок и фактор внезапности ситуации захвата. Когда человек, только что свободный, оказывается в прямой физической зависимости от террористов.

- Продолжительность удержания заложников. Заложники подвергаются сильнейшему психологическому давлению. Фактор времени на стороне террористов, и с течением времени растет вероятность все большего подчинения чужой воле.

- Принцип психологической защиты. Любое стрессовое состояние погружает человека в депрессию, и чем сильнее переживание, тем глубже.

«Стокгольмский синдром» стал объектом исследования психологов разных направлений и школ, мнения которых сходятся в том, что за появление синдрома ответственны механизмы психологической защиты. Человек как бы уподобляется маленькому ребенку, которого несправедливо обидели. Он ждет защиты и, не находя ее, начинает приспосабливаться к обидчику, с которым можно договориться лишь единственным безопасным для себя способом. Подобная метаморфоза в поведении заложников и есть, по сути, форма психологической защиты.

Как уже говорилось, подобная реакция проявляется не у всех, а лишь у некоторой части заложников. Как правило, у таких заложников есть нечто общее в характере, и их объединяет определенный опыт детства. Венгерский психоаналитик Шандор Ференци, последователь З.Фрейда, сравнивает психологическую травму, связанную с захватом заложников, с избиением спящего ребенка. Повторяющиеся переживания травмы низводят того, кто ее переживает, «почти что на уровень забитого глупого животного».

Очевидно, что человек будет стараться выбраться из этого крайне некомфортного состояния, искать способы снова почувствовать себя сильным. Однако слабая и неразвитая личность в ответ на угрозу и нападение не пытается защититься – в обычном понимании этого слова, а реагирует весьма своеобразно: идентифицируя себя с несущим угрозу лицом. Такая идентификация с агрессором мотивирована тревогой, страхом и непостижимостью происходящего.

При этом механизмы защиты включаются не для того, чтобы защититься от агрессора или от тех путающих событий, которые происходят вокруг человека, а для того, чтобы уберечься от собственных страхов. В частности, от страха дезинтеграции. Нередко человек представляет себя сильным, уверенным, мужественным. Это совершенно не совмещается с ситуацией – страхом, ужасом, оцепенением, неспособностью мыслить и т. д. Человек подсознательно боится увидеть ситуацию так, как она выглядит на самом деле, иначе его Я распадётся, дезинтегрируется, не выдержав противоречия между реальностью и своим идеальным образом.

И тогда защита принимает форму превознесения сильного человека, в данном случае агрессора, чтобы иметь возможность находиться в его тени, таким образом отождествляя себя с сильным человеком и в то же самое время выражая чувство беспомощности.

Знание психологического состояния жертв террористических актов и этапов восстановительного периода необходимо для нахождения оптимального пути оказания необходимой помощи жертвам терроризма.

Очевидно, что ситуация, в которой террористы допускают психолога в место содержания заложников, отнюдь не является тривиальной и зависит, в первую очередь, от исхода переговоров с террористами и от готовности самого психолога идти на такой риск для собственной жизни. Тем не менее такие ситуации гипотетически возможны, и мы посчитали целесообразным привести в настоящем справочнике рекомендации, которые необходимо знать психологу в случае попадания в такую ситуацию.

Заложник – это человек, который находится во власти преступников, однако это не значит, что он вообще лишен возможности бороться за благополучное разрешение той ситуации, в которой оказался. Напротив, от его поведения зависит многое. Выбор правильной линии поведения требует наличия соответствующих знаний.

При содержании вас в качестве заложника (<http://www.khb.ru>, <http://www.balti.iatp.md/>):

Взаимоотношения с похитителями. Не оказывайте агрессивного сопротивления, не делайте резких и угрожающих движений, не провоцируйте террористов на необдуманные действия. По возможности избегайте прямого визуального контакта с похитителями. С самого начала (особенно первые полчаса) выполняйте все приказы и распоряжения похитителей. Займите позицию пассивного сотрудничества. Разговаривайте спокойным голосом. Избегайте выражений презрения, вызывающего враждебного тона и поведения, которые могут провоцировать гнев захватчиков. Ведите себя спокойно, сохраняйте при этом чувство собственного достоинства. Не высказывайте категоричных отказов, но не бойтесь обращаться со спокойными просьбами о том, в чем остро нуждаетесь.

Попытайтесь осознать свою роль в качестве заложника. Помните о «стокгольмском синдроме». Так же, как более слабые люди становятся зависимыми от более сильных личностей, беспомощные заложники становятся зависимыми от своих похитителей, могут перенять их точку зрения или начать воспринимать представителей власти как нечто антагонистическое не только по отношению к похитителям, но и по отношению к себе.

Помните об этом факте и о том, что похищение ставит вас в зависимость. Ваша жизнь зависит от прихоти террористов. Осознайте эти чувства зависимости и сопереживания террористам и сопротивляйтесь им. Поговорите с товарищами по несчастью, если вы не один, будьте едины. Они – ваши товарищи, а не террористы. Будьте внимательны к проявлению «стокгольмского синдрома» в других заложниках и помогайте им освободиться от этих чувств. Поддерживайте в них бодрость духа. Напоминайте им о том, что у вас высокие шансы остаться в живых. Настаивайте на том, чтобы они сохраняли хладнокровие и достоинство.

Не думайте, что вам удастся остановить террористов. Избегайте политических дискуссий, вы можете вызвать этими разговорами только раздражение. Но при этом постарайтесь быть внимательным слушателем. Один из заложников в Латинской Америке смог победить одного из самых злых своих похитителей тем, что часами слушал его

заурядные стихи.

Не давайте советов. Если ваши похитители последуют вашему совету и что-то не получится, виноваты будете только вы.

Ведите себя так, как будто за вами наблюдают все время. Скорее всего, именно так и будет. Согласитесь с отсутствием личного уединения и научитесь жить в таких условиях. Кроме того, ваши похитители могут записывать все ваши разговоры и допросы на пленку для того, чтобы использовать в дальнейшем эту информацию против вас.

Сохраняйте свое достоинство. После вашей свободы достоинство – это самое главное, что ваши похитители могут попытаться отобрать у вас. Возможно, вас будут держать в грязных условиях. У вас могут конфисковать одежду, и нет ничего необычного для такой ситуации, если вас заставят ходить в нижнем белье. Пища тоже может быть несъедобной, и от вас могут потребовать есть ее пальцами. Нет оснований думать, что над вами не будут издеваться или вас унижать. Не сдавайтесь и не упрашивайте их. Ведите себя естественно, не спешите выполнять требования, но и не оказывайте демонстративного неповиновения.

Ешьте все, что вам будут давать, даже если эта пища протухла и несъедобна. Очень важно сохранять свои силы, а поэтому вам необходимо есть. Если у вас возникнут проблемы с пищеварением, пейте как можно больше жидкости, чтобы не наступило обезвоживание.

Найдите наиболее безопасную позицию в том месте, где вас содержат. Если начнется стрельба при попытке освобождения, вы должны быстро найти место, где можно укрыться от пуль. Подумайте об этом заранее. Если такого укрытия нет, упадите на пол, как только вы услышите стрельбу или какой-то шум.

Регулярно делайте зарядку. Постарайтесь оставаться в форме, как обычно. Делайте все возможное, чтобы загрузить себя. Изометрические упражнения и бег на месте, например. Если вас оденут в неудобную одежду слишком большого размера, подумайте о прыжковых упражнениях. Толчки, сжатия, сгибания колен не требуют много места.

Боритесь с одиночеством. Попросите у ваших похитителей материал для чтения. Читайте как можно больше для того, чтобы избежать тоски одиночества. Если вы все прочитали и больше ничего нет, учите наизусть те журналы и книги, которые у вас есть. Придумайте мысленные игры. Что бы вы ни делали, не останавливайте работу вашего мозга, потому что именно в такие моменты вас может охватить депрессия.

Приспосабливайтесь к окружающим условиям. Как бы плохо вам ни было, будьте благодарны, что вы еще живы. Никогда не выпускайте из виду этот факт.

Сообщайте своим похитителям о проблемах со здоровьем. Если вам необходим регулярный прием лекарства или у вас возникли другие проблемы со здоровьем, как можно быстрее сообщите своим похитителям об этом. Таким же образом, если ваше здоровье ухудшается в результате содержания в плену, не стоит молчать об этом. Содержание в заложниках – это всегда тяжелое бремя, и содержать здорового заложника всегда проще, чем больного. Более того, мертвый заложник вообще не имеет никакой ценности. Поэтому, скорее всего, вы получите необходимое лекарство или медицинскую помощь, если она вам понадобится.

При длительном нахождении в положении заложника. Не допускайте возникновения чувства жалости, смятения и замешательства. Мысленно подготовьте себя к будущим испытаниям. Сохраняйте умственную активность. Избегайте возникновения чувства отчаяния, используйте для этого внутренние ресурсы самоуверенности. Думайте и вспоминайте о приятных вещах. Помните, что шансы на освобождение со временем возрастают. Будьте уверены, что сейчас делается все возможное для вашего скорейшего освобождения. Постоянно находите себе какое-либо занятие. Установите суточный график физической и интеллектуальной деятельности, выполняйте дела в строгом методическом порядке.

Поведение на допросе. На вопросы отвечайте кратко. Более свободно и пространно разговаривайте на несущественные общие темы, но будьте осторожны, когда

затрагиваются важные государственные или личные вопросы. Внимательно контролируйте свое поведение и ответы. Не допускайте заявлений, которые сейчас или в последующем могут повредить вам или другим людям. Оставайтесь вежливым, тактичным при любых обстоятельствах. Контролируйте свое настроение. В случае принуждения выразить поддержку требованиям террористов (письменно, звуко- или видеозаписи) укажите, что они исходят от похитителей. Избегайте призывов и заявлений от своего имени.

Собирайте информацию о своих похитителях. У вас будет чувство, что вы сможете отплатить им сполна и таким образом получить удовлетворение. Поскольку похитители, скорее всего, будут прятать свои лица, вы можете услышать обрывки каких-то разговоров. Постарайтесь запомнить их имена, информацию об их семьях, образовании высшем и школьном, откуда они, их жизненный путь. Постарайтесь отложить в памяти их физические характеристики, включая рост, вес, приметные особенности (татуировки, шрамы, родимые пятна), манеру речи, акцент или физические несоответствия. Оставьте где-нибудь в камере свои отпечатки пальцев. Позже это может послужить доказательством того, что вас содержали именно здесь.

Обычно лучше не пытаться бежать. Наиболее вероятно, что у вас ничего не получится, а вы будете подвергнуты жестокому наказанию. Ваш лучший шанс заключается в вашем обмене или в освобождении властями. Более того, ваши похитители уже наверняка оценили все возможные пути бегства и сделали все, чтобы этого не допустить. Не пытайтесь быть героем.

Думайте о побеге только как о последней возможности спастись. Только если вы абсолютно уверены, что ваши похитители собираются вас убить, имеет смысл попытаться спастись бегством. Если, например, они сняли с вас повязку или свои повязки, скрывающие их лица, как правило, это означает, что они решили покончить с вами и им больше не имеет смысла скрывать свою личность. Успешные побеги в большинстве случаев включают очень тщательное обдуманное план и подготовку к этому.

При штурме здания спецподразделениями. По возможности расположитесь подальше от окон, дверей и самих похитителей, то есть в местах большей безопасности, в случае, если спецподразделения предпримут активные меры (штурм помещения, огонь снайперов на поражение преступников и др.). В случае штурма здания рекомендуется лечь на пол лицом вниз, сложив руки на затылке. Не возмущайтесь, если при штурме и захвате с вами могут поначалу (до установления личности) поступить некорректно, как с вероятным преступником. Вас могут обыскать, заковать в наручники, связать, нанести эмоциональную или физическую травму, подвергнуть допросу. Отнеситесь с пониманием к тому, что в подобных ситуациях такие действия штурмующих (до окончательной идентификации всех лиц и выявления истинных преступников) оправданны. После освобождения не делайте скоропалительные заявления до момента, когда вы будете полностью контролировать себя, восстановите мысли, ознакомьтесь с информацией из официальных и других источников.

ЗАХВАТ ТЕРРОРИСТАМИ САМОЛЕТА

Несмотря на меры предосторожности и контроля, воздушный терроризм существует. Специалисты советуют оказывать пассивное сопротивление захватчикам и свести риск к минимуму. Хроника свидетельствует, что иногда пассивное поведение, притупляя бдительность бандитов, помогало пассажирам выиграть время, которое почти всегда работает на пользу заложникам.

Оказавшись на борту захваченного самолета, предпримите меры, которые помогут вам выжить (<http://www.Biznes-advokat.ru/>).

В некоторых компаниях есть вооруженные охранники или сотрудники службы безопасности по борьбе с воздушным пиратством. Если такие сотрудники находятся на борту, в их обязанности входит не допустить захвата самолета. Будьте всегда начеку. Будьте готовы упасть на пол, чтобы найти укрытие в первые моменты захвата самолета. Поднимайтесь только в том случае, если вы будете уверены, что стрельба прекратилась.

В любой ситуации не вставляйте и не проявляйте излишнего любопытства. Как правило, пассажир, который суетится, может быть убит или ранен в перекрестном огне.

Не давайте повода, чтобы террористы приняли вас за охранника или сотрудника службы безопасности по борьбе с воздушным пиратством. Террористы могут действовать группами, и не все из них раскрывают себя в начале акции. Они могут занимать места среди пассажиров в готовности убить любого, кто покажется им охранником. Не делайте резких движений, не доставайте ничего из пиджака или багажа.

Взрыв на борту. При взрыве бомбы или взрывного устройства давление в салоне может резко уменьшиться. При этом образовавшаяся дыра будет засасывать людей и предметы. Пристегнитесь ремнем безопасности, чтобы не пострадать.

Выполняйте инструкции членов экипажа. Члены экипажа прошли специальную подготовку по выполнению своих обязанностей в чрезвычайной обстановке. Не предпринимайте самостоятельных действий, если необходимость в них не будет вызвана крайними причинами. Прежде чем предпринять какие-либо действия, подумайте. Спокойный, уравновешенный, трезвомыслящий человек успокоит других пассажиров.

Не привлекайте к себе внимания какими-либо действиями. Это наиболее важное правило выживания в случае угона самолета. Не устанавливайте визуального контакта с террористами. Не жалуйтесь. Сделайтесь незаметным. Примите нейтральную позу; не показывайте своего страха или гнева без необходимости.

Если вы нуждаетесь в медикаментах или серьезно заболели, дайте об этом знать террористам. В остальном ведите себя спокойно. В этом случае террористы лишены повода обратить на вас особое внимание. Если вы будете беспокоить их, то подвергнетесь оскорблениям и физическому воздействию.

Не задавайте вопросов. Вы не только обратите на себя внимание, но и разозлите террористов. Они могут отыграться на вас за все.

Не заискивайте перед террористами. Как правило, они не уважают тех, кто перед ними унижается. Почувствуйте свою ответственность перед другими пассажирами. Запомните, существует большой шанс того, что вы выживете.

Будьте готовы к худшему. Во многих случаях террористы проявляют жестокость и грубость. Не пытайтесь урезонить их. Никогда не следует недооценивать их жестокость. Если им хватило безрассудства захватить самолет, они способны к непредсказуемым действиям. Они будут нервничать, потому что лишь немногие террористы предпринимали попытки захвата самолетов ранее. Им потребуется время, чтобы привыкнуть к этой обстановке. Не предпринимайте никаких действий, которые бы заставили их поступать бездумно по причине страха или гнева. Кроме этого, они могут попытаться подвергнуть вас или других пассажиров унижению. Воспринимайте их оскорбления без жалоб. Если вы настроите их против себя, позже они с вами рассчитаются.

Ешьте и пейте как можно больше. Пища, возможно, будет подаваться нерегулярно. Не капризничайте и не будьте привередливым. Ешьте и пейте все, что вам предложат. Вы не знаете, как долго вы будете оставаться заложником, поэтому поддерживайте свои силы, если есть такая возможность.

Привыкайте к дискомфорту. В летнее время в алюминиевом цилиндре самолета, стоящем на бетонном поле, очень жарко, а зимой очень холодно, более того, вы можете находиться в тесноте. Больше всего пережившим захват запоминается зловоние в самолете. Вначале после захвата самолета вам и другим пассажирам не будет разрешено пользоваться туалетом. Вы сможете посещать туалетные комнаты очень редко. Пассажиров могут принудить справлять нужду на местах. Позже туалеты могут быть переполнены нечистотами и канализация забита. Не будет хватать туалетной бумаги. Если это может служить утешением для вас, помните, что террористы будут испытывать такие же неудобства, что в конечном счете будет способствовать разрешению конфликта.

Держите в памяти все происходящее на борту самолета. В случае вашего освобождения или побега вы можете подвергнуться допросу со стороны властей для получения ценной информации. Вас могут спросить следующее:

- Количество террористов и во что они одеты.
- Их раса, пол и другие физические характеристики.
- Любые наблюдения, с помощью которых можно было бы определить их национальность, а также индивидуальные особенности, язык и уровень владения им.
- Порядок, заведенный ими на борту.
- Расположение захватчиков и заложников.
- Описание оружия и взрывных устройств, заложенных на борту, а также их действия против захвата самолета спецслужбами.

Знайте, как можно покинуть самолет быстро. Запомните расположение выходов. Особенно важно запечатлеть в памяти количество рядов впереди и позади вас до ближайшего выхода. При возникновении пожара и большом задымлении пригнитесь, при необходимости – опуститесь на колени и на локти, чтобы дым и вредные газы не попали в ваши легкие, и пробирайтесь к выходу.

Будьте готовы к возможной попытке освобождения самолета. Если вы услышите шум за бортом, не подавайте вида, что вы смотрите в окно или в сторону источника звуков. Пригнитесь в своем кресле и приготовьтесь прикрыть голову или защитить своих детей.

Как только попытка освобождения самолета началась, ни во что не вмешивайтесь. Считайте, что сотрудники службы безопасности – это профессионалы, которые знают, что делают. Просто выполняйте их указания. Что бы ни случилось, не подбирайте брошенное оружие. Ваши спасители могут убить любого человека, у которого в руках оказалось оружие.

Атака на захваченный самолет молниеносна." Штурмующая группа захватывает самолет в несколько мгновений, используя ручные гранаты ослепляющего и оглушающего действия. Операция проводится одновременно с разных точек, иногда через какое-нибудь отверстие в фюзеляже. Хорошая слаженность и своевременность являются результатом подготовки, проведенной до этого на подобном самолете. Всего важнее для спецслужб информация, полученная в ходе переговоров, с помощью подслушивающих устройств в кабине, от освободившихся пассажиров, от людей, которые смогли побывать на борту самолета.

Группа освобождения, продвигаясь в дыму, кричит пассажирам, чтобы те легли на пол, и беспощадно стреляет во всех вооруженных лиц или во всякого, кто останется стоять.

В этот момент помните:

- неприятности уже почти позади, постарайтесь успокоиться;
- оставайтесь лежать на полу до окончания операции;
- подчиняйтесь приказам и инструкциям группы по борьбе с терроризмом и не отвлекайте ее членов ненужными вопросами;
- не трите глаза, если применяется слезоточивый газ (особенно если он распространяется медленно);
- не покидайте самолет до того момента, пока не дадут специальный приказ, чтобы вас не приняли за захватчика и по ошибке не застрелили;
- при освобождении выходите как можно быстрее, не останавливаясь, чтобы взять личные вещи, учтите: всегда имеется опасность взрыва или пожара.

Наблюдайте за террористами, которые могут смешаться с пассажирами после начала стрельбы. До тех пор, пока ситуация не окажется под контролем сил безопасности, с вами и другими пассажирами могут обращаться грубо. Вы даже можете быть подвергнуты обыску. Это одна из мер предосторожности. Вам не следует обижаться.

Не удивляйтесь, если вы почувствуете некоторое психическое расстройство после столь сурового испытания. Это нормально. Многие заложники испытывают после этого психические страдания. Некоторые из освобожденных говорят, что они чувствуют себя виновными в том, что были объектом столь пристального внимания. Другие терзаются от того, что не оказали достаточного сопротивления или каким-то образом сотрудничали с

террористами. Нет ничего необычного в

том, что заложники, которые проявили хладнокровие, выдержку и были примером для других пассажиров во время сурового испытания, позднее, когда необходимость проявлять эти качества миновала, испытывали нервный стресс и истерику. Не стыдитесь обратиться за профессиональной помощью, если вы в ней нуждаетесь. Запомните, что такие испытания могут оказать большее психологическое воздействие на вашу семью, чем на вас. Членам вашей семьи также может потребоваться помощь консультанта.

1.2.4 Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях

Одной из главных опасностей при любой чрезвычайной ситуации является толпа. Различные формы поведения толпы называют «стихийное массовое поведение». Его признаками являются: вовлеченность большого количества людей, одновременность, иррациональность (ослабление сознательного контроля), а также слабая структурированность, то есть размытость позиционно-ролевой структуры, характерной для нормативных форм группового поведения (Назаретян, 2001).

Толпа – скопление людей, не объединенных общностью целей и единой организационно-ролевой структурой, но связанных между собой общим центром внимания и эмоциональным состоянием. При этом общей считается такая цель, достижение которой каждым из участников взаимодействия зависит от достижения ее другими участниками; наличие такой цели создает предпосылку для сотрудничества. Если цель каждого достигается вне зависимости от достижения или недостижения ее остальными, то взаимодействие отсутствует или оно минимально. Наконец, если зависимость достижения одной и той же цели субъектами отрицательна, складывается предпосылка для конфликта. В толпе цели людей всегда одинаковые, но обычно не бывают общими осознанно, а при их пересечении возникает острейшее отрицательное взаимодействие.

Выявлены два основных механизма образования толпы: слухи и циркулярная реакция (синоним – эмоциональное кружение). Циркулярная реакция – это взаимное заражение, то есть передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне контакта между организмами.

Выделяют четыре основных вида толпы с соответствующими подвидами.

Окказиональная толпа (от англ. occasion – случайность) – скопление людей, собравшихся поглазеть на неожиданное происшествие.

Конвенциональная толпа (от англ. convention – условность) собирается по поводу заранее объявленного события. Здесь уже преобладает более направленный интерес, и люди до поры (пока толпа сохраняет качество конвенционально-сти) готовы следовать определенным условностям (конвенциям).

Экспрессивная толпа ритмически выражает ту или иную эмоцию: радость, энтузиазм, возмущение и т. д. Спектр эмоциональных доминант здесь очень широк, а главная отличительная черта – ритмичность выражения.

Экстатическая толпа – экстремальная форма экспрессивной толпы.

Действующая толпа – политически наиболее значимый и опасный вид коллективного поведения. В ее рамках, в свою очередь, можно выделить несколько подвидов.

Агрессивная толпа, эмоциональная доминанта которой (ярость, злоба), равно как и направленность действий прозрачно выражены в названии.

Паническая толпа объята ужасом, стремлением каждого избежать реальной или воображаемой опасности.

Стяжательная толпа – люди, вступившие в неорганизованный конфликт за обладание некоторой ценностью. Доминирующей эмоцией здесь обычно становится жадность, жажда обладания, к которой иногда примешивается страх.

Повстанческая толпа по ряду признаков сходна с агрессивной (преобладает чувство злости), но отличается от нее социально-справедливым характером возмущения.

В практическом плане наиболее важное свойство толпы – превращаемость: если толпа образовалась, она способна сравнительно легко превращаться из одного вида

(подвида) в другой.

В экстремальных ситуациях наибольшую опасность представляет паническая толпа. Согласно приведенной выше классификации паническая толпа – это подвид действующей толпы (наряду с другими подвидами: агрессивной, стяжательной и повстанческой).

Паника – временное переживание гипертрофированного страха, порождающее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самоконтроля, неспособностью реагировать на призывы, с утратой чувства долга и чести.

В основе паники лежит страх – опредмеченная тревога, возникающая как результат переживания беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее вместо того, чтобы бороться с ней.

В. М. Бехтерев считал, что паника – это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает в виде «подавляющего аффекта» чаще всего при большом стечении народа, которому как бы «прививается идея о неминуемой смертельной опасности», обусловленной складывающимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, неразрывно связана с инстинктом самосохранения, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Внушение в толпе распространяется подобно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается постороннему влиянию.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, что предопределяет понижение сознательной активности. В итоге наблюдается неадекватность мышления, неадекватная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности («у страха глаза велики»), резкое повышение внушаемости.

Биологическое толкование паники заключается в сравнении ее с гипобулическими реакциями у животных (бессмысленной активностью), как, например, в тех случаях, когда птица бьется о прутья клетки.

Психология паники, помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления», во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики.

Панику можно классифицировать по масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям.

По масштабам различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники захватываемое ею количество людей различно: групповая – от 2–3 до нескольких десятков и сотен человек, а массовая – тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном замкнутом пространстве (на корабле, в здании) ею охвачено большинство людей, независимо от их общего числа.

Под глубиной охвата имеется в виду степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости.

Легкую панику можно, в частности, испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке). При этом человек сохраняет почти полное самообладание и критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легким удивлением, озабоченностью, напряжением.

Средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре и различных стихийных бедствиях.

Полная паника – паника с отключением сознания, аффективная, характеризующаяся

полной неменяемостью – наступает при чувстве ужасной, смертельной опасности. В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль за своим поведением: может бежать куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключая их критическую оценку, рациональность и этичность. Классические примеры паники – события на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов», а также во время войны, землетрясений, ураганов, пожаров в универмагах.

По длительности паника может быть кратковременной (секунды, несколько минут), достаточно длительной (десятки минут, часы), пролонгированной (несколько дней, недель). Кратковременная паника – это, например, паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника – это паника во время длительных боевых операций, например блокада Ленинграда, ситуация после взрыва на ЧАЭС.

По механизмам формирования выделяют два вида паники:

После непосредственного экстремального устрашающего воздействия, воспринимаемого как смертельная опасность.

После длительного пребывания в состоянии тревоги в ситуации неопределенности и ожидания, напряжения, ведущего со временем к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Выделяют четыре комплекса факторов (иначе их называют также условиями, или предпосылками) превращения более или менее организованной группы в паническую толпу.

1. Социальные факторы – общая напряженность в обществе, вызванная происшедшими или ожидаемыми природными, экономическими, политическими бедствиями. Это могут быть землетрясение, наводнение, резкое изменение валютного курса, государственный переворот, начало или неудачный ход войны и т. д. Иногда напряженность обусловлена памятью о трагедии или предчувствием надвигающейся трагедии, приближение которой ощущается по предварительным признакам.

2. Физиологические факторы: усталость, голод, длительная бессонница, алкогольное и наркотическое опьянение снижают уровень индивидуального самоконтроля, что при массовом скоплении людей чревато особенно опасными последствиями.

3. Общепсихологические факторы – неожиданность, удивление, испуг, вызванные недостатком информации о возможных опасностях и способах противодействия.

4. Социально-психологические и идеологические факторы: отсутствие ясной и достаточно значимой общей цели, эффективных пользующихся общим доверием лидеров и, соответственно, низкий уровень групповой сплоченности.

Есть два основных момента, определяющих возникновение паники. Первый связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при взрыве, аварии, пожаре. Второй можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле» определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды – все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае может быть все что угодно.

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, громкий звук, обвал помещения, землетрясение), воссоздание образа опасности, активизация защитной системы организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим паническое поведение. Проявление паники колеблется от случаев истерического поведения до подавленного, апатичного, отрешенного; имеются случаи игнорирования, иногда показного, опасностей.

Возникновение и развитие паники в большинстве случаев связано с действием шокирующего стимула, сразу отличающегося чем-то заведомо необычным (например,

сирена, возвещающая начало воздушной тревоги). Частым поводом для паники являются пугающие слухи.

Для того чтобы привести к настоящей панике, действующий на людей стимул должен быть либо достаточно интенсивным, либо длительным, либо повторяющимся (например, взрыв, сирена, автомобильный клаксон, серия гудков и т. п.). Он должен привлекать к себе внимание и вызывать эмоциональное состояние подчас неосознанного, животного страха (Ольшанский, 2002).

Первый этап реакции на такой стимул – как правило, резкий испуг, потрясение, ощущение сильной неожиданности, шока и одновременно восприятие ситуации как кризисной, критической, угрожающей и даже безысходной.

Второй этап – обычно замешательство, в которое переходит потрясение, а также связанные с ним хаотичные индивидуальные, часто совершенно беспорядочные попытки как-то понять, проинтерпретировать произошедшее событие в рамках прежнего, обычного личного опыта или же путем лихорадочного припоминания аналогичных ситуаций из известного человеку чужого, как бы заимствованного им, опыта. С этим связано острое чувство реальной угрозы. Когда необходимость быстрой интерпретации ситуации становится особенно актуальной и требует немедленных действий, именно это ощущение остроты мешает логическому осмыслению происходящего и вызывает новый страх. Первоначально этот страх сопровождается криком, плачем, двигательной ажитацией. Если такой страх не будет подавлен, то развивается следующая стадия.

Третий этап – усиление интенсивности страха по известным психологическим механизмам циркулярной реакции. Тогда страх одних людей отражается другими, что, в свою очередь, еще больше усиливает страх первых. Усиливающийся страх стремительно снижает уверенность в коллективной способности противостоять критической ситуации и создает у большинства смутное ощущение обреченности. Завершается все это неадекватными действиями, которые обычно представляются людям, охваченным паникой, спасительными. Хотя на деле они могут совсем не вести к спасению: это этап «хвата за соломинку», в итоге все равно оборачивающийся паническим бегством (разумеется, за исключением тех случаев, когда бежать людям просто некуда). Тогда может возникать подчеркнуто агрессивное поведение: известно, насколько опасен бывает зверь, загнанный в угол, даже если он обычно убегает от опасности.

Четвертый этап – массовое бегство. Паника именно как особый вариант массового поведения реально становится заметной, проявляясь в наблюдаемых феноменах – прежде всего в массовом бегстве. Раньше или позднее именно бегство становится естественным следствием любой паники. Стремление спрятаться, укрыться от надвигающегося страха (ужаса) – естественная реакция. Безоглядное бегство – как правило, апофеоз паники.

Пятый этап – завершение паники. Внешне паника заканчивается по мере прекращения отдельными людьми бегства. Либо они это делают по причине усталости, либо начиная осознавать бессмысленность бегства и возвращаясь в «здравый ум». Обычные следствия паники – либо усталость и оцепенение, либо состояние крайней тревожности, возбудимости и готовности к агрессивным действиям. Реже встречаются вторичные проявления паники.

Оценивая весь цикл панического поведения, надо иметь в виду следующие три момента. Во-первых, если интенсивность первоначального стимула очень велика, то все предыдущие, до бегства, этапы могут «свертываться». Для наблюдателя предшествующие этапы как бы невидимы – и тогда только бегство становится непосредственной индивидуальной реакцией на панический стимул. Индивидуальной, но одинаковой для многих людей – соответственно, массовой.

Во-вторых, словесное обозначение пугающего стимула в условиях его ожидания может само непосредственно вызвать реакцию страха и панику даже до появления стимула.

В-третьих, всегда надо принимать во внимание ряд специфических факторов: общую социально-политическую атмосферу, в которой происходят события, характер и

степень угрозы, глубину и объективность информации об этой угрозе и т. д. Это имеет значение для прекращения или даже предотвращения паники.

По своим деструктивным последствиям паника бывает следующих типов: 1) паника без каких-либо материальных последствий и регистрируемых психических нарушений; 2) паника с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время; 3) паника с человеческими жертвами, значительными материальными разрушениями, нервными заболеваниями, срывами, с последствиями в виде длительной утраты трудоспособности и инвалидности.

Средства борьбы с паникой разнообразны. Убеждение (если позволяет время), категорический приказ, информация о несущественности опасности или же использование силы и даже устранение наиболее злобных паникеров. Остановить толпу, которая впадает в панику, значительно легче, начиная с последних, уменьшая группу насколько это возможно; перегораживать дорогу толпе, которая движется, гораздо труднее, так как на идущих впереди давят сзади.

Воздействие на паническое поведение в конечном счете представляет собой всего лишь частный случай психологического воздействия на любое стихийное поведение – прежде всего, на поведение толпы. Здесь действует общее по отношению к любой толпе правило: прежде всего необходимо снизить общую интенсивность эмоционального заражения, вывести людей из-под гипнотического воздействия состояния и рационализировать, индивидуализировать психику. В толпе любой человек лишен индивидуальности – он представляет собой всего лишь часть массы, разделяющую единое эмоциональное состояние, подчиняющую ей все свое поведение.

В панике, как особом состоянии психики толпы, есть и некоторые специфические моменты. Во-первых, это вопрос о том, кто станет образцом для подражания для толпы. После появления угрожающего стимула (звук сирены, клубы дыма, первый толчок землетрясения, первые выстрелы или разрыв бомбы) всегда остается несколько секунд, когда люди «переживают» (точнее, «пережевывают») произошедшее и готовятся к действию. Здесь им необходим пример для подражания. Жесткое, директивное управление людьми в панические моменты – один из наиболее эффективных способов прекращения паники.

Такие методы бывают особенно эффективными в сочетании с экстренным предъявлением нового, причем достаточно привычного, знакомого людям, стимула, вызывающего привычное, спокойное и размеренное поведение.

Во-вторых, в случаях паники, как и стихийного поведения вообще, особую роль играет ритм. Стихийное поведение – это поведение неорганизованное, лишенное внутреннего ритма. Если такого «водителя ритма» нет в толпе, он должен быть вадан извне.

Роль ритмической, в частности хоровой, музыки имеет огромное значение для регуляции массового стихийного поведения. Например, она может за секунды сделать его организованным.

Сцепление локтями – одна из хорошо известных мер противодействия паническим настроениям. С одной стороны, ощущение физической близости товарищей повышает психологическую устойчивость. С другой стороны, такая позиция мешает провокаторам или индукторам паники расчлнить ряды, после чего растерянность, ощущение беспомощности и паника станут намного вероятнее.

Известны приемы управляющего воздействия извне и изнутри, что зависит от такого специфического феномена, как география толпы.

Ранее отмечалось, что толпа как таковая не обладает по-зиционнo-ролевой структурой и что в процессе эмоционального кружения она гомогенизируется. Вместе с тем в толпе часто образуется свой параметр неоднородности, связанный с неравномерной интенсивностью циркулярной реакции. География толпы (особенно отчетливо фиксируемая при аэрофотосъемке) определяется различием между более плотным ядром и разреженной периферией. В ядре аккумулируется эффект циркулярной реакции, и оказавшийся там сильнее испытывает его влияние.

Поэтому психологическое воздействие на толпу извне обычно рекомендуется нацеливать на периферию, внимание которой легче переключается. Для воздействия же изнутри агентам следует проникнуть в ядро, где внушаемость и реактивность гипертрофированы.

1.2.5 Психологический дебрифинг

Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой (Бадхен, 2001; Ромек и др., 2004). Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие.

Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии. Считается, что оптимальное время для проведения дебрифинга – не раньше чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций и участники событий будут в состоянии, в котором возвращается способность к рефлексии и самоанализу.

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

Процедура дебрифинга заключается в отреагировании в условиях безопасности и конфиденциальности, она дает возможность поделиться впечатлениями, реакциями и чувствами, связанными с экстремальным событием. Встречая похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, – у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены на то, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к возникновению тех симптомов или реакций ПТСР, которые могут возникнуть впоследствии. Участникам обязательно сообщают о том, где они впоследствии могут получить помощь.

Цель дебрифинга – снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса. Общая цель группового обсуждения – минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи:

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

Дебрифинг не предохраняет от возникновения последствий травмы, но препятствует их развитию и усилению, способствует пониманию причин своего состояния и осознанию действий, которые необходимо предпринять, чтобы облегчить эти последствия. Поэтому дебрифинг – одновременно и метод кризисной интервенции, и профилактика.

Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы помещение было удобным, доступным и изолированным. Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как телефонные звонки. Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем традиционная модель групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку последняя форма организации пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как угроза.

Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. При необходимости включить большее количество людей одновременно целесообразно разделять группу на небольшие подгруппы. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Время сессии четко обозначается вначале и составляет 2–2,5 часа без перерыва. Ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная переработка опыта, в которой задействованы достаточно сильные эмоции.

Тот, кто руководит дебрифингом, должен ясно представлять себе, что он не консультант и уж, конечно, не групповой терапевт в традиционном смысле. Дебрифинг нельзя назвать «лечением». Его смысл – в попытках минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий после стресса. Тот, кто руководит дебрифингом, должен быть знаком с групповой работой, с проблемами, связанными с тревогой, травмой и утратой. Ему необходимо быть уверенным в себе и спокойным, несмотря на интенсивные эмоциональные проявления у членов группы.

Самое важное – это организация группового обсуждения.

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

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

часть I – проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;

часть II – детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;

часть III – мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

Ниже сформулированы и описаны семь фаз дебрифинга:

- 1) вводная фаза;
- 2) фаза описания фактов;
- 3) фаза описания мыслей;
- 4) фаза описания переживаний;
- 5) фаза описания симптомов;
- 6) фаза завершения;
- 7) фаза реадaptации.

1. ВВОДНАЯ ФАЗА

Вводная фаза очень важна: если она проведена* на хорошем уровне, организовано, это уменьшает вероятность того, что группа будет плохо функционировать в дальнейшем. Чем больше времени потрачено на введение, тем меньше шансов, что что-нибудь пойдет неверно. В типичном случае на введение уходит 15 минут.

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

Ведущий представляет собравшимся основные задачи дебрифинга. Участники могут выразить опасения, что они не сумеют передать факты или не смогут сформулировать

свою проблему.

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

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

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

Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности. Руководитель или ответственный дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга общения. Аналогично членов группы просят не передавать кому-либо за пределами этого круга личной информации о других участниках, «не сплетничать» о том, что тут говорится. Слово «сплетни» здесь предпочтительнее, так как многие смутно представляют себе, что означает «конфиденциальность», и поэтому им легче понять инструкцию с употреблением бытовой лексики.

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

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

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

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

Членам группы рекомендуют работать без перерыва. Поэтому им можно предложить перекусить или посетить туалет до начала дебрифинга. Кстати, полезно иметь кофеварку или чайник, чтобы каждый мог обслужить себя во время сессии.

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

Членам группы предоставляется возможность обсуждать материал, выходящий за рамки темы, и задавать любые вопросы. Важно помнить, что у участников может быть минимальный опыт обсуждения, опыт проявления себя в групповом контексте. На команде дебрифинга лежит ответственность за поощрение и поддержку членов группы, особенно в начале дебрифинга.

2. ФАЗА ФАКТОВ

На этой фазе каждый человек кратко описывает, что произошло с ним во время инцидента. Участники могут описать, как они увидели событие и какова была последовательность этапов. Ведущий команды дебрифинга должен поощрять перекрестные вопросы, помогающие прояснить и откорректировать объективную картину

фактов и событий, имеющих в распоряжении членов группы. Это важно, поскольку из-за масштаба инцидента и ошибок восприятия каждый человек реконструирует картину по-своему. Это могут быть просто неверные переживания событий или же наличие ошибочных ключевых представлений о них. Чувство времени также нередко бывает нарушено.

Попросите участников по кругу ответить на следующие вопросы:

- Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)?
- Где вы были, когда событие случилось?
- Что случилось?
- Что вы видели? Слышали?

Дебриферы кратко перефразируют каждый ответ.

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что произошло с ним во время инцидента: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации, что способствует упорядочиванию мыслей и чувств. Это одна из главных задач дебрифинга – дать людям возможность более объективно увидеть ситуацию, что блокирует фантазии и спекуляции, подогревающие тревогу.

Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Но чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть фаза фактов. Однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на этой фазе. Так или иначе, человек может иметь собственное видение ситуации, которое определяется разными факторами: его местоположением в этот момент, длительностью участия, замеченными мелочами и др. Собственное видение определяет личный смысл случившегося для данного конкретного человека и становится впоследствии источником страданий.

3. ФАЗА МЫСЛЕЙ

На фазе мыслей дебрифинг фокусируется на процессах принятия решения и мышления. Вопросы, открывающие эту фазу, могут быть такого типа:

- Какова была ваша первая мысль, когда вы осознали, что произошло? (Вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших.)
- Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что случилось? (Вариант предыдущего вопроса для тех, кто не был непосредственным свидетелем.)

Люди часто сопротивляются тому, чтобы поделиться своими первыми мыслями, потому что они, эти мысли, им кажутся неуместными, причудливыми, отражающими интенсивное чувство страха. Первая мысль может отражать то, что впоследствии составляет сердцевину тревоги.

Затем следует спросить: «Что вы делали во время инцидента? Почему вы решили делать именно то, что вы делали?» Последний вопрос часто высвечивает стремление защитить тех, к кому обращаются первые мысли.

Во время экстренных действий у исполнителей может возникнуть злость на приказы вышестоящих руководителей, так как они кажутся бестолковыми и противоречивыми. Рациональность распоряжений может проясниться в процессе дебрифинга.

4. ФАЗА ПЕРЕЖИВАНИЙ

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека. Задача этого этапа: создать такие условия, при которых участники могли бы вспомнить и выразить сильные чувства в условиях поддержки группы – и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания. Для того чтобы достичь успеха в этой фазе, ведущему нужно помогать людям рассказывать о своих переживаниях, даже болезненных. Это может уменьшить разрушительные последствия таких чувств.

Когда люди описывают причины принятия ими тех или иных решений, они очень часто говорят о страхе, беспомощности, одиночестве, упреках к себе и фрустрациях. В процессе рассказа о чувствах у членов группы создаются ощущения схожести, общности и естественности реакций. Групповой принцип универсальности является здесь

ключевым. Этому способствуют вопросы типа:

Как вы реагировали на событие?

Что для вас было самым ужасным из того, что случилось?

Переживали ли вы в вашей жизни раньше что-либо подобное?

Что вызывало у вас такие же чувства: грусть, расстройство, фрустрацию, страх?

Как вы себя чувствовали, когда произошло событие?

Можно задать вопросы типа: «Каковы были ваши впечатления о том, что происходило вокруг вас, когда события только начали развиваться? Что вы слышали, обоняли, видели?»

Другие возможные вопросы:

- Что вы чувствовали на физическом уровне, какие телесные ощущения вы переживали?

- Если это группа людей, непосредственно присутствовавших при событии (свидетели и пострадавшие), можете спросить: «Что из того, что вы увидели, услышали, почувствовали – может быть, даже запахи, которые вы ощутили, – помнится и тревожит вас больше всего?»

Эти обсуждения чувственных впечатлений позволяют в дальнейшем избежать образов и мыслей, которые могут оказывать разрушительные воздействия после события. Проговаривание травматичных впечатлений нейтрализует их разрушительные последствия. Ответ на вопрос о самых тяжелых чувствах помогает проработать наиболее конфликтные переживания.

Если группа небольшая, вы можете просить участников отвечать на вопросы по кругу, если большая – в произвольном порядке.

Поощряйте участников отвечать друг другу, помогайте обсуждению, повторяя вопросы, перефразируя высказывания, отражая чувства участников. Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

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

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

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

5. ФАЗА СИМПТОМОВ

Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап работы.

Во время фазы симптомов некоторые реакции следует обсудить детальнее. Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические),

которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, когда они возвратились домой, в течение последующих дней и а настоящее время. Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

К характерным чертам посттравматического стресса относятся переживание феномена избегания, оцепенение и другие. Страх может вызвать изменения в поведении. Фобиче-ские реакции (страхи) могут проявляться в том, что люди не способны вернуться в то место, где произошло событие (особенно проблематичным это становится, если это место их основной работы). После подобных инцидентов люди иногда вынуждены менять место жительства, переезжая в другой дом, могут бояться спать без света или уменьшать скорость езды в автомобиле, когда представляют, что может случиться.

Особое внимание следует уделить проблеме влияния психотравмы на семейную жизнь. Человек может чувствовать, что его семья не в состоянии понять его переживания. Иногда может быть полезно включать семьи в некоторые моменты дебрифинга, возможно, для начала передав им письменные материалы. Другой вариант – отдельные встречи с семьями тех, кто был вовлечен в инцидент. В некоторых случаях семьям может быть показан фильм о подобном инциденте, чтобы они яснее представляли себе, что пережил человек, которого они любят.

6. ФАЗА ЗАВЕРШЕНИЯ

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

Возможен подход, когда обсуждаются личные события из жизни участвующих и используются материалы других инцидентов или даже результаты исследований. Такой акцент на анализе демонстрирует собравшимся, что их реакция вполне нормальна, что это «нормальная реакция на ненормальные события». Но индивидуальность каждого также должна быть отмечена. У участников не должно сложиться впечатление, что они обязаны выражать реакции, но им следует знать, что они всегда смогут сделать это, если захотят. Полезно использовать имеющиеся записи с зафиксированным материалом, которые помогают точнее определить реакции и восстановить то, что происходило. Разумеется, этого не следует делать во время дебрифинга или в конце, чтобы не разрушать процесса. Хорошо иметь большой плакат с перечнем возможных симптомов и их детальным описанием; этот плакат может быть помещен где-нибудь в комнате, чтобы люди могли добавлять свои симптомы к списку.

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

7. ФАЗА РЕАДАПТАЦИИ

В этой фазе обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления, особенно в терминах семейной и групповой поддержки. Одной из главных целей дебрифинга, помимо всего прочего, является создание внутригруппового психологического контекста. Переживания, вызванные отсутствием понимания со стороны окружающих, – возможно, один из самых тяжелых аспектов посттравматического стресса. Полезно обсудить также, в каких случаях участник должен искать дальнейшую помощь. Здесь определяющими могут быть следующие показания:

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

Направление дальнейшей помощи следует уточнить. Группа может принять решение о необходимости следующего дебрифинга или, как минимум, подумать о такой

потенциальной возможности, если инцидент был особенно травматичным или не удалось справиться с проблемами. Руководитель дебрифинга предлагает участникам продумать, как они смогут общаться друг с другом в дальнейшем, и, например, предлагает обмениваться телефонами и адресами.

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

1.3 ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

С целью оказания своевременной и квалифицированной помощи не только спасатели, но и психологи должны знать приемы и методы определения состояния и степени травмирования пострадавших. Данный раздел написан по материалам книги Шойгу и др. (1997).

Осмотр пострадавшего. Находясь в пассивном положении, пострадавший неподвижен, не может самостоятельно изменить принятую позу, голова и конечности свешиваются. Такое положение бывает при бессознательном состоянии.

Вынужденное положение пострадавший принимает для облегчения тяжелого состояния, ослабления болей; например, при поражении легких, плевры он вынужден лежать на Пораженной стороне. Положение лежа на спине пострадавший принимает преимущественно при сильных болях в животе; при поражении почек некоторые пострадавшие держат ногу (со стороны поражения) согнутой в тазобедренном и коленном суставе, так как при этом боли ослабляются. Основными показателями жизнедеятельности организма являются сохраненное дыхание и сердечная деятельность.

Признаками жизни являются:

– сохраненное дыхание. Его определяют по движению грудной клетки и живота, по запотеванию зеркала, приложенного к носу и рту, по движению комочка ваты или бинта, поднесенного к ноздрям;

– сохраненная сердечная деятельность. Ее определяют путем прощупывания пульса – толчкообразных, периодических колебаний стенок периферических сосудов. Определить пульс можно на лучевой артерии, располагающейся под кожей между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. В тех случаях, когда нельзя исследовать пульс на лучевой артерии, его определяют либо на сонной или височной артерии, либо на ногах (на тыльной артерии стопы и задней-берцовой артерии). Обычно частота пульса у здорового человека 60–75 уд./мин, ритм пульса правильный, равномерный, наполнение хорошее (о нем судят путем сдавливания пальцами артерии с различной силой). Пульс учащается при недостаточности сердечной деятельности в результате травм, при кровопотере, во время болевых ощущений. Значительное урежение пульса происходит при тяжелых состояниях (черепно-мозговая травма);

– реакция зрачков на свет. Ее определяют путем направления на глаз пучка света от любого источника; сужение зрачка свидетельствует о положительной реакции. -При дневном свете эта реакция проверяется следующим образом: закрывают глаз рукой на 2–3 мин, затем быстро убирают руку; если зрачки сужаются, то это свидетельствует о сохранении функций головного мозга.

Отсутствие всего названного выше является сигналом к немедленному проведению реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца) до восстановления признаков жизни. Проведение оживления пострадавшего становится нецелесообразным через 20–25 мин. после начала реанимации, если признаки жизни по-прежнему отсутствуют.

Наступлению биологической смерти – необратимому прекращению

жизнедеятельности организма – предшествуют агония и клиническая смерть.

Агония характеризуется затемненным сознанием, отсутствием пульса, расстройством дыхания, которое становится неритмичным, поверхностным, судорожным, снижением артериального давления. Кожа становится холодной, с бледным или синюшным оттенком. После агонии наступает клиническая смерть.

Клиническая смерть – состояние, при котором отсутствуют основные признаки жизни – сердцебиение и дыхание, но еще не развились необратимые изменения в организме. Клиническая смерть длится 5–8 минут. Данный период необходимо использовать для оказания реанимационных мероприятий. По истечении этого времени наступает **биологическая смерть**.

Признаками смерти являются:

- отсутствие дыхания;
- отсутствие сердцебиения;
- отсутствие чувствительности на болевые и термические раздражители;
- снижение температуры тела;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- отсутствие рвотного рефлекса;
- трупные пятна сине-фиолетового или багрово-красного цвета на коже лица, груди, живота;
- трупное окоченение, проявляющееся через 2–4 ч после смерти.

Окончательное решение о смерти пострадавшего принимается в установленном законом порядке.

Травмы, ушибы, раны. **Травма** – нарушение целостности ткани под воздействием внешних факторов. Травмы бывают механическими, физическими, химическими, биохимическими, психическими.

Ушиб – механическое нарушение мягких тканей без повреждения кожи, на месте ушиба появляются боль, припухлость, кровоподтек, скопление крови. При ушибе грудной клетки нарушается дыхание. Ушиб живота может привести к разрыву печени, селезенки, кишечника, внутреннему кровотечению. Ушиб головы вызывает черепно-мозговую травму.

Раны – повреждения тканей организма вследствие механического воздействия, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых оболочек. Различают колотые, ушибленные, резаные, огнестрельные, укушенные раны. Они сопровождаются кровотечением, болью, нарушением функции поврежденного органа и могут осложняться инфекцией.

Первая помощь. При наличии артериального кровотечения осуществить мероприятия по его временной остановке. Из раны удалить куски одежды, крупные инородные тела: Волосы вокруг раны выстричь ножницами. Кожу вокруг раны обработать спиртом и зеленкой (1%-ный раствор бриллиантовой зелени). Наложить ватно-марлевую повязку из индивидуального пакета (можно наложить на рану несколько стерильных салфеток, накрыть их стерильной ватой и прибинтовать). Для укрепления повязок на голове удобно пользоваться сетчатым бинтом. При обширных глубоких ранах нужно обеспечить покой травмированной конечности: руку подвесить на косынке или прибинтовать к туловищу, ногу иммобилизовать транспортной шиной. Повязки на туловище и животе лучше всего делать по типу повязок-наклеек (салфетки укрепить бинтом или лейкопластырем). При сильной боли ввести 1–2 мл 2%-ного раствора промедола внутримышечно или ненаркотические обезболивающие средства (трамал и др.).

Нарушения сознания – обморок, коллапс, кома. **Обморок** – внезапно возникающая кратковременная утрата сознания. Проявляется резкой бледностью кожи. Глаза блуждают и закрываются, пострадавший падает; зрачки суживаются, потом расширяются, на свет не реагируют. Конечности холодные на ощупь, кожа покрыта липким потом, пульс редкий, слабый; дыхание редкое, поверхностное. Приступ длится от нескольких секунд до 1–2 мин, затем следует быстрое и полное восстановление сознания.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину с несколько откинутой назад головой, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха. К носу поднести ватку, смоченную нашатырным спиртом, обрызгать лицо холодной водой, согреть ноги или растереть их.

Коматс – тяжелое, угрожающее жизни состояние, характеризующееся резким снижением артериального и венозного давления, угнетением деятельности ЦНС. Коллапс может наступить при резкой кровопотере, недостатке кислорода, нарушении питания, травмах, отравлениях. При коллапсе кожа бледнеет, покрывается липким холодным потом, конечности приобретают мраморно-синий цвет, вены спадают и становятся неразличимыми под кожей. Глаза западают, черты лица заостряются. Артериальное давление резко падает, пульс едва прощупывается или отсутствует. Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое. Может наступить непроизвольное мочеиспускание и опорожнение кишечника. Больной вял, сознание затемнено, а иногда отсутствует полностью.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину без подушки, нижнюю часть туловища и ноги несколько приподнять, дать понюхать нашатырный спирт. К конечностям приложить грелки, при сохраненном сознании дать пострадавшему крепкий горячий чай. Необходима срочная госпитализация.

Кома – бессознательное состояние, когда отсутствуют реакции на внешние раздражители (словесное, болевое воздействие и т.д.). Причины, комы могут быть различными (нарушение мозгового кровообращения, повреждения печени, почек, отравление, травма). Травматическая кома может возникнуть при тяжелом сотрясении головного мозга. Бессознательное состояние длится от нескольких минут до 24 ч и дольше. При осмотре отмечают бледность лица, медленный пульс, рвота, нарушение или отсутствие дыхания, непроизвольное мочеиспускание, при повреждении мозга к этому добавляется паралич.

Первая помощь. Освободить дыхательные пути от слизи, рвотных масс, инородных тел. Провести искусственное дыхание методами «рот в рот», «рот в нос». Необходима срочная госпитализация.

Искусственное дыхание. При неотложных состояниях, угрожающих жизни, скорость оказания помощи является решающим фактором. Если мозг не получит кислорода в течение нескольких минут после остановки дыхания, наступит необратимое повреждение мозга или смерть:

0 минут – дыхание остановилось, скоро остановится сердце;

4–6 минут – возможно повреждение мозга;

6–10 минут – вероятное повреждение мозга;

более 10 минут – необратимое повреждение мозга.

Необходимость проведения искусственного дыхания возникает в случаях, когда дыхание отсутствует или нарушено в такой степени, что это угрожает жизни пострадавшего. Искусственное дыхание – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушье, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах, при некоторых отравлениях. В случае клинической смерти, то есть при отсутствии самостоятельного дыхания и сердцебиения, искусственное дыхание проводят одновременно с массажем сердца. Длительность искусственного дыхания зависит от тяжести дыхательных расстройств, причем оно должно продолжаться до тех пор, пока не восстановится полностью самостоятельное дыхание. При появлении первых признаков смерти, например, трупных пятен, искусственное дыхание следует прекратить.

Лучшим способом искусственного дыхания, конечно же, является подключение к дыхательным путям пострадавшего специальных аппаратов (респираторов), которые могут вдвухать пострадавшему до 1000–1500 мл свежего воздуха за каждый вдох. Но у неспециалистов таких аппаратов под рукой, безусловно, нет. Старые методы искусственного дыхания (Сильвестра, Шеффера и др.), в основе которых лежат различные приемы сжатия грудной клетки, недостаточно эффективны, так как, во-первых, они не обеспечивают освобождения дыхательных путей от запавшего языка, а во-вторых,

с их помощью в легкие за 1 вдох попадает не более 200–250 мл воздуха. В настоящее время наиболее эффективными методами искусственного дыхания признаны вдвухание изо рта в рот и изо рта в нос. Спасатель с силой выдыхает воздух из своих легких в легкие пострадавшего, временно становясь «респиратором». Конечно, это не тот воздух с 21% кислорода, которым мы дышим. Однако, как показали исследования реаниматологов, в воздухе, который выдыхает здоровый человек, содержится 16–17% кислорода, что достаточно для проведения полноценного искусственного дыхания, тем более в экстремальных условиях.

Итак, если у пострадавшего нет своих дыхательных движений, то надо немедленно приступить к искусственному дыханию! Если есть сомнения, дышит пострадавший, или нет, то следует, не раздумывая, начинать «дышать за него» и не тратить драгоценные минуты на поиски зеркала, прикладывания его ко рту и т.д.

Чтобы вдуть «воздух своего выдоха» в легкие пострадавшего, спасатель вынужден касаться своими губами его лица. Из гигиенических и этических соображений наиболее рациональным можно считать следующий прием, состоящий из нескольких операций:

- 1) взять носовой платок или любой другой кусок ткани (лучше марли);
- 2) прокусить отверстие в середине марли;
- 3) расширить его пальцами до 2–3 см;
- 4) наложить ткань отверстием на нос или рот пострадавшего (в зависимости от выбора способа искусственного дыхания);
- 5) плотно прижаться своими губами к лицу пострадавшего через марлю, а вдвухание проводить через отверстие в ней.

Искусственное дыхание изо рта в рот. Спасатель стоит сбоку от головы пострадавшего (лучше слева). Если пострадавший лежит на полу, то приходится стать на колени. Быстро очищает рот и глотку пострадавшего от рвотных масс. Если челюсти пострадавшего плотно сжаты; спасатель их раздвигает. Затем, положив одну руку на лоб пострадавшего, а другую на затылок, переразгибает (то есть откидывает назад) голову пострадавшего, при этом рот, как правило, открывается. Спасатель делает глубокий вдох, слегка задерживает свой выдох и, нагнувшись к пострадавшему, полностью герметизирует своими губами область его рта, создавая как бы непроницаемый для воздуха купол над ротовым отверстием пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего нужно закрыть большим и указательным пальцами руки, лежащей на его лбу, или прикрыть своей щекой, что сделать гораздо труднее. Отсутствие герметичности – частая ошибка при искусственном дыхании. При этом утечка воздуха через нос или углы рта пострадавшего сводит на нет все усилия спасателя. После герметизации спасатель делает быстрый, сильный выдох, вдвухая воздух в дыхательные пути и легкие пострадавшего. Выдох должен длиться около 1 сек и по объему достигать 1,0–1,5 л, чтобы вызвать достаточную стимуляцию дыхательного центра. При этом необходимо непрерывно следить за тем, хорошо ли поднимается грудная клетка пострадавшего при искусственном вдохе. Если амплитуда таких дыхательных движений недостаточна – значит, мал объем вдвухаемого воздуха или западает язык. После окончания выдоха спасатель разгибается и освобождает рот пострадавшего, ни в коем случае не прекращая переразгибания его головы, иначе язык западет и полноценного самостоятельного выдоха не будет. Выдох пострадавшего должен длиться около 2 сек, во всяком случае, лучше, чтобы он был вдвое продолжительнее вдоха. В паузе перед следующим вдохом спасателю нужно сделать 1–2 небольших обычных вдоха-выдоха «для себя». Цикл повторяется с частотой 10–12 в минуту. При попадании большого количества воздуха не в легкие, а в желудок, вздутие последнего затруднит спасение пострадавшего. Поэтому целесообразно периодически освобождать его желудок от воздуха, надавливая на эпигастральную (подложечную) область.

Искусственное дыхание изо рта в нос проводят, если у пострадавшего стиснуты зубы или имеется травма губ или челюстей. Спасатель, положив одну руку на лоб пострадавшего, а другую – на его подбородок, переразгибает голову и одновременно прижимает его нижнюю челюсть к верхней. Пальцами руки, поддерживающей

подбородок, он должен прижать верхнюю губу, герметизируя тем самым рот пострадавшего. После глубокого вдоха спасатель своими губами накрывает нос пострадавшего, создавая все тот же непроницаемый для воздуха купол. Затем спасатель производит сильное вдувание воздуха через ноздри (1,0–1,5 л), следя при этом за движением грудной клетки пострадавшего.

После окончания искусственного вдоха нужно обязательно освободить не только нос, но и рот пострадавшего: мягкое нёбо может препятствовать выходу воздуха через нос и тогда при закрытом рте выдоха вообще не будет. Нужно при таком выдохе поддерживать голову переразогнутой (то есть откинутой назад), иначе запавший язык помешает выдоху. Длительность выдоха – около 2 сек. В паузе спасатель делает 1–2 небольших вдоха-выдоха «для себя».

Искусственное дыхание нужно проводить, не прерываясь более чем на 3–4 сек, до тех пор, пока не восстановится полностью самостоятельное дыхание или пока не появится врач и не даст другие указания. Надо непрерывно проверять эффективность искусственного дыхания (хорошее раздувание грудной клетки пострадавшего, отсутствие вздутия живота, Постепенное порозовение кожи лица). Следует постоянно следить за тем, чтобы во рту и носоглотке не появились рвотные массы, а если это произойдет, то надо перед очередным вдохом пальцем, обернутым тканью, очистить через рот дыхательные пути пострадавшего. По мере проведения искусственного дыхания у спасателя может закружиться голова из-за недостатка в его организме углекислого газа. Поэтому лучше, чтобы вдувание воздуха производили два спасателя, меняясь через 2–3 минуты. Если это невозможно, то следует через каждые 2–3 мин урезать вдохи до 4–5 в мин, чтобы за этот период у того, кто проводит искусственное дыхание, в крови и мозге поднялся уровень углекислого газа.

Проводя искусственное дыхание у пострадавшего с остановкой дыхания, надо ежеминутно проверять, не произошла ли у него и остановка сердца. Для этого следует двумя пальцами прощупывать пульс на шее в треугольнике между дыхательным горлом (гортанным хрящом, который называют иногда кадыком) и кивательной (грудиноключично-сосцевидной) мышцей. Спасатель устанавливает два пальца на боковую поверхность гортанного хряща, после чего «соскальзывает» ими в ложбинку между хрящом и кивательной мышцей. Именно в глубине этого треугольника и должна пульсировать сонная артерия. Если пульсации сонной артерии нет – надо немедленно начинать непрямой массаж сердца, сочетая его с искусственным дыханием. Если пропустить момент остановки сердца и 1–2 мин проводить пострадавшему только искусственное дыхание, то спасти его, как правило, не удастся.

Особенности искусственного дыхания у детей. Для восстановления дыхания у детей до 1 года искусственную вентиляцию легких осуществляют по методу «рот в рот и нос», у детей старше 1 года – по методу «рот в рот». Оба метода проводятся в положении ребенка на спине, детям до 1 года под спину кладут невысокий валик (сложенное одеяло) или слег? ка приподнимают верхнюю часть туловища подведенной под спину рукой, голову ребенка запрокидывают.

Спасатель делает вдох (неглубокий!), герметично охватывает ртом рот и нос ребенка или (у детей старше 1 года) только рот и вдувает в дыхательные пути ребенка воздух, объем которого должен быть тем меньше, чем младше ребенок (например, у новорожденного он равен 30–40 мл). При достаточном объеме вдуваемого воздуха и попадании его в легкие (а не желудок) появляются движения грудной клетки. Закончив вдувание, нужно убедиться, что грудная клетка опускается.

Вдувание чрезмерно большого для ребенка объема воздуха может привести к тяжелым последствиям – разрыву альвеол легочной ткани и выходу воздуха в плевральную полость. Частота вдуваний должна соответствовать возрастной частоте дыхательных движений, которая с годами уменьшается. В среднем частота дыханий в 1 мин составляет у новорожденных и детей до 4 мес. жизни – 40, в 4–6 мес. – 40–35, в 7 мес. – 2 года – 35–30, в 2–4 года – 30–25, в 4–6 лет – около 25, в 6–12 лет – 22–20, в 12–15 лет – 20–18.

Массаж сердца – механическое воздействие на сердце после его остановки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока до возобновления работы сердца. Показаниями к массажу сердца являются все случаи его остановки.

Признаки внезапной остановки сердца – резкая бледность, потеря сознания, исчезновение пульса на сонных артериях, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

Существуют два основных вида массажа сердца: непрямой, или наружный (закрытый), и прямой, или внутренний (открытый).

Найдите правильное положение для рук:

- нащупайте пальцами углубление на нижнем крае грудины и держите свои два пальца в этом месте;
- положите основание ладони другой руки на грудину выше того места, где расположены пальцы;
- снимите пальцы с углубления и положите ладонь первой руки поверх другой руки;
- не касайтесь пальцами грудной клетки.

Непрямой массаж сердца основан на том, что при нажатии на грудь спереди назад сердце, расположенное между грудиной и позвоночником, сдавливается настолько, что кровь из его полостей поступает в сосуды. После прекращения надавливания сердце расправляется и в полости его поступает венозная кровь.

Непрямым массажем сердца должен владеть каждый человек. При остановке сердца его надо начинать как можно скорее. Он наиболее эффективен, если начат немедленно после остановки сердца. Для этого пострадавшего укладывают на плоскую твердую поверхность – землю, пол, доску (на мягкой поверхности, например, постели, массаж сердца проводить нельзя). Спасатель становится слева или справа от пострадавшего, кладет ладонь ему на грудь таким образом, чтобы основание ладони располагалось на нижнем конце грудины. Поверх этой ладони помещает другую для усиления давления и сильными, резкими движениями, помогая себе всей тяжестью тела, осуществляет быстрые ритмичные толчки с частотой один раз в секунду. Грудина при этом должна прогибаться на 3–4 см, а при широкой грудной клетке – на 5–6 см. Для облегчения притока венозной крови к сердцу ногам пострадавшего придают возвышенное положение. При проведении непрямого массажа соблюдайте следующие правила:

- при проведении надавливаний плечи спасателя должны находиться над его ладонями;
- надавливания на грудину проводятся на глубину 4–5 см;
- за 10 секунд следует делать приблизительно 15 надавливаний (от 80 до 100 надавливаний в минуту);
- производить надавливания плавно по вертикальной прямой, постоянно удерживая руки на груди;
- не делать раскачивающих движений во время проведения процедуры (это снижает эффективность надавливаний и напрасно расходует ваши силы);
- прежде чем начинать следующее надавливание, дайте грудной клетке подняться в исходное положение.

Методика непрямого массажа сердца у детей зависит от возраста ребенка. Детям до 1 года достаточно надавливать на грудину одним-двумя пальцами. Для этого спасатель укладывает ребенка на спину головой к себе, обхватывает ребенка так, чтобы большие пальцы рук располагались на передней поверхности грудной клетки, а концы их – на нижней трети грудины, остальные пальцы подкладывает под спину. Детям в возрасте старше 1 года и до 7 лет массаж сердца производят стоя сбоку, основанием одной кисти, а более старшим – обеими кистями (как взрослым). Во время массажа грудная клетка должна прогибаться на 1,0–1,5 см у новорожденных, на 2,0–2,5 см – у детей 1 – 12 мес, на 3–4 см – у детей старше 1 года.

Число надавливаний на грудину в течение 1 мин должно соответствовать средней возрастной частоте пульса, которая составляет у новорожденного 140, у детей 6 мес. –

130–135, 1 года - 120-125, 2 лет -110-115, 3 лет - 105-110, 4 лет -100-105, 5 лет - 100, 6 лет - 90-95, 7 лет - 85-90, 8-9 лет -80–85, 10–12 лет – 80, 13–15 лет – 75 ударов в 1 минуту.

Непрямой массаж сердца обязательно сочетают с искусственным дыханием. Их удобнее проводить двум лицам. При этом один из спасателей делает одно вдувание воздуха в легкие, затем другой производит пять надавливаний на грудную клетку. Непрямой массаж сердца – простая и эффективная мера, позволяющая спасти жизнь пострадавшим, применяется в порядке первой помощи. Успех, достигнутый при непрямом массаже, определяется по сужению зрачков, появлению самостоятельного пульса и дыхания. Этот массаж должен проводиться до прибытия врача.

Прямой массаж заключается в периодическом сдавливании сердца рукой, введенной в полость грудной клетки. Этот вид массажа применяет только хирург в случае остановки сердца при операции на органах грудной полости.

Кровотечение – излияние (вытекание) крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенок. Кровотечения бывают травматическими, вызванными повреждением сосудов, и нетравматическими, связанными с разрушением сосудов каким-либо болезненным процессом. В зависимости от вида поврежденных кровеносных сосудов кровотечение может быть артериальным, венозным, капиллярным и смешанным.

При артериальном кровотечении изливающаяся кровь имеет ярко-красный цвет, бьет сильной пульсирующей струей.

При венозном кровотечении кровь более темная и обильно выделяется из раны непрерывной струей.

При капиллярном кровотечении кровь выделяется равномерно по всей поверхности раны (как из губки).

Смешанное кровотечение характеризуется признаками артериального и венозного кровотечений.

Пострадавший с острой кровопотерей бледен, покрыт холодным потом, вял, жалуется на головокружение, отмечают потемнение перед глазами при подъеме головы, сухость во рту. Пульс частый, малого наполнения.

Первая помощь. Главным способом, часто спасающим жизнь пострадавшему, является временная остановка кровотечения. Наиболее простой способ – пальцевое прижатие артерии на протяжении, то есть не в области раны, а выше в доступных местах вблизи кости или под ней.

Височную артерию прижать первым (большим) пальцем впереди ушной раковины при кровотечении из ран головы. Нижнечелюстную артерию прижать к углу нижней челюсти при кровотечении из раны на лице. Общую сонную артерию прижать на передней поверхности снаружи от гортани. Давление пальцами надо производить по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к поперечному отростку шестого шейного позвонка.

Подключичную артерию прижать в ямке над ключицей к первому ребру. Подмышечную артерию при кровотечении из раны в области плечевого сустава и надплечья прижать к головке плечевой кости по переднему краю роста волос в подмышечной впадине. Плечевую артерию прижать к плечевой кости с внутренней стороны от двуглавой мышцы, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Лучевую артерию прижать к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при кровотечении из ран кисти. Бедренную артерию прижать в паховой области при кровотечении из ран в области бедра. Прижатие произвести в паховой области на середине расстояния между лобком и выступом подвздошной кости. Подколенную артерию прижать в области подколенной ямки при кровотечении из ран голени и стопы.

Артерии тыла стопы прижать к подлежащей кости при кровотечении из раны на стопе.

Пальцевое прижатие дает возможность остановить кровотечение почти моментально. Но даже сильный человек не может продолжать его более 10–15 мин, так как руки его утомляются и прижатие ослабевает. В связи с этим такой прием важен,

главным образом, потому, что он позволяет выиграть какое-то время для других способов остановки кровотечения.

При артериальных кровотечениях из сосудов верхних и нижних конечностей прижатие артерий можно осуществить иным способом: при кровотечении из артерий предплечья вложить две пачки бинтов в локтевой сгиб и максимально согнуть руку в локтевом суставе; то же самое сделать для артерий голени и стопы – в подколенную область вложить две пачки бинтов и ногу максимально согнуть в суставе.

После прижатия артерий приступить к наложению кровоостанавливающего жгута. Он состоит из толстой резиновой трубки или ленты длиной 1,0–1,5 м, к одному концу которой прикреплен крючок, а к другому – металлическая цепочка. Чтобы не повредить кожу, жгут надо наложить поверх одежды или место наложения жгута несколько раз обернуть бинтом, полотенцем и т.д. Резиновый жгут растянуть, в таком виде приложить к конечности и, не ослабляя натяжения, обернуть вокруг нее несколько раз так, чтобы между ними не попали складки кожи. Концы жгута скрепить с помощью цепочки и крючка.

При отсутствии резинового жгута использовать подручные материалы, например, резиновую трубку, поясной ремень, галстук, бинт, носовой платок. При этом конечность перетянуть, как жгутом, или сделать закрутку⁷ с помощью палочки. Использование тонких или жестких предметов (веревка, проволока) может привести к повреждению тканей, нервов, поэтому применять их не рекомендуется.

При правильном наложении жгута кровотечение сразу же прекращается, а кожа конечности бледнеет. Степень сдавливания конечности можно определить по пульсу на какой-либо артерии ниже жгута; исчезновение пульса указывает на то, что артерия сдавлена. Жгут оставить на конечности на 2 ч (а зимой вне помещения – на 1,0–1,5 ч), так как при длительном сдавливании может наступить омертвление конечности ниже жгута. К жгуту прикрепить лист бумаги с указанием времени его наложения.

В тех случаях, когда прошло более 2 ч, а пострадавший по какой-либо причине еще не доставлен в лечебное учреждение, на короткое время жгут следует снять. Сделать это нужно вдвоем: одному произвести пальцевое прижатие артерии выше жгута, другому медленно, чтобы поток крови не вытолкнул образовавшийся в артерии тромб, распустить жгут на 3–5 мин и снова наложить его, но чуть выше предыдущего места. За пострадавшим, которому наложен жгут, необходимо наблюдать. Если жгут наложен слабо, то артерия оказывается пережатой не полностью, и кровотечение продолжается. Так как при этом вены пережаты жгутом, то конечность наливается кровью, повышается давление в сосудах, и кровотечение может даже усилиться; кожа конечности из-за переполнения вен кровью приобретет синюшную окраску. При слишком сильном сдавливании конечности жгутом повреждаются подлежащие ткани, в том числе нервы, и может наступить паралич конечности. Жгут нужно затягивать только до остановки кровотечения, но не более того.

Артериальное кровотечение из артерий кисти и стопы не требует обязательного наложения жгута. Достаточно плотно прибинтовать пачку стерильного бинта или тугий валик из стерильных салфеток к месту ранения и придать конечности возвышенное положение. Жгут применяют только при обширных множественных ранениях и разможениях кисти или стопы. Кровотечения из пальцевых артерий нужно остановить тугим давящей повязкой. При любом кровотечении, особенно при ранении конечности, надо придать ей возвышенное положение и обеспечить ее покой.

Травматический вывих – нарушение формы сустава со стойким взаимным смещением суставных концов костей. При этом отмечаются резкая боль, деформация и нарушение функции сустава.

Первая помощь. При вывихе в плечевом или локтевом суставе зафиксировать верхнюю конечность бинтом к туловищу или подвесить руку на косынке. При вывихе суставов нижней конечности зафиксировать бинтом поврежденную ногу к здоровой ноге или к подручным средствам, придав больному суставу неподвижность. Применить холод и обезболивающие средства. Отправить пострадавшего в лечебное учреждение.

Растяжение и разрыв связок – повреждение суставной сумки при движениях.

Признаками растяжения (разрыва) связок являются боль в суставе, нарушение его функции, отек, кровоизлияние.

Растяжение связок происходит, когда кость выходит за пределы обычной амплитуды движения. Чрезмерная нагрузка, оказываемая на сустав, может привести к полному разрыву связок и вывиху кости. При этом не исключен перелом кости. При легких растяжениях связок заживление обычно происходит достаточно быстро. Поэтому люди часто не обращают никакого внимания на подобное происшествие, и в результате сустав может быть травмирован повторно.

Тяжелые формы растяжений обычно вызывают сильную боль при малейшем движении сустава. Наиболее распространенными являются растяжения связок голеностопного и коленного суставов, пальцев и запястья. Иногда растяжение связок может иметь более серьезные функциональные последствия, чем перелом. Зажившая после перелома кость редко ломается снова. А сустав после растяжения или разрыва связок может стать менее устойчивым, что повышает вероятность повторной травмы.

Первая помощь. Помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата одинакова. Во время оказания помощи постарайтесь не причинять пострадавшему дополнительной боли. Помогите ему принять удобное положение. Помните об основных моментах:

- покой;
- обеспечение неподвижности поврежденной части тела;
- холод;
- приподнятое положение поврежденной части тела.

Перелом – внезапное нарушение целостности кости. Переломы бывают открытыми и закрытыми.

Открытые переломы – это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять собой опасность для жизни вследствие частого развития шока, кровопотери, инфицирования.

Первая помощь. На рану в области перелома наложить стерильную повязку. Ввести обезболивающее средство. Категорически запрещается вправлять пальцами в рану отломки костей. При обильном кровотечении наложить жгут. Транспортировать пострадавшего в лечебное учреждение на носилках в положении лежа на спине.

Закрытые переломы – это переломы, при которых отсутствует рана в зоне перелома. Характерными внешними признаками закрытых переломов являются нарушение прямолинейности и появление «ступеньки» в месте перелома. Отмечаются ненормальная подвижность, боль, хруст отломков, припухлость.

Первая помощь. Обездвижить место перелома, наложить шину, ввести обезболивающее средство, доставить пострадавшего в лечебное учреждение. (Иммобилизацию следует производить поверх одежды.)

Принципы иммобилизации. При наложении шины руководствуйтесь следующими правилами:

- шина накладывается без изменения положения поврежденной части;
- шина должна охватывать как область повреждения, так и суставы, расположенные выше и ниже этой области;
- до и после наложения шины проверьте кровообращение в поврежденной части тела (спросите пострадавшего, немеют ли у него кончики пальцев поврежденной конечности; проверьте пальцы поврежденной конечности – они должны быть теплые на ощупь и иметь розовый цвет у ногтей – при жалобах на онемение ослабьте повязку);
- зафиксируйте шину выше и ниже области повреждения.

Виды шин. Шины бывают трех видов: мягкие, жесткие и анатомические.

В качестве мягких шин можно использовать сложенные одеяла, полотенца, подушки, поддерживающие повязки или бинты.

К жестким шинам относятся дощечки, полоски металла, картон, сложенные журналы и т.п.

При анатомических шинах в качестве опоры используется тело самого

пострадавшего. Например, поврежденная рука может быть прибинтована к груди пострадавшего, нога – к здоровой ноге.

Травматическая ампутация конечностей бывает полной и неполной. При полной ампутации отчлененный сегмент конечности не имеет связи с культей. При неполной ампутации происходят повреждения сосудов, нервов, костей, сухожилий с частичным сохранением мягких тканей и кожного покрова. Для успешного восстановления прежней целостности ампутированной конечности имеет значение правильное оказание помощи пострадавшему, выполнение условий хранения и транспортировки ампутированного сегмента.

Сохранность ампутированного сегмента: ампутант в исходном состоянии завернуть в сухое стерильное полотно, платок, не очищать и не промывать. Затем (по возможности) поместить ампутант в полиэтиленовый пакет, перекрыть доступ воздуха. Первый пакет поместить во второй, больший по величине; второй пакет заполнить водой со льдом.

Ампутант должен находиться при достаточно низкой температуре, но не должен напрямую соприкасаться с холодным материалом, так как может возникнуть поражение тканей.

В зависимости от ситуации необходимо организовать поиск ампутанта. Необходимо предпринять максимум усилий для его скорейшего обнаружения ради того, чтобы сохранить для пострадавшего шансы на ретрансплантацию (хирургическое восстановление).

Поиск и сохранение ампутанта не должны препятствовать проведению необходимых мероприятий по сохранению жизни пострадавшего (остановка кровотечения) и противошоковых мер.

Первая помощь. Остановить кровотечение из культы наложением давящей повязки или надувным манжетом. Поврежденную конечность держать в возвышенном положении. Уложить пострадавшего, дать ему обезболивающее средство, напоить крепким чаем; раненую поверхность укрыть чистой или стерильной салфеткой. Отчлененную часть конечности обернуть стерильной или чистой тканью, поместить в полиэтиленовый пакет, который уложить в емкость, наполненную снегом, льдом, холодной водой. При транспортировке пакет с ампутированной конечностью должен находиться в подвешенном состоянии, к нему прикрепить записку с указанием времени травмы. При неполной ампутации провести тщательную иммобилизацию всей конечности и охлаждение оторванной части. Пострадавшего немедленно доставить в лечебное учреждение.

Повреждения черепа. Люди, перенесшие травму головы (или позвоночника), могут иметь значительные нарушения физического или неврологического характера, такие, как паралич, речевые нарушения, проблемы с памятью, а также психические расстройства. Многие пострадавшие остаются инвалидами на всю жизнь.

Своевременная и правильная первая помощь может предотвратить некоторые последствия травм головы и позвоночника, приводящие к смерти или инвалидности.

Переломы свода черепа могут быть закрытыми и открытыми. Местные проявления – гематома в области волосяного покрова части головы, рана при открытом повреждении, другие изменения, выявляемые при ощупывании. Могут быть нарушения сознания от кратковременной его потери до комы, в зависимости от степени повреждения, что способно привести к нарушению дыхания.

Первая помощь. Если пострадавший находится в сознании и удовлетворительном состоянии, то его надо уложить на спину на носилки без подушки. На рану головы накладывается повязка. При бессознательном состоянии пострадавшего нужно уложить на носилки на спину в положении полуоборота, для чего под одну из сторон туловища подложить валик из верхней одежды. Голову повернуть в сторону, по возможности в левую, чтобы в случае возникновения рвоты рвотные массы не попали в дыхательные пути, а вытекли наружу. Расстегнуть всю стягивающую одежду. Если у пострадавшего имеются зубные протезы и очки, то снять их. При острых нарушениях дыхания произвести

искусственное дыхание.

Перелом основания черепа. В раннем периоде отмечаются кровотечения из ушей, носовое кровотечение, головокружение, головные боли, потеря сознания. В более позднем периоде появляются кровоизлияния в области глазниц, истечение из носа и ушей спинномозговой жидкости.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину, освободить дыхательные пути от слизи, рвотных масс, при нарушении дыхания провести искусственное дыхание; в случае выделения крови и спинномозговой жидкости из ушей и носа провести тампонацию на короткий промежуток времени; срочно госпитализировать.

Сотрясение головного мозга развивается, главным образом, при закрытой черепно-мозговой травме. Оно проявляется потерей сознания различной продолжительности, от нескольких мгновений до нескольких минут. После выхода из бессознательного состояния отмечаются головная боль, тошнота, иногда рвота, пострадавший почти всегда не помнит обстоятельств, предшествовавших травме, и самого момента ее. Характерны побледнение или покраснение лица, учащение пульса, общая слабость.

Ушиб головного мозга характеризуется длительной потерей сознания (свыше 1–2 ч) и возможен при закрытой и открытой черепно-мозговой травме. В тяжелых случаях при ушибе могут нарушаться дыхание и сердечно-сосудистая деятельность.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки даже при самой кратковременной потере сознания. При открытой черепно-мозговой травме, вызвавшей сотрясение мозга или ушиб, на рану наложить повязку. В случае остановки сердца, дыхания провести непрямой массаж сердца, искусственное дыхание методом «рот в рот», «рот в нос» или использовать специальные приспособления.

Первая помощь при ранении лица. Ранения мягких тканей лица сопровождаются расхождением краев раны, кровотечением, болью, нарушением функций открывания рта, речи, дыхания. Ранения мягких тканей могут осложниться шоком, кровопотерей.

Первая помощь. Наложить давящую повязку, местно – холод. В случае кровотечения осуществить его временную остановку пальцевым прижатием крупных артерий.

Перелом нижней челюсти. Пострадавшие жалуются на боль в месте повреждения, усиливающуюся при речи, открывании рта, на невозможность сомкнуть зубы. Нередко перелом нижней челюсти сопровождается кратковременной потерей сознания.

Первая помощь. С целью обезболивания пострадавшему подкожно ввести 1 мл 2%-ного раствора промедола или другие обезболивающие средства. Создать покой поврежденному органу при помощи подбородочной, пращевидной или стандартной транспортной повязки.

Повреждения глаз. Ушиб глаза может быть прямым – возникать при непосредственном ударе травмирующего предмета о глаз и непрямым – вследствие сотрясения туловища, лицевого скелета. Признаками ушиба глазного яблока являются боль, отек век, снижение остроты зрения.

Первая помощь. Наложить повязку.

Ранения век происходят в результате воздействия режущих или колющих предметов, ударов тупыми предметами. Признаками ранения являются наличие раны различных размеров и формы, кровотечение из нее, отек века, изменение его цвета.

Первая помощь. Обработать раны 1%-ным раствором бриллиантовой зелени, наложить повязку.

Проникающие ранения глаза. К ним относятся повреждения с нарушением целостности оболочек глазного яблока. Проникающие ранения могут быть вызваны режущими или колющими предметами, попаданием в глаз осколка. Ранения характеризуются болью, светобоязнью, слезотечением.

Первая помощь. Закапать в глаз 30%-ный раствор сульфа-циланатрия или 0,25%-ный раствор левомицитина. Наложить стерильную повязку.

Повреждения грудной клетки. Пуля, проникшая в легкие или грудную полость вокруг

легкого, открывает доступ воздуху. При этом воздух, как выходящий из легкого, так и попадающий снаружи, заполняет пространство вокруг легкого.

Признаки и симптомы *проникающего ранения* грудной клетки:

- затрудненное дыхание;
- кровотечение из открытой раны грудной клетки;
- всасывающий звук, исходящий из раны при каждом вдохе;
- сильная боль в области раны;
- очевидная деформация, характерная для перелома;
- кровохарканье.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости. Различают закрытый и открытый пневмоторакс.

Закрытый пневмоторакс является осложнением травмы грудной клетки и служит признаком разрыва легкого. Разрыв легкого происходит вследствие непосредственной травмы отломками ребра или в результате удара о землю при падении с высоты. Через разрыв в легких в плевральную полость выходит воздух, в результате чего наступает спадение легкого и выключение его из дыхания. Пострадавший ловит ртом воздух, выражена одышка, кожные покровы бледные с синюшным оттенком, пульс учащен.

Первая помощь. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина внутримышечно или другие обезболивающие средства, придать пострадавшему возвышенное положение с приподнятым изголовьем, по возможности провести ингаляцию кислорода. Срочно госпитализировать.

При *открытом пневмотораксе* имеется зияющее ранение грудной стенки, в результате чего плевральная полость сообщается с внешней средой; Легкое спадает и выключается из дыхания. Общее состояние пострадавшего тяжелое. Кожные покровы синюшного цвета, выражена одышка, пострадавший пытается зажать рану рукой. При каждом вдохе в рану с «хлюпаньем» входит воздух. *Первая помощь*

- придать возвышенное положение пострадавшему;
- попросите пострадавшего сделать глубокий выдох;
- закройте рану повязкой, не пропускающей воздух, например, куском полиэтиленового пакета или пластиковой оберткой. Если этого нет под рукой, возьмите сложенный кусок материи или что-нибудь из одежды;
- закрепите повязку лейкопластырем, оставив один ее край открытым (за счет этого воздух не будет поступать в рану при вдохе, но сможет выходить при выдохе);
- при огнестрельном ранении обязательно проверьте место возможного выхода пули. В случае обнаружения второго отверстия окажите помощь, как описано выше.

Повреждения живота и его органов. Так как в брюшной полости расположено много жизненно важных органов, травма в этой области может быть смертельной. Легко травмируются и предрасположены к сильному кровотечению при повреждении печени и селезенка.

Признаки и симптомы травмы органов брюшной полости:

- сильная боль, болезненность или чувство сдавленности в животе;
- появление синяков;
- рвота (иногда с кровью или черного цвета), слабость;
- кровь в кале (черный кал).

Кровотечение из органов брюшной полости может быть наружным или внутренним. Даже если крови не видно, при разрыве внутреннего органа не исключено сильное внутреннее кровотечение, приводящее к шоку. Травмы живота бывают очень болезненными. Кроме того, попадание крови или иного содержимого в брюшную полость чревато тяжелыми последствиями.

В отличие от внутренних органов, находящихся в грудной клетке или тазу, органы брюшной полости практически не защищены костями.

Ушиб брюшной стенки возникает вследствие прямой травмы. Могут обнаруживаться ссадины брюшной стенки, гематома. Когда пострадавший лежит спокойно – боль неинтенсивная, но усиливается при перемене положения тела.

Закрытые повреждения живота, сопровождающиеся внут-рибрюшным кровотечением, возникают вследствие ударов значительной силы по животу, при наезде автомобиля, падении с высоты. Источником кровотечения являются разорванная селезенка, печень, сосуды тонкой и толстой кишок. Пострадавший находится в тяжелом состоянии, нередко имеются повреждения других областей тела. Он бледен, покрыт холодным потом, жалуется на головокружение, если находится в сознании. Головокружение усиливается при вертикальном положении тела. Пульс частый, одышка.

Закрытые повреждения живота сопровождаются разрывом полого органа. Чаще всего повреждается тонкая кишка, затем толстая, желудок, мочевой пузырь. Выход желудочно-кишечного содержимого в брюшную полость вызывает резкую («кинжальную») боль в животе. Пострадавший бледен, выражение лица напряженное, так как любое движение приводит к усилению болей. Живот напряжен, пульс частый, дыхание учащено.

Первая помощь. Своевременное распознавание повреждения и быстрая доставка пострадавшего в стационар имеют в данном случае решающее значение. Пострадавшего уложить на носилки на спину, при внутрибрюшном кровотечении дать холод на живот. Наркотические анальгетики вводить нельзя. При разрыве полого органа и сильной боли можно ввести 50%-ный раствор анальгина 2 мл внутримышечно или другие обезболивающие средства.

Ранения живота. Рана брюшной стенки может быть различных размеров, проникать в брюшную полость или заканчиваться в пределах брюшной стенки. Если ранен орган брюшной полости, то будет наблюдаться сильное кровотечение. Безусловным признаком проникающего ранения является выпадение органа брюшной полости (чаще всего кишечника) в рану.

Первая помощь. На рану наложить стерильную повязку, укрепив ее полосками лейкопластыря. Нельзя вправлять выпавшие внутренности в брюшную полость – их нужно укрыть стерильными салфетками. С целью обезболивания ввести 50%-ный раствор анальгина 2 мл внутримышечно или другие обезболивающие средства. Нельзя ничего давать пить, можно смачивать водой ротовую полость. Транспортировка в положении лежа на носилках.

Повреждения позвоночника и костей таза. При подозрении на повреждения позвоночника спасатели осторожно, вдвоем или втроем, перекадывают пострадавшего на спину на носилки (желательно на щит), голову укладывают на плотный валик, сделанный из одежды, или на резиновый круг и фиксируют широким бинтом к щиту. При необходимости проводят искусственное дыхание. Ожидая прибытия «Скорой помощи», соблюдайте следующие правила:

- по возможности держите голову и позвоночник пострадавшего в неподвижном состоянии;
- иммобилизуйте руками голову пострадавшего с обеих сторон в том положении, в котором его обнаружили;
- поддерживайте проходимость дыхательных путей;
- следите за уровнем сознания и дыханием;
- при необходимости остановите наружное кровотечение;
- поддерживайте нормальную температуру тела пострадавшего;
- если на пострадавшем надет защитный шлем, не снимайте его. Снимите его только в том случае, если пострадавший не дышит.

Повреждения грудных и поясничных позвонков наблюдаются при падениях на спину, с высоты, автомобильных авариях, реже – при прямом ударе. Характерны боль и деформация в области сломанного позвонка, определяемая при ощупывании позвоночника.

Первая помощь. Для того чтобы переложить пострадавшего, потребуется не менее трех человек: первый должен находиться на уровне головы и шеи, второй – туловища, третий – ног. Подложив руки, повернуть пострадавшего на спину по команде «повернули», после укладывания на спину связать руки на груди за запястья, а ноги – в области коленных суставов и лодыжек. У головы пострадавшего установить носилки, на

которые на уровне поясницы положить валик из полотенца или одежды. Приподнять пострадавшего по команде «подняли», обратив внимание на то, чтобы не было прогиба в области спины. Еще одному человеку передвинуть носилки под пострадавшего, которого опустить на них по команде «положили».

Переломы костей таза наблюдаются при травмировании тазового кольца. Множественные переломы костей таза являются тяжелыми травмами, с массивной внутренней кровопотерей, часто с повреждениями уретры и мочевого пузыря, развитием травматического шока. Пострадавший жалуется на боль в области крестца и промежности. Надавливание на лонное сочленение и подвздошные кости болезненно. Пострадавший не может поднять прямую ногу и, сгибая ее в коленном суставе, волочит стопу. При тяжелом шоке, бессознательном состоянии определить перелом костей таза можно по наличию дефекта в области лона, смещения кверху какой-либо половины таза, деформаций костей таза, укорочения бедра.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки на спину с валиком под коленями. Колени развести в стороны (положение «лягушки»). Дать любое обезболивающее средство.

Повреждения лопатки и ключицы. Переломы ключицы возникают при падении на вытянутую руку, плечевой сустав. Характерны деформация ключицы, ненормальная подвижность, припухлость, хруст отломков.

Первая помощь. Поддерживающая и фиксирующая повязки. Расположите руку и косыночную повязку соответствующим образом:

- предплечье поврежденной стороны расположите поперек груди так, чтобы пальцы были направлены к противоположному плечу;
- наложите расправленную повязку поверх предплечья и кисти;
- повязка должна прикрывать локоть и плечо;
- поддерживая предплечье, заверните нижний конец повязки под кистью, предплечьем и локтем.
- нижний конец повязки оберните вокруг спины и затяните концы;
- осторожно установите высоту поддерживающей повязки;
- завяжите концы повязки на противоположной стороне;
- подоткните конец между предплечьем и повязкой;
- сделайте прокладку между телом и рукой в местах естественных впадин, используя мягкий, но прочный материал.

Наложите фиксирующую повязку:

- протяните повязку от локтя поврежденной стороны вокруг корпуса, хорошо закрепив ее;
- завяжите концы повязки на противоположной стороне под здоровой рукой.

Переломы лопатки чаще всего возникают вследствие прямого удара. Характерны болезненность, припухлость в области лопатки, резкая боль и ограничение движения в плечевом суставе, особенно при попытке поднять руку.

Первая помощь. Подвесить руку на косынке. Ввести обезболивающее средство.

Вывихи ключицы наблюдаются чаще всего при падении на вытянутую руку, на плечевой сустав. Отмечается выпячивание наружного конца ключицы кверху, внутреннего – кпереди (реже назад). Движение рукой в плечевом суставе вызывает сильную боль.

Первая помощь. Подвесить руку на косынке. Ввести обезболивающее средство.

Повреждения верхних конечностей – вывихи, переломы. Вывихи плеча наблюдаются при падении на вытянутую и отведенную назад руку. Рука пострадавшего отведена в сторону. Попытка опустить ее вызывает резкую боль. Поврежденное плечо удлинено по сравнению со здоровым плечом.

Первая помощь. Обычно пострадавшие сами находят такое положение, при котором уменьшается боль – они поднимают и поддерживают руку здоровой рукой. Не нужно пытаться насильственно опустить руку. При иммобилизации в подмышечную впадину вложить большой ватно-марлевый валик и руку прибинтовать к туловищу. Кисть и предплечье подвесить на косынку. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие

обезболивающие средства.

Перелом не всегда бывает очевидным. К переломам относятся расщепление или трещина в кости, а также ее полный разлом.

Переломы верхнего конца плечевой кости. Причины повреждения – падения на локоть, на область плечевого сустава. Пострадавшие отмечают резкую боль в плечевом суставе. Руку, согнутую в локте и прижатую к туловищу, поддерживают здоровой рукой. Плечевой сустав увеличен в объеме, наблюдается резкая болезненность при прощупывании и осторожных движениях, хруст отломков.

Первая помощь. Руку подвесить на косынку, при сильных болях – фиксировать к туловищу повязкой. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие обезболивающие средства.

Переломы средней трети плеча являются следствием как не прямой травмы (падение на локоть, резкое выкручивание плеча), так и прямой травмы (удар по плечу). Характерны укорочение и деформация плеча, ненормальная подвижность на месте перелома, хруст отломков.

Первая помощь. Произвести иммобилизацию перелома шиной. Шину наложить от здоровой лопатки до основания пальцев. Руку согнуть под прямым углом в локтевом суставе. Ввести 2 мл 50%-ного раствора анальгина или другие обезболивающие средства.

Вывихи предплечья в локтевом суставе. Причины повреждения – падение на кисть руки, автомобильные аварии. Чаще всего наблюдаются задние вывихи, реже – передние и боковые. При заднем вывихе предплечье укорочено и имеется деформация локтевого сустава. Пострадавшие жалуются на сильную боль, движения в суставе резко ограничены и болезненны. При попытке разгибания в суставе определяется пружинистое сопротивление. При переднем вывихе предплечье удлинено в сравнении со здоровой конечностью, в области локтевого отростка определяется впадина.

Первая помощь. Наложить шину на локтевой сустав. Длина шины – от верхней трети плеча до основания пальцев. Руку согнуть в локтевом суставе. Ввести обезболивающее средство.

Переломы костей предплечья. Возможен перелом как обеих костей, так и одной (локтевой или лучевой). Перелом одной кости может сопровождаться вывихом другой. При переломах обеих костей отмечаются деформация предплечья, ненормальная подвижность, боль, хруст отломков.

Первая помощь. Предплечье иммобилизовать шиной, наложив ее от нижней трети плеча до основания пальцев кисти. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Ввести обезболивающее средство.

Переломы костей кисти возникают чаще всего в результате непосредственного удара. Наблюдаются деформация, припухлость, боль, хруст отломков.

Первая помощь. В ладонь вложить туго свернутый ват-, но-марлевый валик или небольшой мяч, фиксировать предплечье и кисть к шине, которая идет от концов пальцев до середины предплечья.

Вывихи, переломы нижних конечностей. Вывихи бедра возникают под действием большой силы при аварии, когда пострадавший находится вне автомобиля, или при падении с высоты. Отмечаются резкая боль в области тазобедренного сустава, его неподвижность, полная невозможность пользоваться конечностью. Колено несколько повернуто внутрь, к здоровой ноге, приведено к ней: реже бывает поворот кнаружи с отведением вывихнутого бедра от здорового бедра. Пострадавший лежит на спине или на здоровом боку.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на носилки на спину. Конечность иммобилизовать путем подкладывания подушек и одежды, не изменив то положение, в котором зафиксирована нога.

Иммобилизация стандартными шинами обычно невозможна. Попытки насильственно выпрямить или повернуть ногу могут привести к перелому шейки бедра. Показано применение обезболивающего средства.

Переломы бедра. Перелом шейки бедра может стать следствием незначительной травмы (падение с высоты роста) у лиц пожилого возраста; у молодых людей он может произойти при наезде автомобиля, падении с высоты. Эти же причины способны вызвать и перелом бедренной кости. У пострадавшего отмечается сильная боль в области тазобедренного сустава, нога повернута наружу, быстро появляется припухлость. Попытка приподнять ногу вызывает сильную боль в месте перелома. Бедро может быть укорочено, наблюдаются ненормальная подвижность, хруст отломков.

Первая помощь. Ввести обезболивающее средство. Наложить шину Дитерихса или, при ее отсутствии, наложить две шины: длинную – от подмышечной впадины до наружной лодыжки и короткую от промежности до внутренней лодыжки. Стопу установить под углом 90°.

Повреждения коленного сустава. Повреждения менисков. Причина повреждения – резкий поворот бедра при фиксировании голени. У пострадавшего нога согнута в колене под углом 120–130°, при попытке согнуть или разогнуть ее ощущается пружинистое сопротивление.

Первая помощь. Пострадавшего уложить на спину, под коленный сустав поместить валик.

Переломы надколенника возникают при падении на коленный сустав. При этом он увеличивается в объеме, отмечается боль, на поверхности определяются ссадины.

Первая помощь. Коленный сустав иммобилизовать шиной, ввести обезболивающее средство.

Вывих голени в коленном суставе возникает в результате приложения большой силы. Типичная ситуация – сдавливание бампером автомобиля, авария, когда пострадавший находился внутри автомобиля. У пострадавшего наблюдаются деформация в коленном суставе, сильная боль.

Первая помощь. Ввести обезболивающее средство. Иммобилизовать коленный сустав шиной.

Переломы голени. Чаще происходит перелом обеих костей голени, реже только одной. Причины повреждения – сильный удар по голени, падение тяжелых предметов на ногу, резкое вращение голени при фиксированной стопе. Отмечаются деформации и укорочение голени, ненормальная подвижность, боль, хруст отломков. Пострадавший самостоятельно поднять ногу не может.

Первая помощь. Наложить шину от верхней трети бедра до конца пальцев стопы. Ввести обезболивающее средство.

Повреждения голеностопного сустава и стопы. Причины повреждения – внезапное подворачивание стопы, падение с высоты на пятки, падение на стопу тяжелых предметов. При повреждениях сустава и стопы отмечаются отек и деформация сустава, резкая болезненность, движения в суставе могут быть ограничены из-за сильной боли.

Первая помощь. Наложить шину от коленного сустава до кончиков пальцев стопы, расположив ее по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы. Ввести обезболивающее средство.

Ожоги (термический, химический) являются следствием воздействия высокой температуры (термические ожоги), крепких кислот и щелочей (химические ожоги), электрического тока, ионизирующего излучения.

Термические ожоги. Различают три степени ожогов: легкую, среднюю и тяжелую. (Некоторые медицинские источники определяют и четвертую, крайнюю степень ожога – обугливание костной ткани.)

Ожог первой степени (поверхностный). Затрагивает лишь верхний слой кожи. Кожа становится покрасневшей и сухой, обычно болезненной. (Наиболее часто встречаются солнечные ожоги при чрезмерном нахождении на солнце без прикрытия.) Такие ожоги обычно заживают в течение 5–6 дней, не оставляя рубцов.

Ожог второй степени. Повреждаются оба слоя кожи – эпидермис и дерма. Кожа становится покрасневшей, покрывается волдырями (желто-водянистыми образованиями), которые могут вскрываться с выделением жидкости. Возрастание болевых ощущений.

Заживление обычно через 3–4 недели, возможно появление рубцов.

Ожог третьей степени. Разрушает оба слоя кожи и ткани – нервы, кровеносные сосуды, жировую, мышечную и костную. Кожа выглядит обуглившейся (черной) или восково-белой (желто-коричневой), происходит отмирание ткани (некроз). Эти ожоги обычно менее болезненные, так как при этом происходит повреждение нервных окончаний кожного покрова. Обширные ожоги из-за потери жидкости приводят к шоковому состоянию. Вероятно проникновение инфекции. На теле остаются грубые рубцы, часто требуется пересадка кожи.

Ожог четвертой степени. Обугливание тканей и находящихся под ними костей. У пострадавших наблюдаются признаки начинающегося или уже имеющегося шока. Опасность – шок, прекращение функционирования органов, ампутация, внесение инфекции.

Примечания

– дети, как правило, переносят ожоги тяжелее, чем взрослые, даже если температура воздействия была не столь высока;

– на ожоговые раны нельзя наносить пудру или мазь (обработка этих ран должна производиться только врачом, когда он составит представление о степени поражения).

Обширные ожоги осложняются ожоговым шоком, во время которого пострадавший мечется от боли, стремится убежать, плохо ориентируется в месте и обстановке. Возбуждение сменяется протрацией, заторможенностью.

Вдыхание горячего воздуха, пара, дыма может вызвать ожог дыхательных путей, отек гортани, нарушение дыхания. Это приводит к гипоксии (нарушению доставки кислорода к тканям организма).

Первая помощь. Не снимая с пострадавшего одежду, разрежьте ее ножом; осторожно обрежьте кругом прилипшие к поверхности ожога куски материи. Наложите повязку на область ожога.

При ограниченном термическом ожоге следует немедленно начать охлаждение места ожога водопроводной водой в течение 10–15 минут. После этого на область ожога наложить чистую, лучше стерильную повязку. Для уменьшения боли применять обезболивающие средства (анальгин, амидопирин и др.). При обширных ожогах, после наложения повязок, напоить пострадавшего горячим чаем. Дать обезболивающее средство и, тепло укутав, срочно доставить его в лечебное учреждение. Если перевозка задерживается или длится долго, то надо дать пострадавшему выпить щелочно-солевую смесь (1 чайная ложка поваренной соли и 1/2 чайной ложки пищевой соды, растворенные в 2 стаканах воды). В первые 6 часов после ожога пострадавший должен получать не менее 2 стаканов раствора в течение часа. Не прокалывайте волдыри, так как целостность кожи защищает от проникновения инфекции. Если волдыри лопнули, обработайте поврежденную поверхность, как в случае раны: промойте водой с мылом и наложите стерильную повязку. Проследите за признаками и симптомами инфицирования. При подозрении на ожог дыхательных путей или легких постоянно наблюдайте за дыханием (при ожоге дыхательные пути могут отекают, вызывая нарушение дыхания у пострадавшего). Снимите с пострадавшего кольца, часы и другие предметы до появления отека. Помните, что при оказании помощи нельзя:

– прикасаться к обожженной области чем-либо, кроме стерильных или чистых перевязочных материалов, использовать вату и снимать одежду с обожженного места;

– отрывать одежду, прилипшую к ожоговому очагу;

– обрабатывать рану при ожогах третьей степени;

– вскрывать ожоговые волдыри;

– использовать жир, спирт или мазь при тяжелых ожогах.

Химические ожоги. При химических ожогах редко возникают пузыри. Углублению и распространению ожога способствует пропитанная кислотой или щелочью одежда.

Первая помощь. Немедленно удалить одежду, пропитанную химикатом. Кожу обильно промыть проточной водой. Ввести обезболивающее средство и направить пострадавшего в лечебное учреждение. Не оставляйте без внимания глаза. При

попадании в глаз химического вещества промойте его в течение 20 минут или до тех пор, пока не придет «Скорая помощь». Поврежденный глаз должен находиться ниже здорового, чтобы избежать попадания химического вещества в другой глаз. Завяжите поврежденный глаз.

Гипотермия (обморожение) заключается в общем переохлаждении тела, когда организм не в состоянии компенсировать потерю тепла.

Обморожение наступает при длительном воздействии холода на какой-либо участок тела. Воздействие холода на весь организм вызывает общее охлаждение. При обморожении на пораженных участках кожа становится холодной, бледно-синюшного цвета, чувствительность отсутствует. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, температура тела меньше $36,5^{\circ}\text{C}$. При воздействии холода на организм происходит сужение кровеносных сосудов, расположенных близко к кожному покрову, и теплая кровь преимущественно согревает внутренние органы. Таким образом уменьшается выход тепла через кожу и поддерживается нормальная температура тела. Если данный механизм не в состоянии поддерживать постоянную температуру тела, у человека начинается озноб, в результате чего за счет мышечной деятельности вырабатывается дополнительное количество тепла. Гипотермия происходит вследствие переохлаждения всего организма при нарушении процесса терморегуляции. При гипотермии температура тела падает ниже 35°C , при этом возникает сердечная аритмия и в конечном итоге происходит остановка сердца. Наступает смерть.

Если у пострадавшего одновременно наблюдаются признаки отморожения и гипотермии, в первую очередь оказывайте помощь как при гипотермии, так как это состояние может привести к смерти, если человека немедленно не согреть. Но даже в этом случае не стоит оставлять без внимания отморожение, которое при тяжелой степени может повлечь ампутацию поврежденной части тела.

Первая помощь. Пострадавшего внести в теплое помещение, снять обувь и перчатки. Обмороженную конечность вначале растереть сухой тканью, затем поместить в таз с теплой ($32\text{--}34,5^{\circ}\text{C}$) водой. В течение 10 мин температуру довести до $40,5^{\circ}\text{C}$. При восстановлении чувствительности и кровообращения конечность вытереть насухо, протереть 33%-ным раствором спирта, наложить асептическую или чистую повязку (можно надеть чистые проглаженные носки или перчатки). При общем охлаждении пострадавшего необходимо тепло укрыть, обложить грелками, напоить горячим чаем.

Тепловой удар – болезненное состояние, обусловленное общим перегреванием организма и возникающее из-за воздействия внешних тепловых факторов. Тепловой удар может начаться в результате пребывания в помещении с высокими температурой и влажностью, при интенсивной физической работе в душных, плохо вентилируемых помещениях. У пострадавшего наблюдаются чувство общей слабости, разбитости, головная боль, головокружение, шум в ушах, сонливость, жажда, тошнота. При осмотре выявляется покраснение кожных покровов. Пульс и дыхание учащены, температура повышена. В тяжелых случаях пострадавший теряет сознание, иногда возникают судороги.

Виды неотложных состояний, вызванных гипертермией (перегревом):

Тепловые судороги. Болезненные сокращения мускулатуры, обычно затрагивающие икроножные мышцы или мышцы живота (вызываются потерей жидкости и минеральных солей в результате интенсивных физических упражнений или работы при высокой и даже умеренной температуре окружающей среды).

Тепловое переутомление. Наиболее распространенное состояние при перегреве, приводящее к обезвоживанию организма, – вызывается физическими упражнениями или работой в жарких условиях. Тепловое переутомление распространено среди атлетов, пожарных, строителей и других категорий людей, которые носят тяжелую спецодежду в жарких влажных условиях. В подобном случае потеря жидкости при потоотделении не восполняется в достаточной степени. Это приводит к снижению объема циркулирующей крови. Приток крови к жизненно важным органам сокращается, поскольку организм

пытается избавиться от излишнего тепла путем увеличения притока крови к кожному покрову.

Тепловой удар. Менее распространенное, но гораздо более опасное неотложное состояние – возникает, если признаки и симптомы теплового переутомления остаются без внимания. Развитие теплового удара происходит, когда организм не в состоянии обеспечить охлаждение тела, постепенно начинает давать сбои в работе. Процесс потоотделения прекращается из-за низкого содержания жидкости в клетках организма. В результате этого нарушается терморегуляция, что приводит к резкому повышению температуры тела. В конце концов, она поднимается до уровня, при котором мозг и другие жизненно важные органы не могут функционировать нормально.

Первая помощь. Пострадавшего срочно вынести в прохладное место, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от одежды, напоить холодной водой, наложить холодный компресс на голову. В более тяжелых случаях показано обертывание простыней, смоченной холодной водой, обливание прохладной водой, лед на голову и паховые области; можно дать понюхать вату, смоченную нашатырным спиртом. При тяжелых нарушениях сердечной и дыхательной деятельности приступить к выполнению искусственного дыхания и непрямому массажу сердца; проводить их до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения или до прибытия медработника.

Синдром сдавливания – один из результатов массовых катастроф: обвалов в шахтах, землетрясений и т.д. Чаще возникает как следствие длительного сдавливания конечности тяжелым предметом. Если конечность не освобождена от сдавливания, то общее состояние пострадавшего может быть удовлетворительным. Боль, которая в начале сдавливания была очень сильной, через несколько часов притупляется. Освобождение конечности (без помощи жгута) вызывает резкое ухудшение состояния, потерю сознания, непроизвольные дефекацию и мочеиспускание. Нога или рука – холодная на ощупь, бледная, с синюшным оттенком, не функционирует, пульс на конечности редкий или отсутствует.

Первая помощь. Перед освобождением конечности наложить жгут выше места сдавливания. После освобождения от сдавливания, не снимая жгута, бинтовать конечности от основания пальцев до жгута и только после этого осторожно снять жгут. Ввести обезболивающее средство. При наличии костных повреждений наложить шины, при ранении – стерильные повязки.

Синдром длительного сдавливания. Опыт работы спасателей и медперсонала в зонах стихийных бедствий и катастроф показывает, что стремление извлечь пострадавшего из-под обломков как можно быстрее не всегда приводит к спасению. Можно представить степень недоумения и отчаяния спасателей, когда человек с придавленными более суток ногами умирал сразу же после освобождения. Многие века трагический абсурд этого явления оставался загадкой. Только в конце прошлого столетия и во время Первой и Второй мировых войн медики пришли к выводу, что в придавленных конечностях при пережатии сосудов интенсивно накапливаются не-доокисленные продукты обмена, распада и разрушения тканей, крайне токсичные для организма. Сразу же после освобождения и восстановления кровообращения в организм поступало колоссальное количество токсинов.

Чем дольше сдавливание, тем сильнее токсический удар и тем скорее наступает смерть. Тяжесть состояния пострадавшего усугубляется еще и тем, что в поврежденную конечность устремляется огромное количество жидкости. При освобождении ноги в нее нагнетается до 2–3 литров плазмы. Конечность резко увеличивается в объеме, теряются контуры мышц, отек приобретает такую степень плотности, что нога становится похожа на деревянную и по твердости, и по звуку, издаваемому при легком постукивании. Очень часто пульс у лодыжек не прощупывается. Малейшие движения причиняют мучительные боли даже без признаков переломов костей.

Необходимо заподозрить синдром сдавливания:

- при сдавливании конечности более 15 минут;
- при появлении отека и исчезновении рельефа мышц ног;

– если не прощупывается пульс у лодыжек.

Причины смерти пострадавших в первые минуты и через несколько суток после освобождения. Переход большого количества плазмы в поврежденные конечности (до 30% объема циркулирующей крови) вызывает не только значительное обезвоживание и снижение артериального давления, но и сверхконцентрацию токсинов. Такой противоток (из организма жидкость устремляется в освобожденную конечность, а токсичные продукты распада и миоглобин из зоны повреждения – в сосудистое русло) способствует резкому угнетению сердечной деятельности, всех органов и систем. Именно это становится причиной смерти в первые минуты после извлечения из-под завалов и обломков. Другое грозное осложнение при синдроме длительного сдавливания – появление в крови свободного миоглобина в результате повреждения мышечных волокон. Чем больше поражено мышечной массы, тем больше миоглобина в крови, тем хуже прогноз. Громоздкие молекулы миоглобина повреждают канальцы почек, что приводит к острой почечной недостаточности. Уже в первые сутки моча приобретает ярко-красный цвет (признак присутствия в моче миоглобина), а в последующие сутки, по мере развития почечной недостаточности, выделение мочи полностью прекращается. Пострадавший погибает от острой почечной недостаточности.

Признаки синдрома сдавливания:

- значительное ухудшение состояния сразу после освобождения;
- появление розовой или красной мочи.

Правила извлечения пострадавшего из-под обломков и завалов. Не следует торопиться сразу устранять препятствие. Сначала необходимо наладить внутривенное введение плазмозамещающих растворов, а при их отсутствии давать обильное питье. Капельное введение 1,5–2 литров жидкости позволит избежать наложения защитных жгутов и сохранить конечности. Применение холода улучшит прогноз. Сразу после извлечения необходимо как можно туже перебинтовать всю конечность (ногу – от пятки до паховой складки, руку – до плечевого пояса) и таким образом создать дополнительный сдерживающий футляр. Это не только уменьшит отек, но и ограничит объем перераспределяемой плазмы.

До освобождения конечностей:

- обильное теплое питье и обезболивание;
- холод ниже места сдавливания (по возможности).

Помощь на месте происшествия оказывается в два этапа. Первый этап может длиться несколько часов и зависит от того, как быстро удастся освободить конечности из-под придавивших их обломков. Невозможность немедленно освободить пострадавшего не должна приводить в отчаяние. Поднять многотонную плиту или бетонный столб под силу лишь специальной технике. Но если уже с первых минут несчастного случая пострадавшие конечности обложить пакетами со льдом или снегом, сделать тугое бинтование (если есть доступ к конечности) и обеспечить человека обильным теплым питьем, то есть все основания рассчитывать на благоприятный исход. Наложение защитных жгутов здесь необязательно. Оказание помощи на этом этапе может растянуться на несколько часов. Профессиональные спасательные команды, работающие в зонах землетрясений и катастроф, обязательно имеют в своем составе специально обученных людей, смысл действий которых заключается в одном – как можно скорее добраться до руки придавленного развалинами человека и наладить внутривенное введение плазмозамещающей жидкости. А их товарищи, идущие следом со специальной техникой, очень осторожно, без суеты, извлекают пострадавшего из-под руин. Такая тактика позволила спасти многие тысячи жизней.

Второй этап – оказание помощи после освобождения – необходимо предельно сократить. Тугое бинтование, наложение транспортных шин и введение кровезамещающих жидкостей, быстрая доставка пострадавшего в реанимационный центр, где обязательно должен быть аппарат «искусственная почка», дают основание рассчитывать на благоприятный исход.

Утопление – заполнение дыхательных путей жидкостью или жидкими массами.

Признаками утопления являются выделение пены изо рта, остановка дыхания и сердечной деятельности, посинение кожных покровов, расширение зрачков.

Первая помощь. Очистить полость рта: уложив пострадавшего животом на бедро спасателя так, чтобы голова пострадавшего свисала к земле, энергично нажимая на грудь и спину, удалить воду из желудка и легких. После этого сразу приступают к проведению искусственного дыхания. Способ с использованием ремней, лямок, полотенец и т.п. По счету «раз-два» приподнимают пострадавшего – происходит вдох; по счету «три-четыре» опускают его на землю; по счету «пять-шесть» – пауза, происходит выдох. Для восстановления сердечной деятельности одновременно с искусственным дыханием необходим непрямой массаж сердца. Через каждые 5–6 нажатий на область сердца вдувают воздух через рот или нос пострадавшего. Так делают до полного восстановления дыхания и сердцебиения. После нормализации дыхания и сердечной деятельности пострадавшего следует согреть, укрыть и доставить на медицинский пункт.

Электротравма – повреждение организма электрическим током. Электротравмы бывают местными (ожоги) и общими. Местная электротравма является следствием воздействия на часть тела тока в результате короткого замыкания. Общая электротравма возникает при прямом действии электрического тока, с момента прохождения его через организм.

При общем поражении характерны судорожное сокращение мышц, угнетение сердечной деятельности, нарушение дыхания.

Поражение молнией, наряду с перечисленными признаками общей электротравмы, вызывает снижение слуха, ухудшение речи, появление на коже пятен темно-синего цвета.

Первая помощь. Немедленно освободить пострадавшего от действия тока: выключить рубильник, отбросить электропровод, перерубить его. При проведении первичного осмотра внимательно наблюдайте за признаками нарушения дыхания или внезапной остановки сердца. Приступить к проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Во время вторичного осмотра не забудьте осмотреть выходную рану: всегда ищите два ожога. Наложите стерильную повязку на место ожога. Отправьте пострадавшего в лечебное учреждение.

ГЛАВА 2 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: МОДЕЛИ И ДИАГНОСТИКА

Чрезвычайные (экстремальные) ситуации характеризуются, прежде всего, сверхсильным воздействием на психику человека, что вызывает у него травматический стресс. Психологические последствия травматического стресса в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой для жизни или здоровья.

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Конечно, их наличие может способствовать развитию, отражаться в течении или клинической картине ПТСР, однако последнее может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Следует подчеркнуть, что, во-первых, ПТСР – это одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса и, во-вторых, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 20% лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). Люди, страдающие ПТСР, могут обращаться к врачам различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями. В психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т. д.) безусловно, учитывается, хотя общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности. Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни (Тарабрина, 2001).

Согласно клинической типологии и классификации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)» в эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экстремальнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) (Horowitz et al., 1980). Среди невротических и патохарактеро-логических синдромов выделены характерные для ПТСР состояния: «солдатское сердце» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флэшбэк-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), проявления «комбатантной» психопатии (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беспорядочность сексуальных связей при замкнутости и подозрительности), синдром прогрессирующей астении (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции). Эти состояния обладают определенной динамикой, в

частности – посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

В настоящее время термин ПТСР все чаще используется применительно к последствиям катастроф мирного времени, таких, как природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы; пожары; террористические действия; присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения; несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях; сексуальное насилие; манифестирование угрожающих жизни заболеваний; семейные драмы.

Средние показатели частоты ПТСР в условиях военного времени (15–30%) не совпадают с общими данными о распространенности ПТСР после тяжелого стресса в мирное время (0,5– 1,2%), но для некоторых групп оказываются вполне сравнимы: высокие показатели распространенности ПТСР отмечаются у жертв преступлений (15–50%) (Андрющенко, 2000).

2.1 СТРЕСС, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса, и до настоящего времени эти две области имеют мало общего. Центральными положениями в концепции *стресса*, предложенной в 1936 г. Гансом Селье (Селье, 1991), является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Все воздействия на организм он подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде общего адаптационного синдрома. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии: 1) реакцию тревоги; 2) стадию резистентности; и 3) стадию истощения. Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо и ведет к старению и гибели организма.

Психические проявления общего адаптационного синдрома обозначаются как «эмоциональный стресс» – т. е. аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Поскольку эмоции вовлекаются в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, то именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин, 1973, Судаков, 1981). В результате активируются функциональные вегетативные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. Согласно современным представлениям эмоциональный стресс можно определить как феномен, возникающий при сравнении требований, предъявляемых к личности, с ее способностью справиться с этим требованием. В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией (копинг-стратегии) возникает напряженное состояние, которое вкупе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомео-стаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная, то есть познавательная, и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений.

При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств (Исаев, 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает, а наоборот, постоянно активизирует центральные образования нервной вегетативной системы, а через них

расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы (Тарабрина, 2001).

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

Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Были выделены следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс (Ромек и др., 2004):

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

Травматический стресс – это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу Я.

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

Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
2. Отрицание произошедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

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

бессилия и самобичеванием. Характерный пример – описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередко доходящее до уровня глубокой депрессии.

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

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно⁴ переживших стресс, но и у членов их семей.

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

2.2 ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Хотя современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложились окончательно к 1980 году, однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий.

Расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы (в отличие от «обычных» психогенных состояний), описывались и диагностировались и раньше. Так, еще в 1867 г. J. E. Erichsen опубликовал работу «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», в которой описал психические расстройства у лиц, переживших аварии на железной дороге. В 1888 г. Н. Orpenheim ввел в практику широко известный диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР (Смулевич, Рот-штейн, 1983).

Особого внимания заслуживают работы швейцарского исследователя E. Stierlin (1909, 1911), которые, по мнению П. В. Каменченко, стали основой всей современной психиатрии катастроф. Большой вклад в нее внесли и ранние отечественные исследования, в частности изучение последствий крымского землетрясения в 1927 г. (Брусиловский и др., 1928).

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов (Краснянский, Морозов, 1995). Так, важные исследования появились в связи с Первой мировой войной (1914–1918). E. Kraepelin (1916), характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства. Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919» определил различия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

После Второй мировой войны (1939–1945) над этой проблемой активно работали и русские психиатры: В. Е. Галенко (1946), Э. М. Залкинд (1946, 1947), М. В. Соловьева

(1946) и др.

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований А. Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям (Kardiner, 1941).

Подобные типы расстройств наблюдали у узников концентрационных лагерей и военнопленных (Etinger, Strom, 1973).

Новый интерес к этой проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, постигшими нашу страну в последние десятилетия. Особенно тяжелыми по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. К концу 70-х годов они накопили значительный материал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны. Сходная симптоматика обнаруживалась и у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. Горовиц (Horowitz, 1980) предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав его «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. Горовицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-Ш и DSM-III-R), а позже (практически без изменений) – для МКБ-10 (Смулевич, Ротштейн, 1983).

Исследования ПТСР-синдрома в 1980-х гг. стали еще более широкими. В целях развития и уточнения различных аспектов ПТСР в США были выполнены многочисленные исследования. Среди них выделяются работы Эгендорфа с соавторами (Egendorf et al., 1981) и Боуландера с соавторами (Boulander et al., 1986). Первая из них посвящена сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их невоювавших ровесников, а вторая – изучению особенностей отсроченной реакции на стресс у того же контингента. Результаты этих исследований не утратили своей важности до сих пор. Основные итоги международных исследований были обобщены в коллективной двухтомной монографии «Травма и ее след» (Figley, 1986), где наряду с особенностями развития ПТСР военной этиологии приводятся и результаты изучения последствий стресса у жертв геноцида, других трагических событий или насилия над личностью.

В 1988 г. были также опубликованы данные общенациональных ретестовых исследований различных аспектов послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны (Kulka et al., 1990). Эти работы позволили уточнить многие вопросы, связанные с природой и диагностикой ПТСР.

Начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и индустриальных катастроф, можно отнести к 50–60-м гг. прошедшего века. Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие ПТСР, намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Можно привести данные двух специально организованных исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения (Green, 1990; Green et al., 1983; Modi, 1985).

2.3 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПТСР

Как уже упоминалось, после анализа многочисленных наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) было включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией). В 1994 г. в США введена новая, четвертая редакция – DSM-IV (DSM-IV, 1994). До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию (МКБ-10, 1995).

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

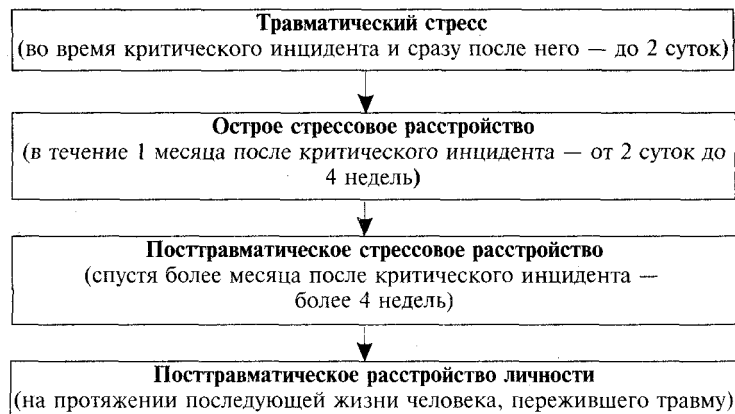
ПТСР представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность. Это, в первую очередь, ситуации, когда человек сам пережил угрозу собственной жизни, смерть или ранение другого человека. Предполагается, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет – в этом особая коварность посттравматического стрессового расстройства. Описаны случаи, когда у ветеранов Второй мировой войны симптомы ПТСР проявились спустя сорок лет после окончания военных действий (Ромек и др., 2004).

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

1. Острое, развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента);
2. Хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;
3. Отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травматизации.

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

Схематически взаимосвязь различных по времени возникновения, продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений представлена на следующей схеме (Ромек и др., 2004):



Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стресс-сороного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

Г. Любое из двух:

Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднения засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышения уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

За редкими исключениями, соответствие критериям б, в и г наступает в пределах шести месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

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

Критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV:

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной).

2. Реакция индивида включает интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Примечание: у детей реакция может замещаться ажити-рующим или дезорганизованным поведением.

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов.

1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы.

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых недоступно.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – флэшбэк-эффекты, в том числе те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

Примечание: у детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение.

4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «оцепенение» (numbing) – блокировка эмоциональных реакций, (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей.

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.

5. Чувство отстраненности или отдаленности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, рождения детей, жизни на долгие годы).

D. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию по крайней мере двух из нижеперечисленных симптомов.

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания.

4. Повышенный уровень настороженности, сверхбдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.

5. Гипертрофированная реакция испуга.

E. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях B, C и D) более чем 1 месяц.

F. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Острая реакция на стресс, которая первоначально рассматривалась в рамках развития ПТСР, затем была выделена в самостоятельный диагноз под рубрикой тревожных расстройств (Thomb, 2001). Еще со времен Гражданской войны в Америке считалось, что те, кто страдал острой или хронической формой того, что напоминало симптомы ПТСР, должны были во время получения травмы перенести заметный для постороннего глаза шок. Обычно солдаты, столкнувшиеся во время военных действий с острой травмирующей ситуацией, на время теряли способность функционировать: они демонстрировали либо уход в себя, либо сильное возбуждение, плохо понимали происходящее, теряли ориентацию, переживали патологический страх, проявляли беспокойство и очевидные признаки симпатической гиперактивности. Нередко их поведение ставило под угрозу их собственную безопасность или безопасность их подразделения. Подобное поведение, недавно получившее название боевой стрессовой реакции, настолько заметно, что имеющие достаточный опыт командиры обычно распознают его и отстраняют пострадавшего от участия в боевых действиях. Считается, что схожие реакции могут развиваться в ответ и на другие травмы, вызывающие ПТСР.

В DSM-IV боевая стрессовая реакция, выступающая там под названием острой реакции на стресс, диагностируется на основе набора симптомов, которые описаны в литературе, посвященной острым реакциям на травму. Поэтому неудивительно, что то, что называется острой реакцией на стресс, может выступать в разных формах, поскольку опирается на до сих пор еще не вполне определенные критерии.

Связь, которая намеренно устанавливает DSM-IV между острой реакцией на стресс и ПТСР, иллюстрируется, во-первых, общим для обоих расстройств определением стрессора. Кроме того, при остром расстройстве продолжительностью от не менее двух дней – но не более четырех недель в течение месяца после травмы должны присутствовать некоторые типичные для ПТСР симптомы, как то: повторное переживание травматического события, избегание стимулов, имеющих какую-то связь с травмой, повышенная психологическая возбудимость и нарушение обычного функционирования пациента. Короче говоря, в течение первого месяца после травмы острое стрессовое расстройство может ничем не отличаться от ПТСР, которое будет проявляться через месяц после нее. Исключение составляет критерий Б, который предполагает, что во время травмы или сразу после нее у пациента наблюдаются яркие диссоциативные симптомы. По-видимому, именно эта реакция деперсонализации, состояние «оглушенности», отчуждения от окружающих условий или амнезия и отличает острую реакцию на травму от состояния, которое наблюдается позже при ПТСР.

Диагностические критерии острой реакции на стресс по DSM-IV:

А. Лица, пережившие травматическое событие, характеризующееся наличием обоих приводимых признаков:

Лица, которые пережили, были свидетелями или сталкивались с событием или событиями, представляющими реальную опасность или угрожающими смертью либо серьезными повреждениями или угрозой физической целостности – своей или других.

Личностные реакции в виде страха, беспомощности, ужаса.

Б. Либо во время, либо непосредственно после переживания травмирующего события у человека возникает, по крайней мере, три диссоциативных симптома:

- субъективное переживание оцепенения, отчужденности или отсутствия эмоциональной реакции;
- сужение поля сознания окружающей ситуации (состояние «оглушенности»);
- дереализация;
- деперсонализация;
- диссоциативная амнезия, например, неспособность вспомнить важный момент травмы.

В. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих путей: повторяющиеся и захватывающие дистрессовые образы, мысли, флэшбэки или ощущения повторного переживания событий; или же расстройство проявляется при столкновении с чем-то, напоминающим о травмирующем событии.

Г. Стремление избегать стимулов, ассоциирующихся с травмой (мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест и людей).

Д. Очевидные симптомы тревоги или повышенной возбудимости (например, раздражительность, трудности концентрации, трудности засыпания и сохранения сна, преувеличенные реакции испуга, моторное возбуждение).

Е. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс и нарушения в социальной, профессиональной и любой другой важной сфере функционирования, или же пациент не может выполнять важные задачи (не в состоянии обратиться за необходимой медицинской или юридической помощью, не может мобилизовать необходимые ресурсы).

Ж. Симптомы длятся минимум два дня и максимум четыре недели и проявляются в течение четырех недель после травмирующего события.

З. Симптомы не являются непосредственным результатом приема химических веществ (химической зависимости или медикаментозного лечения) или общего физического состояния и не вызваны обострением нарушений, принадлежащих к оси I и

оси II данной классификации.

Диагностика хронического изменения личности после переживания экстремальной ситуации в МКБ-10 предусматривает соответствие состояния следующим критериям (Попов, Вид, 2000):

1) анамнестические сведения о появлении выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и отношении индивидуума к себе и окружающим после перенесенной им экстремальной ситуации;

2) изменения личности носят выраженный характер, сопровождаясь ригидным и неадекватным поведением, проявляющимся по меньшей мере в двух из следующих симптомов: а) стойкое враждебное или недоверчивое отношение к окружающему при отсутствии такой установки до попадания в экстремальную ситуацию; б) социальная изоляция (избегание контакта с людьми, кроме немногих живущих вместе родных), не обусловленная каким-то психическим, в т. ч. аффективным расстройством; в) стойкое чувство внутренней пустоты и/или безнадежности (не ограничивающееся очерченным эпизодом аффективного расстройства и отсутствовавшее до экстремальной ситуации), которое может быть вызвано повышенной зависимостью от других, неспособностью выразить отрицательные или агрессивные эмоции и стойким депрессивным аффектом без указания на наличие депрессивного расстройства перед экстремальной ситуацией; г) стойкое ощущение нервозности или беспричинной угрозы, проявляющееся в повышенной бдительности и раздражительности при отсутствии прежде таких черт; состояние хронического внутреннего напряжения и чувства угрозы может сочетаться со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами; д) стойкое чувство собственной измененности или инакости в сравнении с другими людьми (отчуждение), это чувство может сочетаться с ощущением эмоциональной оглушенности;

3) изменения личности имеют следствием отчетливое снижение социального функционирования или субъективное страдание и отрицательное воздействие на близких;

4) изменения личности выступают после экстремальной ситуации, в анамнезе отсутствуют данные о нарушениях развития, психопатических чертах или акцентуациях в детском, подростковом и взрослом периоде, которые могли бы объяснить актуальное состояние;

5) изменения личности существуют в продолжении не менее двух лет, они не связаны с эпизодами других психических заболеваний (за исключением посттравматического стрессового расстройства) и не могут быть объяснены органическим поражением мозга.

Данному хроническому состоянию может предшествовать посттравматическое стрессовое расстройство, их симптомы могут перекрывать друг друга, представляя собой переход посттравматического стрессового расстройства в хроническую форму. В этом случае диагноз хронического изменения личности может быть выставлен лишь при соответствии состояния приведенным выше критериям в течение не менее двух лет после существования посттравматического стрессового расстройства не меньшей длительности.

Как уже говорилось, более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (например, изнасилование), чем на природную катастрофу (например, наводнение).

Выделяют несколько типов ПТСР (Волошин, 2001).

Тревожный тип ПТСР характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непроизвольных, с оттенком навязчивости, представлений, отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными

сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправы с самими пациентами). Больные часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Больные самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

Астенический тип ПТСР отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен, появляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз произвольно представляются эпизоды психотравмирующей ситуации. Однако, в отличие от тревожного типа, в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

Дисфорический тип ПТСР характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих обуревающую их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим произвольно представляются сценарии неподобающего характера эпизоды психотравмирующих ситуаций. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типичны избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.

Соматоформный тип ПТСР характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%), эти расстройства сочетаются с психовегетативными пароксизмами. Классические симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отставленный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены флэшбэк встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на неприятных телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психо-травмирующей ситуации.

При диагностике ПТСР первостепенную роль играет выявление травматического события.

Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия.

Они могут принимать форму необычных обстоятельств или ряда событий, которые

подвергают индивида экстремальному, интенсивному, чрезвычайно воздействию угрозы для жизни или здоровья как самого индивида, так и его значимых близких, и коренным образом нарушают чувство безопасности. Эти ситуации могут быть либо непродолжительными, но чрезвычайно мощными по силе воздействия (продолжительность этих событий от нескольких минут до нескольких часов), либо длительными или регулярно повторяющимися.

ТИПЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие.

Примеры: сексуальное насилие, естественные катастрофы, ДТП, снайперская стрельба.

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.

2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.

3. Неожиданное, внезапное событие.

4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.

5. Такое событие с большой степенью вероятности приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР: к навязчивой мыслительной деятельности, связанной с событием, к симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.

6. При таком событии с большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.

7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие.

Примеры: повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия. -

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.

2. Более вероятно, что ситуация носит умышленный характер.

3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.

4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.

5. Для воспоминания о такого рода событии характерна неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.

6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение Я-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.

7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.

8. Диссоциация, отрицание, «онемение», отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытка защититься от непереносимых переживаний.

9. Такая ситуация приводит к так называемому комплексному ПТСР, или расстройству, обусловленному воздействием экстремального стрессора.

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности^ повторяемости и умышленности (т.е. травма намеренно нанесена другими людьми), от физического ущерба, который он наносит жертве или ее близким, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем Я, физически или психологически унижает достоинство или наносит ущерб сообществу, к которому принадлежит жертва, или его системе поддержки. Тем не менее ни один из стрессоров не способен вызывать ПТСР у всех людей поголовно, и наоборот, некоторые, на первый взгляд – умеренно

травматичные события (вроде потери работы, несчастного случая, болезни или развода) иногда могут привести к развитию ПТСР. В настоящее время, например, неизвестно, как определить травмирующую способность небольшого стрессора, если он длится в течение нескольких недель, и оценить, будет ли она иной, если его воздействие продолжается в течение нескольких месяцев или лет. Точно так же восприятие травматичности события очень индивидуально и подчас целиком зависит от какой-то мелкой подробности, к которой данный человек имеет идиосинкразию. В настоящее время единственным бесспорным выводом, к которому приходят все исследователи в этой области, является то, что в некоторых случаях для развития симптомов ПТСР индивидуальное восприятие стрессора как травмирующего фактора не менее важно, чем его «объективная» стрессогенность.

Не менее существенное значение для развития и течения ПТСР имеют и посттравматические факторы, но в настоящее время эта область исследована гораздо меньше. В некоторых случаях то, что происходит с человеком после травмы, воздействует на него даже сильнее, чем сама травма. Можно выделить факторы, которые способствуют профилактике развития ПТСР и смягчают его течение, к таковым относятся: немедленно начатая терапия, дающая возможность активно делиться своими переживаниями; ранняя и долгосрочная социальная поддержка; восстановление чувства принадлежности к обществу (если оно было потеряно) и безопасности; участие в терапевтической работе с подобными жертвами травмы; отсутствие повторной травматизации; избегание деятельности, которая прерывает или нарушает ход терапии (например, длительное участие в правовых действиях, которые подспудно поощряют роль больного/ жертвы и снижают значимость терапии).

2.4 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПТСР

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Существует несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

Психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели относятся к психологическим моделям. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни. Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления посттравматического стресса (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и успешностью последующей адаптации. Было установлено, что наиболее эффективными являются две стратегии: 1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы; 2) осознание носителем травматического опыта значения травматического события.

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

Согласно психодинамическому подходу травма приводит к нарушению процесса символизации. Фрейд рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера. Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого

субъекта. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В современной классической психодинамической модели в качестве следствий трав-матизации рассматриваются: регресс к оральной стадии развития, смещение либидо с объекта на Я, ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация Я, идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я», деструктивные изменения Я-идеала. Считается, что травма – это триггерный механизм, актуализирующий детские конфликты (Калмыкова, Падун, 2002).

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

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР – когнитивная оценка и переоценка травмирующего опыта – отражен в когнитивных психотерапевтических моделях. Авторы этого направления считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы, страдающей ПТСР, приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом – восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР (Калмыкова, Падун, 2002).

В рамках когнитивной модели травматические события – это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологическая реакция на стресс – неадаптивный ответ на обесценивание этих базовых представлений.

Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию. В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. Хотя коллапс Я-теории – это неадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Неадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнев, уход, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина неадаптивного преодоления травмы лежит в негибкости, некор-регулируемости когнитивных схем. Данная модель с наибольшей полнотой объясняет этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

В рамках психофизиологической модели ответ на травму – результат длительных физиологических изменений. Варибельность ответов на травму обусловлена темпераментом. Согласно современным данным (Kolb, 1984; Van der Kolk, 1991, 1996), при стрессовом воздействии возрастает оборот норэпинефрина, что приводит к росту уровня плазматического катехоламина, к снижению в головном мозге уровня норадреналина, допамина, серотонина, к росту уровня ацетил-холлина, возникновению болеутоляющего эффекта, опосредованного эндогенными опиоидами. Снижение уровня норадреналина и падение уровня допамина в мозге коррелируют с состоянием психического оцепенения. Это состояние, по мнению многих авторов (Lifton, 1973; 1978; Horowitz, 1972; 1986; Green, Lindy, 1992), является центральным в синдроме ответа на стресс. Болеутоляющий эффект, опосредованный эндогенными опиоидами, может приводить к возникновению опиоидной зависимости и поискам ситуаций, похожих на травмирующую. Снижение серотонина ингибирует работу системы, подавляющей

продолжение поведения, что приводит к генерализации условной реакции на связанные с первоначальным стрессором стимулы. Подавление функционирования гиппокампа может являться причиной амнезии на специфический травматический опыт (van der Kolk et al., 1996). Недостаток этих моделей в том, что большинство исследований было проведено на животных или в лабораторных условиях. Они также не учитывают зависимости психофизиологического ответа от когнитивного опосредования, которое было показано еще в опытах Лазаруса.

Информационная модель, разработанная Горовицем (Horowitz, 1998), является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Стресс – это масса внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перегрузка. Необработанная* информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. Подчиняясь принципу избегания боли, человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но, в соответствии с тенденцией к завершению, временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, так же как и психологический, включен в эту динамику. Феномен реагирования такого рода – это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида.

Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего не позволяет учитывать индивидуальные различия при травматических расстройствах.

Наконец, значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих для успешного преодоления ПТСР, отражено в моделях, получивших название психосоциальных.

Согласно психосоциальному подходу, модель реагирования на травму является многофакторной, и необходимо учесть вес каждого фактора в развитии реакции на стресс. В основе ее лежит модель Горовица, но авторы и сторонники модели (Green, 1990; Wilson, 1993) подчеркивают также необходимость учитывать факторы окружающей среды: факторы социальной поддержки, стигматизации, демографический фактор, культурные особенности, дополнительные стрессы.

Эта модель обладает недостатками информационной модели, но введение факторов окружающей среды позволяет выявить индивидуальные различия.

Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом последний фактор является самым значимым.

Выделены следующие стрессогенные ситуации, связанные с социальным окружением: человек с опытом войны не нужен обществу; война и ее участники непопулярны; между теми, кто был на войне, и теми, кто не был, отсутствует взаимопонимание; общество формирует комплекс вины у ветеранов. Столкновение с этими, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводило к ухудшению состояния ветеранов войн (например, вьетнамской или в Афганистане). Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае, когда поддержка и понимание окружающих отсутствуют.

До недавнего времени в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения ПТСР, выступала «двухфакторная теория». В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР (по И. П. Павлову). Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве

интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями. Они как бы «пробуждают» первичную травму и вызывают соответствующую эмоциональную реакцию (страх, гнев) по условно-рефлекторному типу (Тарабрина, 2001). Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома. Согласно этой концепции, если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет все время стремиться к избеганию такого воздействия, что, собственно, и лежит в основе психодинамических моделей ПТСР.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно понять природу ряда присущих только ПТСР симптомов, таких, как «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием». Это симптомы навязчивых воспоминаний о пережитом, сны и ночные кошмары на тему травмы и, наконец, флэшбэк-эффект. В этом случае практически невозможно установить, какие именно «условные» стимулы провоцируют проявление этих симптомов, настолько слабой оказывается их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Для объяснения подобных проявлений ПТСР была предложена теория патологических ассоциативных эмоциональных сетей (Pitman, 1988). Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний, – «сеть» – включает три компонента:

- информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления;
- информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции;
- информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе же посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур. Было установлено, что включение в схему элемента воспроизведения травмирующей ситуации в воображении ведет к значимым различиям между здоровыми и страдающими ПТСР ветеранами вьетнамской войны. У последних наблюдалась интенсивная эмоциональная реакция в процессе переживания в воображении элементов своего боевого опыта, а у здоровых испытуемых такой реакции не отмечалось.

Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития флэшбэк-феномена, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары, и в этом случае поддавались объяснению с трудом. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах соответствующего уровня.

Для ответа на вопрос, почему лишь у части людей, подвергшихся травматизации, проявляются психологические симптомы посттравматического стресса, предлагается также этиологическая мультифакторная концепция, в которой делается попытка объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие – нет (Maercker, 1998). В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

1. Факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;
2. Защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; так, показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);

3. Факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

2.5 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, и т. п. В 90-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствовали 1–2%, то в недавних исследованиях, опубликованных в США, – 7,8%, причем имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5,0% для мужчин).

Подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги; депрессия; склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркотическая зависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы. Данные свидетельствуют о том, что у 50–100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у пациентов с ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

Обследование населения обнаружило, что процент распространенности ПТСР колеблется в диапазоне от 1% до 14% с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции. Обследование индивидов из группы риска (например, ветеранов вьетнамской войны, людей, пострадавших от извержений вулкана или насилия) дало очевидное повышение норм распространенности диагноза от 3% до 58%. Интенсивность психотравмирующей ситуации является фактором риска возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматическому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами; хронический стресс. Необходимо отметить, что довольно часто индивиды с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций окружающих, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются перенесшие травму. Негативные реакции проявляются: в отрицании самого факта травмы, в отрицании связи между травмой и страданиями, в негативном отношении к жертве и ее обвинении, в отказе оказать помощь (Тарабрина, 2001).

В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира и стрессоров обыденной жизни.

2.6 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ

Когда говорится о том, что человек страдает ПТСР, прежде всего имеется в виду то, что он пережил травмирующее событие, то есть с ним произошло что-то ужасное, и у него есть некоторые из специфических симптомов. Но это событие – лишь часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе. Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией на пережитые им события, которая в каждом случае индивидуальна. Помимо тяжести стрессорного фактора, важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют особенности преморбиды (незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции), склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматофилии (фиксация на травматическом опыте). Установлена значимая корреляция

между конфликтными отношениями с родителями на 3-м году жизни и последующими нарушениями адаптации. Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка выносливости к стрессу. Концепция «достаточно хорошей матери» исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к адекватно распознанным нуждам ребенка создают наиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты (Назарова, 2002).

К другим важным факторам риска ПТСР относятся такие личностные особенности человека, как акцентуация характера, социопатическое расстройство, низкий уровень интеллектуального развития, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Если человек склонен к экстернизации стресса, то он менее подвержен ПТСР. Генетическая предрасположенность (наличие в анамнезе психических расстройств) может увеличивать риск развития ПТСР после травмы; на это также влияет предшествующий травматический опыт (например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом или разводом родителей). Важен возрастной фактор: преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Риск ПТСР возрастает также в случаях изоляции человека на период переживания травмы, утраты семьи и близкого окружения. Велика роль своевременно оказанной помощи, реакции членов семьи, которые могут поощрять некоторые болезненные проявления.

В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозных ценностей и идеологии. Предрасполагающим фактором может оказаться физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи.

Биологические и психологические проявления, характерные для острой реакции на стресс, без сомнения, являются одним из самых очевидных критериев того, что данное событие воспринимается жертвой как травматичное. И хотя для диагноза ПТСР вовсе не обязательно наличие в анамнезе острой реакции на стресс, ее присутствие во время или сразу после травмы говорит о повышенном риске развития симптомов ПТСР в будущем. Если сразу после стресса человек переживает выраженное симпатическое возбуждение, с учащенным пульсом, повышением кровяного давления, чувством тревоги или паники, это неблагоприятный прогностический признак. В тех случаях, когда симпатическая нагрузка достаточно велика, центральная нервная система может выдать соответствующую гиперреакцию даже на одноразовый стрессор. Точно так же наличие диссоциации, считающейся своего рода защитной реакцией на травму, говорит о том, что жертва переживает данное событие как серьезный стресс. Поэтому если какое-то событие «потрясло» человека настолько, что он находится в состоянии «оцепенения» или диссоциативной отстраненности, возможность последующего развития ПТСР увеличивается.

Можно выделить еще ряд условий, влияющих на развитие **ПТСР**:

1. Насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая;
2. Насколько объективно реальна была угроза для жизни;
3. насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он мог физически не пострадать, но видеть последствия катастрофы, трупы жертв);
4. Насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Когда родители очень болезненно воспринимают происшедшее и реагируют паникой, ребенок также не будет чувствовать себя в безопасности.

В зарубежных исследованиях, изучающих взаимосвязь характеристик личности, стресса и заболеваний, большое внимание уделяют таким психологическим свойствам, как локус контроля, психологическая выносливость (устойчивость) и самооценка.

Локус контроля определяет, насколько эффективно человек может влиять на окружающую обстановку или владеть ею. Традиционно локус контроля располагается в

континууме между двумя крайними точками: внешним (external) и внутренним (internal) локусах контроля (Rotte, 1966, 1972). Экс-терналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Ин-тернал, наоборот, чувствует, что только некоторые события находятся вне сферы человеческих влияний. Даже катастрофические события могут быть предотвращены хорошо продуманными действиями человека. Интерналы располагают более эффективно работающей когнитивной системой. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, что позволяет им влиять на значимые для них события. Кроме того, интерналы имеют выраженную тенденцию разрабатывать специфические и конкретные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, чувство контроля над собой и окружением позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.

В обзоре Averill (1973) подчеркиваются три основных типа контроля. Это поведенческий контроль, который затрагивает некоторое направление действий; когнитивный контроль, который, в первую очередь, отражает интерпретацию событий личностью; контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия.

В целом, существует достаточно много теорий, объясняющих личную предрасположенность к возникновению травматического стресса. Дж. Ялом (Ялом, 1999) предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения понятий смерти, свободы, изоляции и бессмысленности. Выделяют также пятую составляющую – неопределенность как следствие вероятностного характера всего происходящего (Смирнов, 2002). Неопределенность является одним из наиболее тягостных переживаний. Значительная часть интеллектуальной деятельности человека, связанная с формированием представления о мире и о себе, направлена именно на преодоление этой неопределенности, поиск закономерностей, при этом типично отметить возможность маловероятных или просто нежелательных событий.

Понятие смерти. Впервые страх смерти возникает у трехлетнего ребенка: ему стало страшно засыпать, он часто спрашивает у родителей, не умрут ли они и т. д. В дальнейшем ребенок создает психологические защиты, выступающие в виде базовых иллюзий. Их три: иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости и иллюзия простоты устройства мира. Эти иллюзии очень устойчивы и часто встречаются не только у детей, но и у взрослых.

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

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

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

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

вины. У людей, переживших психологическую травму, это чувство возникает в трех видах.

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

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

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

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

Одиночество, переживаемое пострадавшими, – это не только психологическая реальность, но и социальная. Существует миф о том, что жертва вызывает прежде всего сочувствие. Однако часто жертва вызывает агрессию. Люди начинают сторониться пострадавшего, как бы боясь заразиться от него несчастьем.

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

Другой концепцией, объясняющей специфику переживания травматического стресса, является теория Дж. Келли. По мнению Келли, процесс мышления человека протекает на основании формирования полярных утверждений, конструкторов (Kelly, 1955, 1963). Вот некоторые из них: 1) смертность – бессмертие; 2) закономерность – случайность; 3) зависимость – независимость; 5) чувство общности с другими – одиночество; 6) осмысленность – бессмысленность; 7) безопасность – угроза; 8) беспомощность – всемогущество; 9) полноценность – ущербность. Стремление избежать неопределенности приводит к выбору по принципу «или – или», а стремление компенсировать тревогу, вызванную базисным конфликтом, и «принцип удовольствия» определяют выбор той или иной полярности. Практика показывает, что человек зачастую считает себя в какой-то мере скорее бессмертным, чем смертным, предпочитает верить в закономерность и осмысленность происходящего, старается сделать картину мира более безопасной, определенной, ведет себя так, как если бы он был всемогущим или верил во всемогущество того, что (или кто) определяет наше существование (общество, родители, бог и т.п.).

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

Важную составляющую травмы, помимо самого события, представляет собой

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

В остром периоде травма влечет за собой крах системы ценностей, убеждений, представлений о мире и о себе (идентичности), что при отсутствии компенсации может привести к суициду. Стремление компенсировать эту катастрофу реализуется в виде: 1) попытки сохранить прежнюю систему ценностей и убеждений; 2) пересмотра и создания новой, более гибкой и жизнеспособной системы. Симптомы ПТСР: вторжение травмы (воспоминания, сновидения, другие формы повторного переживания) и избегание, в этом плане, представляют собой отражение этих тенденций. Прежде всего: как, с одной стороны, попытка проработки случившегося для включения этого опыта в систему мира данного человека, и с другой стороны, как отрицание – исключение события из этой системы. Аналогичным образом, в динамике процесса переработки травмы можно выделить следующие этапы: 1) отрицание; 2) переосмысление; 3) принятие.

Полное или частичное отрицание является первой реакцией на травмирующее событие. Отрицание может быть промежуточным этапом, если в дальнейшем у человека хватает сил, чтобы переработать произошедшее, либо может стать окончательным исходом, предохраняющим систему убеждений от пересмотра. Примером крайней формы отрицания является полная психогенная амнезия. Однако чаще встречаются варианты с частичной амнезией события или с отрицанием некоторых выводов, проистекающих из события. Например, отрицание собственной роли в событии приводит к обвинению других людей или сил, отрицание смертности – к формированию защитных мифов о бессмертии, неготовность пересмотреть идею о собственном всемогуществе – к переживаниям вины за происшедшее. Когда постстрессовые нарушения на фоне отрицания становятся хроническими, появляется выраженное эмоциональное напряжение, которое трансформируется в невротические и психосоматические симптомы, а также может стать основой для формирования алкогольной и наркотической зависимости. Клинически эти состояния уже не укладываются в картину ПТСР или реакции потери, хотя рядом авторов и предлагаются для обозначения этих состояний термины «маскированное ПСТР» или «скрытое ПТСР» (Александровский, 1993, Epstein, 1989).

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

Часто, особенно при хронической форме процесса, репереживание сопровождается «вторичная выгода». Примером этого может быть описанный в начале века так называемый «рентный невроз». Описывались варианты «ностальгического репереживания» у ветеранов войны в Афганистане (Смирнов, 1997) и «замещающего репереживания» при реакции горя (Смирнов, 1999). Стремление снизить уровень эмоционального дискомфорта в результате репереживания часто приводит к употреблению алкоголя, транквилизаторов или даже наркотиков с последующим формированием зависимости, при которой репереживание, в свою очередь, начинает играть роль оправдания. По сути дела, данная тенденция может быть рассмотрена как процесс формирования новой идентичности – идентичности «травмированного». При этом возможны как поиск сочувствия и поддержки в окружающих, так и, наоборот, отказ от поддержки и стремление остаться «в гордом одиночестве».

У людей с ПТСР нарушена способность к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни. В силу того, что травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвергаются

изменениям с течением времени – что составляет природу психической травмы, – жертва остается «застывшей», фиксированной на травме как на актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как событие прошлого. При этом травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связных рассказов, а как интенсивные эмоции и соматосенсорные явления, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или когда стимулы и ситуации напоминают о травме (Та-рабрина, 2001).

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

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

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

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности при отделении несущественных стимулов от существенных, когда из контекста необходимо выбрать то, что является действительно важным. В результате теряется способность гибко реагировать на изменяющиеся требования окружающей среды, из чего следуют трудности в обучении и серьезное нарушение способности к усвоению новой информации.

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

Компульсивное повторное переживание травматических событий – поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, – не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется он в том, что неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые в целом или частично сходны с начальным травматическим событием. Этот феномен наблюдается практически

при всех видах травматизации. Например, ветераны становятся наемниками или служат в милиции; женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними грубо обращается; жертвы сексуального соблазна в детстве, повзрослев, занимаются проституцией. Понимание этого на первый взгляд парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны повторного переживания травмы, может выступать как в роли жертвы, так и агрессора (Соловьева, 2003).

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

Преследуемый навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме, травмированный человек пытается организовать свою жизнь таким образом, чтобы избежать эмоций, которые провоцируются этими мыслями. Избегание может принимать разные формы, например: дистанцирование от воспоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов, позволяющих вывести болезненные переживания из сферы сознания. Все это ослабляет и разрушает взаимосвязи с другими людьми и как следствие – ведет к снижению адаптивных возможностей.

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

Можно условно разделить людей, переживших травматическое событие, на несколько категорий (Ромек и др., 2004).

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

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

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

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

2.7 ДИССОЦИАЦИЯ И ПТСР

Пионером научного подхода к исследованию диссоциации можно считать де Пюисегера, ученика Мессмера, который впервые описал явления сомнамбулизма. Фрейд и Брей-ер, работая у Шарко в Сальпетриере, также уделяли много внимания диссоциативным симптомам у пациентов с истерией. Родоначальником систематических исследований диссоциативных феноменов был Пьер Жане, он же и создал концепцию диссоциации.

Диссоциация и признаки посттравматического стресса, экстремальным выражением которых являются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тесно связаны между собой. Диссоциация, являясь существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, по-видимому, играет важную роль и в развитии симптомов ПТСР как один из основных, но не единственный патогенетический механизм ПТСР.

Изначально диссоциация представляла собой описание некоторых психологических феноменов, имеющих сходные признаки и расположенных на континууме норма – патология. На одном полюсе гипотетического континуума располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие, как абсорбция и рассеянность, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся «тяжелые» формы психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств.

Диссоциация определяется как термин, характеризующий процесс (или его результат), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций отделяется от другой части личности и функционирует независимо. Основной чертой патологической диссоциации является нарушение интегрированных в норму функций сознания (осознания подлинности своего Эго или моторного поведения), в результате чего часть этих функций утрачивается. Диссоциация также определяется как разведение, разобщение связей, бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей (Та-рабина, 2001).

При диссоциации определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля и вне процессов памяти (Ludwig, 1983).

Вест (West, 1967) определил диссоциацию как психофизиологический процесс, посредством которого потоки входящей и выходящей информации, а также сохраняемая информация активным образом отклоняются от интеграции (т.е. от построения ассоциативных связей). Характеристиками диссоциативных состояний (Ludwig A. M., 1966) являются:

- а) типы мышления, при которых доминируют архаические формы;
- б) нарушение чувства времени;
- в) чувство потери контроля над поведением;
- г) изменения в эмоциональной экспрессии;
- д) изменения образа тела;
- е) нарушения восприятия;
- ж) изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом;
- з) чувство «омоложения» или возрастной регрессии; и) высокая восприимчивость к суггестии.

Диссоциация также определяется как состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными, а также и как защитный процесс, ведущий к такому состоянию (Райкрофт, 1995).

Ниже приводятся основные формы диссоциации. *Абсорбция* – специфическое состояние внимания и сознания, характеризующееся напряженностью, усилием, интересом, удивлением, чувствами активности и поглощенности деятельностью. Однонаправленность, высокая степень и узкий объем внимания характеризуют как

состояние концентрации, так и абсорбции. Различие между ними поясняется следующим образом: «Концентрация является сознанием будничным; абсорбция же – необыкновенным. Концентрация – это работа; абсорбция – игра и развлечение. Концентрация включает в себя интенсивную умственную деятельность: когнитивную переработку, анализ и размышление. Абсорбция означает временное прекращение любой внутренне иницируемой деятельности. Концентрация подразумевает взаимодействие, участие Эго и усилие; она нацелена на получение практических результатов. Абсорбция же реактивна, внушаема, снимает напряжение и растворяет Эго, гармонично захватывает посредством какого-то очарования. При концентрации налицо строгое разделение субъекта и объекта – чувство «моего», противопоставленного чему-то внешнему. Абсорбция же – это единый контроль внимания, приводящий к тотальному недифференцированному состоянию тотального внимания; это переживание слияния с внешним объектом. Мы концентрируемся, когда чем-то обеспокоены... Мы поглощены, когда наслаждаемся» (Дормашев, Романов, 1999).

Рассеянность. Прямое отношение к диссоциации имеют такие формы рассеянности, как мечтательность или грезы наяву, а также «пустой взор», примером такой рассеянности может послужить блуждание мысли при чтении, когда через какое-то время читающий вдруг осознает, что пролистал несколько страниц и при этом совершенно игнорировал смысл текста и не помнит прочитанного. Дорожный транс (гипноз) или временной провал являются феноменами, родственными состоянию «пустого взора».

Деперсонализация. Явление деперсонализации у больных неврозами впервые было описано Р. Крисгабером в 1873 г. (Меграбян, 1978). Деперсонализация характеризуется своеобразной двойственностью: субъектам, переживающим это состояние, кажется, что они потеряли чувство реальности своего тела и внешнего мира; они говорят о потере своих эмоций, об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте психики. Им кажется, что они переживают исчезновение своего Я, обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы. Тем не менее объективное исследование показывает относительную сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и мыслительного процесса (Яс-перс, 1997).

Объединяя феномены деперсонализации и дереализации, Ясперс приводит следующие основные черты этих переживаний: изменение осознания собственного бытия, сознание потери чувства своего Я; изменение осознания принадлежности «мне» тех или иных проявлений психического. Говоря о деперсонализации, часто употребляют выражение Фромма о диссоциации между наблюдающим и переживающим Эго (van der Kolk et al., 1996).

Диссоциативные изменения идентичности. Диссоциация может приводить и к изменениям идентичности, которые, как и другие диссоциативные феномены, расположены вдоль континуума «норма – патология» и выражаются либо в транзиторных, скоро проходящих состояниях, либо в тяжелых формах психопатологии, например, в таком расстройстве, как диссоциированная личностная идентичность.

В этом состоянии наблюдаются заметные изменения в переживании фундаментального единства Я. Например, во время разговора человек замечает, что говорит словно автоматически, и в то же время слушает себя как бы со стороны. Если такое раздвоение длится достаточно долго, обычное течение мыслей нарушается; но за короткий промежуток времени человек переживает «раздвоенность» собственной личности без каких бы то ни было потерь (Ясперс, 1997). Феномен раздвоенности возникает тогда, когда события психической жизни переживаются как бы двумя отдельными, абсолютно независимыми друг от друга личностями, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации в сфере чувств.

Ясперс подчеркивает, что в данном случае речь идет не о конфликте мотивов, страстей и моральных установок и т.п. и не о случаях множественной личности (раздвоение личности, представляющее собой «объективную данность при альтернирующем состоянии сознания»).

Амнезии. Это явление представляет собой расстройства памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени, о котором ничего (или почти ничего) не удастся вспомнить; кроме того, под «амнезией» понимаются менее жестко привязанные к определенному временному интервалу переживания. Выделяют следующие случаи: 1) расстройства памяти нет; есть состояние глубоко расстроенного сознания, совершенно не способного к апперцепции (способности к охвату целостного содержания), и соответственно – к запоминанию; никакое содержание не входит в память, соответственно – ничто не вспоминается; 2) апперцепция возможна на какой-то ограниченный промежуток времени, но способность к запоминанию серьезно нарушена, вследствие чего содержание не удерживается в памяти; 3) в условиях аномального состояния возможно мимолетное, едва различимое воспоминание, но материал, отложившийся в памяти, разрушается под воздействием органического процесса; наиболее отчетливо это наблюдается при ретроградных амнезиях, например, после травмы головы, когда все, что было пережито в течение последних часов или дней перед получением травмы, совершенно недоступно; 4) расстройство воспроизведения. Содержание в полном объеме присутствует в памяти, но способность к его воспроизведению утрачена; успешное воспроизведение содержания возможно под действием гипноза. Индивиды не могут вспомнить некоторые переживания (систематическая амнезия), или какие-то определенные периоды своей жизни (локализованная амнезия), или свою жизнь в целом (общая амнезия). Такие индивиды не производят впечатление страдающих амнезией. В конце концов, амнезия может исчезнуть – либо сама собой (нередко она периодически исчезает и появляется вновь), либо под влиянием гипноза.

Подвергшийся расщеплению (диссоциации) материал сохраняет определенную связь с сознательной психической жизнью: он влияет на осознанные действия и тем самым, так сказать, приближается к уровню сознания.

Диссоциация является одним из механизмов совладания с психической травмой, когда переживание травматической ситуации сопровождается возникновением трех разных феноменов, которые имеют характерные отличительные особенности, но тем не менее связаны друг с другом. Это первичная, вторичная и третичная диссоциация.

Феномен первичной диссоциации. Непосредственно в первые мгновения травматического события многие люди не в состоянии воспринять целостную картину происходящего. В этом случае сенсорные и эмоциональные элементы события не могут быть интегрированы в рамках единой личностной системы памяти и идентичности и остаются изолированными от сознания. Тогда переживание травматической ситуации разделено на изолированные соматосенсорные элементы (Van der Kolk, Fisler, 1995). Фрагментация травматического опыта сопровождается эго-состояниями, которые отличны от обыденного состояния сознания. Первичная диссоциация во многом обуславливает развитие ПТСР, симптомы которого (навязчивые воспоминания, ночные кошмары и флэшбэк-эффекты) можно интерпретировать как драматичное выражение диссоциированных воспоминаний, связанных с травмой.

Первичная диссоциация ограничивает когнитивную переработку травматического переживания таким образом, что это позволяет индивиду, который находится в ситуации, выходящей за рамки его обыденного опыта, действовать, игнорируя психотравмирующую ситуацию или ее отдельные аспекты.

Вторичная, или перитравматическая, диссоциация часто имеет место у индивидов, переживающих травматическую ситуацию (Mannar et al., 1994), и включает феномены выхода из тела, дереализации, анальгезии и др. Индивид, находящийся в «травматическом» (диссоциированном) ментальном состоянии, испытывает дальнейшую дезинтеграцию элементов травматического переживания перед лицом непрекращающейся угрозы. Вторичная диссоциация позволяет дистанцироваться от непереносимой ситуации, уменьшить уровень боли и дистресса и, в конечном счете, защитить себя от осознания всей меры воздействия травматической ситуации. Она оказывает своего рода анестезирующее действие, выводя индивида из соприкосновения

с чувствами и эмоциями, связанными с травмой.

О *третичной диссоциации* говорят в том случае, когда имеет место развитие характерных эго-состояний, которые содержат в себе травматические переживания и состоят из сложных личностных идентичностей, обладающих своими специфическими когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами. Некоторые из этих эго-состояний могут содержать боль, страх или ярость и гнев, связанные с конкретной травматической ситуацией, в то время как другие эго-состояния остаются как бы в неведении относительно травмы и позволяют индивиду успешно выполнять повседневные рутинные обязанности. Примером крайнего выражения третичной диссоциации является расстройство множественной личности.

Необходимо отметить, что диссоциация является фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при ее нормальном функционировании, так и при многих видах психопатологии. Множество форм диссоциативных состояний, а также их распространенность дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям окружающей среды.

В последнее время понятие ПТСР было сильно расширено. Теперь оно все чаще используется не только для описания симптомов жертв военных травм, изнасилования, пыток и естественных катастроф, но также и жертв автомобильных катастроф, тяжелых острых и хронических физических заболеваний, стрессов, переживаемых на уровне местного сообщества (таких, как, например, угроза заражения токсичными отходами), стрессов на работе, столкновением с теми, кто непосредственно пережил травму, или даже просто информация о том, что кто-то пережил травму.

Одним из важных факторов, повлиявших на расширение клинической феноменологии ПТСР, явилось признание высокой степени коморбидности, свойственной этому расстройству. В то же время именно этот фактор отчасти повинен в том, что долгое время ПТСР не рассматривалось как отдельная нозологическая единица, поскольку многие из его симптомов совпадали с клиническими проявлениями других более распространенных психических расстройств. И только сравнительно недавно получил признание тот факт, что переживания, являющиеся причиной ПТСР, и симптомы данного расстройства могут привести к развитию других психиатрических нарушений, связанных с ПТСР, но четко отличающихся от последнего. За исключением пациентов, у которых ПТСР проявляется в легко выраженной форме, у большинства страдающих ПТСР на том или ином этапе развиваются другие психиатрические нарушения, такие, как генерализованные тревожные или панические расстройства, эндогенная депрессия или хроническая дистимия, разнообразные химические зависимости (чаще всего алкогольная) (Eberly, Engdahl, 1991; Kluznik et al., 1986). К другим расстройствам, связанным с ПТСР, но встречающимся несколько реже, относятся фобии, расстройства личности (особенно по антисоциальному и шизоидному типу) и соматоформные расстройства.

Высокий уровень стресса может негативно влиять на когнитивное и социальное поведение человека (Cohen, 1980). Некоторые подобные последствия, например, трудность в концентрации внимания и ухудшение межличностных отношений, отражены в диагностических критериях ПТСР. Однако существует мнение, что перечень этих нарушений должен быть расширен и что туда необходимо дополнительно включить те нарушения, от которых страдают пациенты, переживающие наиболее острые формы этого расстройства. Задokumentированы доказательства того, что бывшие военнопленные и другие жертвы ПТСР страдают общим нарушением памяти, снижением способности к обучению, общим снижением мотивации. Особенно сильно нарушена способность справляться с новым стрессом и приспосабливаться к новым ситуациям. К другим проблемам, с которыми приходится сталкиваться пациентам с ПТСР, и в особенности тем из них, кто пострадал от злого умысла других людей, относятся нарушение эмоционального контроля, проблема доверия, подозрительность, враждебность.

И наконец, еще одной особенностью ПТСР, которую отмечают большинство специалистов, является флуктуирующий характер протекания. Страдающие этим расстройством могут на какой-то довольно значительный период почти полностью освобождаться от его симптомов, а затем под воздействием самого незначительного стрессора, чем-то напоминающего первоначальную травму, а иногда и без всякой видимой причины эти симптомы вновь возвращаются (Kinzie, 1993). Поэтому у многих пациентов ПТСР течет волнообразно.

2.8 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПТСР

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования (Тарабрина, 2001).

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник Бека для оценки депрессии; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Ки-на. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя, – Опросник травматического стресса (ОТС) (Котенев, 1996).

Необходимо также учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами – носителями данной группы психических нарушений (Тарабрина и др., 1992, 1994, 1996, 2000).

ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS)

Шкала клинической диагностики CAPS разработана для диагностики тяжести

текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом (Weathers et al, 1992; Weathers, 1993).

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (Structured Clinical Interview for DSM III-R) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995).

CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома – 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Важно подчеркнуть, что критерии С и D требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен удостовериться в том, что у пациента манифестация симптомов С и D произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период (Тарабрина Н. В. и др., 1995, 1996).

ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР (CLINICAL-ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS)

Пациент _____

Дата _____

Интервьюер _____

А. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ _____

В. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

0 – отсутствие дистресса

1 – низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс

2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует

3 – высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии

4 – очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии

(2) Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины

травмы

Частота

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин – для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность – для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

0 – нисколько

1 – слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс

2 – умеренная интенсивности: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется

3 – высокая интенсивность: значительный дистресс

4 – очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс

(3) Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты), даже те, которые появляются в просоночном состоянии

Частота

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие(я) происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие(я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

0 – никогда такого не было

1 – слабая интенсивность симптома: ощущение чуть большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем

2 – умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву

3 – высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения – пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром

4 – очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны – флэшбэк-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода – «затмение», провал в памяти

(4) Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)

Частота

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда

- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?» Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

0 – отсутствовали

1 – слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения

2 – умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова

3 – высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова

C. УСТОЙЧИВОЕ ИЗБЕГАНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ТРАВМОЙ, ИЛИ «БЛОКАДА» ОБЩЕЙ СПОСОБНОСТИ К РЕАГИРОВАНИЮ (numbing - «оцепенение») (симптомы не наблюдались до травмы)

(5) Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой

Частота

Пытались ли вы отгонять мысли о событии(ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с со-бытием(ями) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии(ях), чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему (ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя или наркотиков.)

0 – никакого усилия

1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие

2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть

3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть

4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(6) Усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме

Частота

Пытались ли вы когда-либо избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии(ях)?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность:

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избегать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием(ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч.)

0 – никакого усилия

1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие

2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть

3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть

4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(7) Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)

Частота

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события(ий) (например, имена, лица, последовательность событий)? Много ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

0 – ничего, ясная память о событии в целом

1 – некоторые обстоятельства события(ий) было невозможно вспомнить (менее чем 10%)

2 – ряд обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (20–30%)

3 – большую часть обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (50–60%)

4 – почти совсем невозможно было вспомнить событие(я) (более чем 80%)

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

0 – какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали

1 – слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события

2 – умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти

3 – высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события

4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии(ях)

(8) Заметная утрата интереса к любимым занятиям

Частота

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, – например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

0 – потери интереса вообще не было

1 – потеря интереса к отдельным занятиям (менее чем 10%)

2 – потеря интереса к нескольким занятиям (20–30%)

3 – потеря интереса к большому числу занятий (50–60%)

4 – потеря интереса почти ко всему (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

0 – вообще не было потери интереса

1 – слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались

2 – умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия(й)

3 – высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям

4 – очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность

(9) Чувство отстраненности или отчужденности от окружающих

Частота

Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 – такого вообще не было

1 – редко (менее 10% времени)

2 - иногда (20-30%)

3 - часто (50-60%)

4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки оставался вам близок?

0 – отсутствуют подобные чувства

1 – слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя «идушим, не в ногу» с окружающими

2 – умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру

3 – высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком

4 – очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем

(10) Сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви

Частота

Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственными» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 – такого вообще не было

1 – редко (менее 10% времени)

2 - иногда (20-30%)

3 - часто (50-60%)

4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

0 – ощущения бесчувственности нет

1 – слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное

2 – умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена

3 – высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям – любви и счастья

4 – очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

(11) Ощущение отсутствия перспектив на будущее, например, не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни

Частота

Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас «нет завтрашнего дня»? (Если да, уточните наличие реального риска, например, опасных для жизни медицинских диагнозов). Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)?

Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете; как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

0 – ощущения сокращенного будущего нет

1 – слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращенности жизненной перспективы

2 – умеренная интенсивность симптома: определенно присутствует ощущение сокращенной жизненной перспективы

3 – высокая интенсивность симптома: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни

4 – очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, под-ная убежденность в преждевременной смерти

D. УСТОЙЧИВЫЕ СИМПТОМЫ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (не наблюдались до травмы)

(12) Трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна

Частота

Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, чтобы спать нормально? Отличается ли это от того, как вы спали перед событием(ями)? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – каждую ночь (или почти каждую)

Трудности с засыпанием? Да Нет

Пробуждения среди сна? Да Нет

Очень ранние пробуждения? Да Нет

Количество часов сна (без пробуждений) за ночь _____

Желательное количество часов сна для обследуемого _____

Интенсивность

(Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.) Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

0 – нет проблем со сном

1 – слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 минут)

2 – умеренная интенсивность: определенное нарушение сна – ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна – 30–90 минут)

3 – высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна – 90 минут – 3 часа)

4 – очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна, непреодолимые трудности с сохранением сна (потеря сна более 3 часов)

(13) Раздражительность или приступы гнева

Частота

Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны или

проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно? Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до событий(я)? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали?

0 – не было ни раздражительности, ни гнева

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе – повышение голоса

2 – умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро «остывает»

3 – высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе – речевая или поведенческая агрессивность

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия

(14) Трудности с концентрацией внимания

Частота

Не казалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор, как случилось это событие(я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

0 – вообще не было

1 – очень редко (менее 10% времени)

2 – иногда (20–30% времени)

3 – большую часть времени (50–60%)

4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность:

Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе интервью.)

0 – никакой проблемы не было

1 – слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия

2 – умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но при усилении может сосредоточиться

3 – высокая интенсивность: значительное ухудшение функции, даже при особых усилиях

4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания

(15) Повышенная настороженность (бдительность)

Частота

Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием(ями)? Как часто в прошлом месяце вы были настороженны или бдительны?

0 – вообще не было

1 – очень редко (менее 10% времени)

2 – иногда (20–30% времени)

3 – большую часть времени (50–60%)

4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит

вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

0 – симптом отсутствует

1 – слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство

2 – умеренная интенсивность: определено имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре)

3 – высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

4 – очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы – значительная настороженность

(16) Преувеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)

Частота

Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т. п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения – «углом глаза»)? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события(ий)?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день *Интенсивность*

В самом худшем случае насколько сильной была эта реакция испуга?

0 – симптом отсутствовал: реакции испуга не было

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга

2 – умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, «подпрыгивание»

3 – высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции

4 – очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например, ветеран войны, который «падает лицом в грязь»)

(17) Физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события

Частота

Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии(ях)? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах.) Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае как сильны были эти физиологические реакции?

0 – симптом отсутствует

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция

2 – умеренная интенсивность: явное наличие физиологической реакции, некоторый

дискомфорт

3 – высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт

4 – очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас расспрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца?

Да Нет

Этот период (или эти периоды) продолжался не менее одного месяца?

Да Нет

Примерно когда этот период (эти периоды) начался и закончился?

Средние значения показателей CAPS (Тарабрина, 2001)

Обследованные группы	F	I	T
Беженцы, «норма»	9,53 ±8,23	9,15±6,95	18,68±14,95
Беженцы, ПТСР	30,00±9,71	31,29±9,41	61,29±18,79
Ликвидаторы, «норма»	11,36±9,83	11,42±9,50	22,77± 19,20
Ликвидаторы, ПТСР	23,07±7,78	23,82±8,75	46,89±16,29
Ветераны Афганистана, «норма»	6,60±6,11	7,51±6,80	14,12±12,78
Ветераны Афганистана, ПТСР	27,41±8,52	29,88±7,78	57,29±15,51

F – частота симптомов, I – интенсивность симптомов, T – общий балл.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (IMPACT OF EVENT SCALE-R - 1ES-R)

Первый вариант ШОВТС (Impact of Event Scale – IES) был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавторами (Horowitz, Wilner et. al, 1979). Опросник состоит из 15 пунктов, основан на самоотчете и выявляет преобладание тенденции избегания или вторжения (навязчивого воспроизведения) травматического события. Симптомы вторжения – термин «вторжение intrusion – англ.) иногда переводится как «навязывание» – включают ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли. Ко второй категории относятся симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием, снижение реактивности. Содержание самоотчета было привязано к специфическим жизненным событиям, а также к специфике измеряемых показателей.

Далее, Д. Вейс с коллегами (Weiss, Marmar, Metzler 1995) пришли к выводу, что IES может быть более полезной, если она будет способна диагностировать не только такие симптомы ПТСР, как вторжение и избегание, но и симптомы гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий DSM-1V и являются составной частью психологической реакции на травматические события. Таким образом, «Шкала оценки влияния травматического события – пересмотренная» (IES-R) стала содержать 22 пункта. Целью добавления новых 6 пунктов (субшкала «гипервозбуждение») является описание следующих областей: злость и раздражительность; гипертрофированная реакция испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями; бессонница. Один новый пункт вторжения выявляет переживаемые заново состояния, схожие с диссоциативными.

**ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ
(IMPACT OF EVENT SCALE-R)**

Имя _____

Образование _____

Семейное положение _____

Возраст _____

Пол: _____

М Ж Дата « _____ » 200 ____ г.

ИНСТРУКЦИЯ: Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами

(_____).

Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение последних 7 дней, включая сегодняшний.

	Никогда 0	Редко 1	Иногда 3	Часто 5
1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось				
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем				
6. Я думал о случившемся против своей воли				
7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				
13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации				
15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией				
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо				
19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т.п.				
20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось				
21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое				
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

Ключи к обработке

Субшкала «вторжение» сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20

Субшкала «избегание» сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

Субшкала «физиологическая возбудимость» сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

Средние значения показателей методики ШОВТС (IES-R) (Тарабрина, 2001)

	IN	AV	AR	IES-R
Пожарные	5,76 ±5,71	7,26 ±6,73	3,63 ±3,99	16,64 ±14,75
Студенты	10,20 ±8,22	12,17 ±8,79	7,23 ±7,46	29,61 ±21,76
Спасатели	5,95 ±3,93	5,09 ±5,47	3,35 ±3,63	14,40 ±11,05
Сотрудники МВД	7,65 ±6,31	9,26 ±6,08	5,50 ±6,18	22,41 ±17,33
Военнослужащие	8,89 ±8,03	9,48 ±7,77	6,40 ±6,40	24,78 ±20,38
Беженцы, «норма»	14,58 ±10,83	14,94 ±9,90	11,27 ±9,87	40,79 ±28,19
Беженцы, ПТСР	27,43 ±6,00	27,43 ±5,91	22,57 ±8,06	77,43 ±14,25
Ликвидаторы, «норма»	14,68 ±8,96	14,38 ±9,30	13,33 ±8,81	42,39 ±24,94
Ликвидаторы, ПТСР	24,33 ±9,07	20,67 ±5,03	23,33 ±2,89	68,33 ±8,02

IN – субшкала «вторжение»,

AV – субшкала «избегание»,

AR – субшкала «физиологическая возбудимость»,

IES-R – общий балл

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane et al, 1987, 1988). В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликкерта. Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соотносятся с критериями DSM: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 – избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суици-дальности. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ, который состоял из 39 вопросов.

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (военный вариант)

Ф. И. О. _____

Дата « _____ » 200__ г.

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. Под каждым утверждением дается шкала от 1 до 5. Обведите кружком выбранный вами номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. До службы в армии у меня было больше близких друзей, чем сейчас	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал во время службы в армии	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
4. Если случается что-то, напоминающее мне о войне, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5

7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
9. Внешне я выгляжу бесчувственным	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5 Всегда 5
11 Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я остался жив, в то время как другие погибли на войне	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4 Часто 4	Всегда 5 Всегда 5
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3		
15 Я чувствую, что больше не могу	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
17 Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
18 Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
19 Я обнаружил, что мне не трудно работать после демобилизации	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
20 Мне трудно сосредоточиться	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
21 Я беспричинно плачу	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
22 Мне нравится быть в обществе других людей	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
23 Меня пугают мои стремления и желания	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
24 Я легко засыпаю	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
25 От неожиданного шума я сильно вздрагиваю	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
26 Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
27 Я легкий, спокойный, уравновешенный человек	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
28 Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
29 Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5

вещах, которые случались, когда я служил в армии					
30 Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
31 Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5 Всегда 5
32 Я боюсь засыпать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	
33 Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
34 Моя память так же хороша, как и раньше	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5 Совершенно верно 5
35 Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (гражданский вариант)

Ф. И. О. _____

Дата « _____ » 200__ г.

ИНСТРУКЦИЯ. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. Под каждым утверждением дается шкала от 1 до 5. Обведите кружком выбранный вами номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. В прошлом у меня было больше близких друзей, чем сейчас	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал в прошлом	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
6 Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
7 Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5

9 Внешне я выгляжу бесчувственным	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
11 Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие уже умерли	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я вернулся в прошлое	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
14 Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
15 Я чувствую, что больше не могу	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
16 Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
17 Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
18 Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
19 Я обнаружил, что мне работать не трудно	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
20 Мне трудно сосредоточиться	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
21 Я беспричинно плачу	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
22 Мне нравится быть в обществе других людей	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
23 Меня пугают мои стремления и желания	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
124 Я легко засыпаю	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
25 От неожиданного шума я сильно вздрагиваю	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
26 Никто, даже члены моей семьи не понимают, что я чувствую	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
27 Я легкий, спокойный, уравновешенный человек	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5

28 Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
29 Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались со мной в прошлом	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
30 Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
31 Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
32 Я боюсь засыпать	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
33 Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5
34 Моя память так же хороша, как и раньше	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
35 Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
36 Временами я вдруг веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
37 Я не могу вспомнить некоторые важные вещи, которые произошли со мной в прошлом	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
38 Я очень бдителен и насторожен большую часть времени	Совершенно верно 1	Отчасти верно 2	До некоторой степени верно 3	Верно 4	Совершенно верно 5
39 Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание, я весь дрожу и покрываюсь потом, у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5

Ключи к обработке

* Сумма баллов по пунктам с прямой шкалой (сумма 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Сумма баллов по пунктам с обратной шкалой (сумма 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Общий балл: сумма 1 + сумма 2

*Примечание: здесь приводятся ключи для гражданского варианта МШ. При оценке военного варианта соответственно сумма 1 вычисляется как сумма баллов по пунктам: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35; сумма 2 вычисляется аналогично.

Средние значения Миссисипской шкалы (гражданский вариант) (Тарабрина, 2001)

Пожарные	73,79±13,05
Спасатели	70,85±11,74
Беженцы, «норма»	79,70±18,19
Беженцы, ПТСР	105,14±14,90
Ликвидаторы, «норма»	90,15±19,18
Ликвидаторы, ПТСР	99,44±17,06

Средние значения для миссисипской шкалы (военный вариант) (Тарабрина, 2001)

Сотрудники МВД	64,65±16,13
Военнослужащие	73,76±19,64
Ветераны Афганистана, «норма»	70,18±11,76
Ветераны Афганистана, ПТСР	92,00±15,55

**ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ
(SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)**

Шкала SCL содержит 90 пунктов, которые позволяют оценить симптоматику психиатрических пациентов и здоровых людей (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности – компульсивности – Obsessive – Compulsive (O – C), межличностной сензитивности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY) и по 3 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD), общее число утвердительных ответов (PST). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента.

Операциональные определения шкал SCL-90-R Соматизация (Somatization – SOM)

Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и общий мышечный дискомфорт и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive – Compulsive – O – C)

Обсессивно-компульсивное расстройство имеет симптомы, которые в значительной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. При этом характерны мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные и непреодолимой силы, но чуждые Эго или нежелательные.

Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity – INT)

Данное расстройство определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия (Depression – DEP)

Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и такие аффективные симптомы,

как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность (Anxiety – ANX)

Тревожное расстройство состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически связаны с высоким уровнем манифестированной тревожности. Главный признак тут свободноплавающая тревога. Ей соответствует ощущение, что угроза или предмет страха пронизывает все, хотя тревога не привязана к чему-либо конкретному. В число признаков входит нервозность, напряжение, тремор, а также приступы паники и чувство ужаса.

Враждебность (Hostility – HOS)

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность (Phobic Anxiety – PHOB)

Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и влечет за собой избегающее поведение. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее патогномичные и разрушительные проявления фобического поведения. Структура данного расстройства близко соответствует определению агорафобии (Marks, 1969), называемой также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation – PAR)

Паранойяльное поведение тут представлено как вид нарушений мышления. Его кардинальные характеристики: проекции мыслей, враждебность, подозрительность, напыщенность, страх потери независимости, иллюзии – рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и вопросы ориентированы на данные признаки.

Психотизм (Psychoticism – PSY)

В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие, как зрительные или звуковые галлюцинации. Шкала психотизма представляет собой континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных признаков психоза.

Дополнительные вопросы

Семь вопросов, которые входят в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти признаки указывают на некоторые расстройства, но не относятся ни к одному из них. Дополнительные вопросы не объединены между собой в виде шкалы определенного расстройства, а учитываются при общей обработке теста.

ШКАЛЫ SCL-R С ВХОДЯЩИМИ В НИХ ПУНКТАМИ

Соматизация (Somatization – SOM)

Всего: 12 пунктов

1. Головные боли.
4. Слабость или головокружение.
12. Боли в сердце или грудной клетке.
27. Боли в пояснице.
40. Тошнота или расстройство желудка.
42. Боли в мышцах
48. Затрудненное дыхание.
49. Приступы жара или озноба.
52. Онемение или покалывание в различных частях тела.
53. Комок в горле.
56. Ощущение слабости в различных частях тела.
58. Тяжесть в конечностях.

Обсессивно-компульсивные расстройства Obsessive – Compulsive (O – C) Всего: 10

пунктов

- 3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли.
- 9. Проблемы с памятью.
- 10. Ваша небрежность или неряшливость.
- 28. Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо. 38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки.
- 45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете.
- 46. Трудности в принятии решения. 51. То, что вы легко теряете мысль.
- 55. То, что вам трудно сосредоточиться. 65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т.п.

Межличностная сензитивность Interpersonal Sensitivity (INT) Всего: 9 пунктов

- 6. Чувство недовольства другими.
- 21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола
- 34. То, что ваши чувства легко задеть.
- 36. Ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам.
- 37. Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь.
- 41. Ощущение, что вы хуже других. 61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас.

69. Чрезмерная застенчивость в общении с другими.

73. Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях.

Депрессия Depression (DEP) Всего: 13 пунктов

- 5. Потеря сексуального влечения или удовольствия
- 14. Упадок сил или заторможенность.
- 15. Мысли о том, чтобы покончить с собой. 20. Слезливость.
- 22. Ощущение, что вы в западне или пойманы. 26. Чувство, что вы сами во многом виноваты.

29. Чувство одиночества.

30. Подавленное настроение, «хандра».

31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам.

- 32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было. 54. Ощущение, что будущее безнадежно.

71. Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий.

79. Ощущение собственной никчемности.

Тревожность Anxiety (ANX) Всего: 10 пунктов

- 2. Нервозность или внутренняя дрожь. 17. Дрожь.
- 23. Неожиданный и беспричинный страх.
- 33. Чувство страха.
- 39. Сильное или учащенное сердцебиение.
- 57. Ощущение напряженности или взвинченности.
- 72. Приступы ужаса или паники.
- 78. Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте.
- 80. Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое. 86. Кошмарные мысли или видения.

Враждебность Hostility (HOS) Всего: 6 пунктов

И. Легко возникающие досада или раздражение.

24. Вспышки гнева, которые вы не могли сдержать.

63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо.

67. Импульсы ломать или крушить что-либо. 74. То, что вы часто вступаете в спор.

81. То, что вы кричите или швыряетесь вещами.

Фобическая тревожность Phobic Anxiety (PHOV) Всего: 7 пунктов

13. Чувство страха в открытых местах или на улице.

25. Боязнь выйти из дома одному.

47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах.

50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают.

70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах).

75. Нервозность, когда вы оставались одни.

82. Боязнь, что вы упадете в обморок на людях.

Паранойяльные симптомы Paranoid Ideation (PAR) Всего: 6 пунктов

8 Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие.

18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять.

43. Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас.

68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие.

76. То, что другие недооценивают ваши достижения.

83. Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите.

Психотизм Psychoticism (PSY) Всего: 10 пунктов

7. Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями.

16. То, что вы слышите голоса, которые не слышат другие. 35. Ощущение, что другие проникают в ваши мысли. 62. То, что у вас в голове чужие мысли.

77. Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми.

84. Нервировавшие вас сексуальные мысли.

85. Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи.

87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке.

88. То, что вы не чувствуете близости ни к кому.

90. Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное.

Дополнительные вопросы (Additional Items – ADD) Всего: 7 пунктов

19. Плохой аппетит. 60. Переедание.

44. То, что вам трудно заснуть. 59. Мысли о смерти.

64. Бессонница по утрам.

66. Беспокойный и тревожный сон.

89. Чувство вины.

Средние значения показателей SCL-90-R (Тарабрина, 2001)

Обследованные группы	SOM	о-с	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB
Пожарные	0,29±0,30	0,38±0,33	0,4410,38	0,2510,26	0,2610,27	0,3310,41	0,1210,19
Сотрудники МВД	0,50±0,43	0,67±0,51	0,7810,54	0,5410,45	0,5210,48	0,6610,60	0,28±0,39
Военнослужащие	0,68±0,63	0,67±0,55	0,7710,58	0,5910,58	0,5910,61	0,7410,67	0,40±0,60
Больные шизофренией	0,93±0,82	1,23±0,83	0,9410,69	1,0410,74	0,99±0,78	0,±60±0,58	0,73±0,82
Беженцы, «норма»	0,85±0,73	0,68±0,63	0,7610,68	0,6710,62	0,58±0,58	0,5910,75	0,3010,37
Беженцы ПТСР	1,37±0,68	1,21 ±0,68	0,7610,34	1,0710,63	1,2910,93	1,0510,81	0,9110,73
Соматоформные больные	1,6010,62	1,04±0,63	1,1310,76	1,2910,75	1,5010,80	1,1010,69	0,9910,71
Ликвидаторы, «норма»	1,43±0,80	1,07±0,72	0,90±0,68	0,9310,68	0,9310,76	0,8710,69	0,5010,63
Ликвидаторы, ПТСР	1,47±0,80	1,31 ±0,83	1,13±0,61	1,2110,76	1,2110,84	1,15±0,79	0,7410,84
Ветераны Афганистана, «норма»,	0,41±0,41	0,52±0,52	0,5910,51	0,4110,39	0,4010,55	0,51 ±0,51	0,1910,42
Ветераны Афганистана, ПТСР	1,08±0,64	1,15±0,72	1,2510,68	1,15±0,65	1,1610,81	1,2210,66	0,7610,74
Студенты	0,55±0,46	0,78±0,54	0,95±0,65	0,7210,55	0,5810,53	0,74±0,65	0,3210,37
Банковские служащие	0,5110,51	0,6410,49	0,6710,54	0,6210,52	0,49Ю,49	0,57±0,55	0,2210,36
Обследованные группы	PAR	PSY	ADD	GSI	PSDI	PST	GT
Пожарные	0,37±0,39	0,15±0,22	0,30±0,31	0,56±0,43	1,16±0,24	21,61±16,64	25,66±21,70
Сотрудники МВД	0,68±0,54	0,39±0,41	0,57±0,54	0,61 ±0,55	1,24±0,28	38,91±27,10	49,91±39,13
Военнослужащие	0,67±0,56	0,40±0,59	0,60±0,72	0,93±0,66	1,34±0,36	36,36±24,42	54,67±49,25
Больные шизофренией	0,92±0,76	0,83±0,72	0,77±0,62	0,60±0,51	1,85±0,71	43,05±24,95	79,50±57,27
Беженцы, «норма»	0,64±0,53	0,30±0,42	0,45±0,56	1,08±0,59	1,45±0,46	32,13±21,88	51,38±43,72
Беженцы, ПТСР	1,04±1,27	0,89±0,82	1,00±0,37	1,17±0,52	1,62±0,61	56,00± 16,44	95,57±53,21
Соматоформные больные	0,76±0,56	0,80±0,57	1,17±0,79	0,92±0,60	1,87±0,50	54,75±13,97	105,73±47,19
Ликвидаторы, «норма»	0,70±0,62	0,56±0,55	0,97±0,73	1,15±0,66	1,63±0,46	46,86±22,30	82,30±53,94
Ликвидаторы, ПТСР	1,05±0,76	0,85±0,69	1,12±0,65	0,41±0,35	1,78±0,52	54,96± 17,94	103,30±59,43
Ветераны Афганистана, «норма»	0,49±0,44	0,19±0,26	0,36±0,41	1,07±0,51	1,28±0,33	26,35±17,49	36,53±31,46
Ветераны Афганистана, ПТСР	1,00±0,69	0,72±0,51	1,16±0,64	0,64±0,43	1,72±0,49	54,29± 17,46	96,24±46,11
Студенты	0,73±0,59	0,44±0,45	0,54	0,49	0,51 ±0,39	1,45±0,39	36,64±17,28
Банковские служащие	0,55±0,48	0,34±0,36	0,45	0,39	0,29±0,24	1,31±0,32	32,87±19,81

Общие индексы дистресса

В SCL имеются три обобщенных индекса дистресса: общий индекс тяжести (GSI); индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI); общее число утвердительных ответов (PST). Функцией каждого из них является приведение уровня и глубины личностной психопатологии к единому масштабу. Каждый индекс делает это своеобразным способом и отражает какие-то отдельные аспекты психопатологии (Derogatis, 1975). GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины

расстройства, и его следует использовать в большинстве тех случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса. PSDI является исключительно мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. Этот показатель работает в основном как индикатор типа реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытываемый симптоматический дистресс при ответах. PST – просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, т. е. количество утверждений, для которых испытываемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с GSI, может быть очень полезна в понимании клинической картины.

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытываемого: проявляет ли испытываемый тенденцию к преувеличению или к сокрытию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, должна быть интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса.

ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, прочитайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если вы захотите изменить свой ответ, сотрите резинкой вашу первую пометку.

№	Насколько сильно вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16	То, что вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17	Дрожь	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20	Слезливость	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23	Неожиданный и беспричинный страх	0	1	2	3	4

24	Вспышки гнева, которые вы не смогли сдержать	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26	Чувство, что вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27	Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что что-то вам мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4
32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	0	1	2	3	4
34	То, что ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают вас или не сочувствуют вам	0	1	2	3	4
37	Ощущение, что люди недружелюбны или вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтоб не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что вы хуже других	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах		1			
43	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас	0	1	2	3	4
44	То, что вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решения	0	1	2	3	4
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	0	1	2	3	4
51	То, что вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55	То, что вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60	Переедание	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за вами или говорят о вас	0	1	2	3	4
62	То, что у вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия прикасаться, мыться, пересчитывать и т.п.	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-нибудь	0	1	2	3	4
68	Наличие у вас идей или верований, которых не разделяют другие	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	0	1	2	3	4
72	Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда вы едите или пьете на людях	0	1	2	3	4
74	То, что вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда вы оставались одни	0	1	2	3	4
76	То, что другие недооценивают ваши достижения	0	1	2	3	4
77	Чувство одиночества, даже когда в с другими людьми	0	1	2	3	4
78	Такое сильное беспокойство, что вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4

81	То, что вы кричите и швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	0	1	2	3	4
86	Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Подсчет баллов по шкалам SCL-90-R

Подсчет показателей сводится к простым операциям сложения и деления. Вначале суммируются баллы для каждого из 9 симптоматических расстройств и для дополнительных вопросов. Это делается путем сложения всех отличных от нуля значений по каждому пункту, относящемуся к данной группе расстройств. Далее эта сумма делится (за исключением значений по дополнительным пунктам) на соответствующее число вопросов. Например, балл по шкале соматизации получается делением на 12, по шкале тревожности – на 10 и т. д. Деление следует выполнять до второго знака после запятой. Таким образом получают сырые значения по каждой шкале.

Для того чтобы вычислить три обобщенных индикатора (шкалы второго порядка), необходимо несколько дополнительных шагов. Вначале получают общую сумму баллов по всему тесту, включая дополнительные вопросы. Деление этого числа на 90 позволяет получить общий индекс тяжести (GSI). Следующий этап – подсчет числа утвердительных ответов (отличных от нуля) для того, чтобы получить общее количество симптомов, на которые дан утвердительный ответ, т. е. получение значения индекса PST. И последний этап обработки – это вычисление значения индекса наличного симптоматического дистресса PSDI, который получают делением общей суммы на балл PST.

После того как подсчитаны сырые значения для каждой шкалы и значения общих индексов, они соотносятся с нормативными данными (психиатрические пациенты, группа нормы). Были разработаны отдельные нормативные данные для группы пациентов и для группы здоровых, для мужчин и женщин.

ОПРОСНИК БЕКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ (BECKDEPRESSION INVENTORY- BDI)

В мировой психологической практике при обследовании лиц, переживших экстремальные ситуации, используется большой психометрический методический комплекс, по результатам применения которого можно судить об особенностях психологического состояния обследуемых субъектов. Опросник депрессивности Бека является важной составляющей этого комплекса, показавшей свою диагностическую значимость при работе с лицами, пережившими травматический стресс. BDI предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от недепрессивных психиатрических пациентов. Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 утверждение, каждое из которых отражает отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение невезучести; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11) раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфо-фобия; 15) трудности в работе; 16) бессонница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря в весе; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения. Выделенные шкалы дают возможность выявить степень выраженности депрессивной симптоматики, так как каждая из них представляет собой группу вопросов, состоящую из четырех утверждений,

соответственно оцениваемых в баллах от 0 до 3. Максимально возможная сумма – 63 балла. В настоящее время опросник Бека широко применяется в клинико-психологических исследованиях и в психиатрической практике для оценки интенсивности депрессии. Когда суммарный балл по шкале меньше 9, это рассматривается как отсутствие депрессивных симптомов; сумма баллов от 10 до 18 характеризуется как «умеренно выраженная депрессия», от 19 до 29 баллов – «критический уровень» и от 30 до 63 баллов – «явно выраженная депрессивная симптоматика». Как показали многочисленные исследования (Fairbank et al, 1983; Orr et al, 1990 и др.), проведенные на участниках военных действий во Вьетнаме и Корее, уровень депрессивности по шкале Бека у ветеранов с ПТСР был значимо выше, чем ее значения у здоровых испытуемых, вошедших в контрольную группу.

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИВНОСТИ БЕКА (BECK DEPRESSION INVENTORY - BDI)

Ф. И. О. _____

Дата « _____ » 200__ г.

ИНСТРУКЦИЯ.

Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать свой выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1. 0–Я не чувствую себя несчастным.

1-Я чувствую себя несчастным.

2-Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.

3-Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

2. 0–Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.

1– Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.

2-Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.

3-Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему

3.0–Я не чувствую себя неудачником.

1-Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.

2. Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череда неудач.

3-Я чувствую себя полным неудачником.

4. 0–Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.

1-Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.

2-Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было

3-Я всем не удовлетворен, и мне все надоело.

5. 0–Я не чувствую себя особенно виноватым.

1–Довольно часто я чувствую себя виноватым.

2–Почти всегда я чувствую себя виноватым.

3-Я чувствую себя виноватым все время

6. 0–Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.

1-Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2-Я ожидаю, что меня накажут.

3-Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7. 0–Я не испытываю разочарования в себе. 1-Я разочарован в себе.

2-Я внушаю себе отвращение. 3-Я ненавижу себя.

8. 0–У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.

1-Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.

2-Я все время виню себя за свои ошибки.

3-Я виню себя за все плохое, что происходит.

9. 0–У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.

1–У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.

2-Я хогел бы покончить жизнь самоубийством.

3-Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.

10. 0—Я плачу не больше, чем обычно.

1—Сейчас я плачу больше обычного.

2-Я теперь все время плачу.

3—Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.

11. 0—Сейчас я не более раздражен, чем обычно.

1-Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.

2—Сейчас я все время раздражен.

3—Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12. 0—Я не потерял интереса к другим людям.

1—У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.

2-Я почти утратил интерес к другим людям.

3-Я потерял всякий интерес к другим людям.

13. 0—Я способен принимать решения так же, как всегда.

1-Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.

2-Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.

3-Я больше не могу принимать каких-либо решений

14. 0—Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.

1-Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.

2-Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.

3-Я уверен, что выгляжу безобразным.

15. 0—Я могу работать так же, как раньше.

1—Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.

2-Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать.

3-Я вообще не могу работать.

16. 0—Я могу спать так же хорошо, как и обычно.

1-Я сплю не так хорошо, как всегда.

2-Я просыпаюсь на 1–2 часа раньше, чем обычно, и с трудом могу заснуть снова.

3-Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.

17. 0—Я устаю не больше обычного.

1-Я устаю легче обычного.

2-Я устаю почти от всего того, что я делаю.

3-Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18. 0—Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1—У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.

2—Сейчас мой аппетит стал намного хуже.

3-Я вообще потерял аппетит.

19. 0—Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.

1-Я потерял в весе более 2 кг.

2-Я потерял в весе более 4 кг.

3-Я потерял в весе более 6 кг.

Я специально пытался не есть, чтобы потерять в весе

(обведите кружком): Да, Нет

20. 0—Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1—Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

2-Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.

3-Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не могу думать.

21. 0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.

1-Я меньше, чем обычно, интересуюсь сексом.

2—Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

3-Я совершенно утратил интерес к сексу.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Для диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей существуют две взаимодополняющие методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Тарабрина, 2001).

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

Для исследования выраженности симптомов ПТСР у детей 10–13 лет был разработан метод полуструктурированного интервью. Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев А, В, С, D и шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-III-R. Для ответов детей используются трехпунктные шкалы («да – не знаю – нет» либо «никогда – один раз за последний месяц – более одного раза за последний месяц»).

Процедура проведения интервью

В ходе проведения интервью можно выделить пять этапов.

1. Установление психологического контакта с испытуемым.

2. Вводная часть. На этом этапе с ребенком проводится беседа о травматических событиях, которые случаются с детьми. Целью данного этапа является настроить ребенка для дальнейшего разговора и снять тревожность. Также на этом этапе собирается предварительная информация о травматическом опыте ребенка. Данные заносятся в протокол. В том случае, если событие, названное ребенком, соответствует критерию А шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-IV (ребенок испытал, был свидетелем или столкнулся со случаем или событиями, которые включали фактическую или воспринимаемую угрозу жизни или серьезного повреждения или угрозу физической неприкосновенности по отношению к себе или другому), можно переходить сразу к опросу, минуя скрининг.

3. Скрининг. Цель данного этапа – получение более полных сведений о травматическом опыте ребенка. Если ребенок не смог вспомнить ни одного травматического события, либо случай, рассказанный ребенком, не соответствует критерию А шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-IV, ребенку предлагается список травматических событий, которые могли бы привести к развитию симптомов ПТСР. Информация заносится в протокол.

4. Опрос. Это – основная часть интервью. Она направлена на измерение посттравматической симптоматики. Из 42 вопросов первые 4 относятся к критерию А (интенсивные негативные эмоции в момент травмы: страх, беспомощность или ужас). Если в жизни ребенка не было травматических переживаний, эти вопросы не задаются. Если ребенок рассказал о событии, которое могло бы привести к развитию симптомов ПТСР, то остальные вопросы (по критериям В, С, D, F) задаются относительно этого события. В противном случае вопросы фокусируются на чувствах и переживаниях ребенка за последний месяц безотносительно события.

5. Стадия завершения. Цель этой стадии – устранение негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде.

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Пол _____

Дата _____

		Возраст (лет)
Неполная семья		
Развод родителей		
Дисгармоничная семья		
Автомобильная катастрофа		
Другая катастрофа (несчастный случай)		
Пожар		
Стихийное бедствие		
Серьезное физическое заболевание		
Длительная или повторные госпитализации		
Физическое насилие		
Сексуальное домогательство или насилие		
Смерть близкого человека		
Пребывание в зоне военных действий		
Пребывание в качестве заложника		
Другое травмирующее событие (уточните)		

Критерий А

Критерий А	1	2	3	4	5						
Критерий В	6	7	8	9	10	11	12	13	14	18	
Критерий С	23	25	28	29	30	31	32	33	41	42	43
Критерий D	15	16	17	20	21	22	38	39	40		
Критерий F	19	24	26	27	34	35	36	37			
							A	B	C	D	F

Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
1	А Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило	Очень сильный страх	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
2	А Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
3	А Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации"		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
4	А Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило	Казалось ли тебе происходящее в тот момент неприятным, противным ⁷	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
5	А Был ли ты более раздражительным, подвижным сразу после того, как это произошло		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
6	В Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли. Если да, то как часто	С большинством людей в жизни случаются неприятные ситуации, а с тобой случались	Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
7	В Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях. Если да, то как часто. Если нет, то не рассказываешь потому, что не вспоминаешь.	Ты не рассказываешь об этих ситуациях, потому что не вспоминаешь, или тебе не хочется кому-то о них рассказывать	Нет = 0 1 раз = 1 Вспоминает, но не рассказывает = 1 Более 1 раза = 2
8	В Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	Например, у тебя начинает сильнее биться сердце, учащается дыхание, потеют руки, болит голова.	Нет = 0 Не знаю = 1 Да-2
9	В Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
10	В Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
11	В Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
12	В Бывает ли так, что неприятные чувства, которые ты		Нет = 0

		когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?		1 раз = 1 Более 1 раза = 2
13	B	Случалось ли, что ты начинал вести себя так, как если бы неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?	Бывает ли, что ты ведешь себя так, как будто какая-то неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторяется?	Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
14	D	Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
15	D	Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
16	D	Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
17	D	Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
18	B	Снились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
19	F	Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
20	D	Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
21	D	Стал ли ты более раздражительным?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
22	D	Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
23	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от своих друзей?	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
24	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только один человек и ты	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
25	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от родителей и учителей	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
26	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только учитель и ты	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
27	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
28	C	Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
29	C	Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
30	C	Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
31	C	Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
32	C	Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
33	C	Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
34	F	Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)?	Было ли тебе раньше легче, например, убирать за собой свои вещи, помогать родителям	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
35	F	Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу по дому)?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
36	F	Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
37	D	Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	Стало ли тебе сложнее запоминать разные вещи?	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

38	D	Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
39	D	Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
40	C	Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	Вещи, к которым ты привык, кажутся тебе не такими, как раньше.	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
41	C	Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
42	C	Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	Не так, как раньше.	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов по каждому из критериев.

Вопросы 1–5,8,20–40,42 оцениваются: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «нет».

Вопросы 6,7,9–19 оцениваются: 2 балла за ответ «да, чаще, чем один раз за последний месяц», 1 балл за ответ «да, один раз за последний месяц» и 0 баллов за ответ «нет, никогда».

Вопрос 41 оценивается: 2 балла за ответ «нет», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «да».

Критерию А соответствуют вопросы: 1; 2; 3; 4; 5.

Критерию В соответствуют вопросы: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.

Критерию С соответствуют вопросы: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.

Критерию D соответствуют вопросы: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.

Критерию F соответствуют вопросы: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по критериям В, С, D и F.

РОДИТЕЛЬСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

Обоснование выбора методик

Использование самозаполняемых анкет позволяет охватить большее количество семей, чем метод интервью, так как не требует непосредственного присутствия психолога при ее заполнении. Кроме того, этот способ позволяет охватить те категории родителей, которые не проявляют достаточной активности (не приходят в школу или не обращаются к психологу), так как анкета может быть передана в этом случае через ребенка.

Описание метода

Анкета для родителей была составлена нами на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (Child Stress Reaction Checklist - National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine (Shriners Burn Institute) Harvard Medical School; National Center for PTSD, White River Junction, VM). Анкета предлагается родителям для самостоятельного заполнения и поэтому содержит необходимые инструкции.

Порядок проведения

Перед началом исследования с родителями проводится беседа, основная цель которой – мотивировать родителей на ответственное и точное заполнение анкеты.

Далее каждому родителю выдается пакет, в котором содержится подробная инструкция о порядке заполнения анкеты, собственно анкета и карточка с телефонами, по которым они могут задать необходимые вопросы. На другой стороне этой карточки – напоминание о том, что вся полученная от родителей информация конфиденциальна и не будет разглашаться.

Анкета состоит из трех частей:

Биографические данные. Эта часть содержит необходимый минимум данных о ребенке: Ф.И.О., возраст, пол. Здесь же отмечается, кто именно из родителей или опекунов заполнял анкету.

Скрининг. Эта часть направлена на определение типа травмы и возраста травматизации ребенка. Родителям предлагается отметить в списке возможных травматические ситуации, пережитые ребенком, и его возраст во время травмы. Дается следующая инструкция: «Возможно, ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и напишите возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже». Затем приводится список возможных травматических ситуаций. Список, используемый в анкете, более подробный, чем приведенный в литературном обзоре, некоторые типы травм вынесены отдельно, поскольку в таком виде анкета более понятна для родителей и более полно отражает реальную ситуацию. Далее для уточнения характера, степени тяжести травмы и непосредственной реакции ребенка на нее родителям предлагается рассказать о травматической ситуации более подробно: «Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)».

Утверждения. Эта часть состоит из двух таблиц, перед заполнением которых дается инструкция: «Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них»

Первая таблица содержит 5 вопросов, касающихся непосредственной реакции на травматическую ситуацию – критерий А. Перед таблицей уточняется, что речь идет о поведении ребенка непосредственно после травмы.

Затем следует вторая таблица из 30 вопросов, относящихся к четырем шкалам (навязчивое воспроизведение, избегание действий, мыслей, мест и людей, напоминающих о травматическом событии, возросшая возбудимость и нарушения функционирования), которые соответствуют критериям В, С, D и F шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-IV, соответственно. Эти вопросы описывают поведение ребенка в течение последнего месяца. Вопросы, относящиеся к одному и тому же критерию, были разнесены для большей достоверности результатов.

Обе таблицы содержат по три варианта ответов: «да», «нет», «скорее да». Такое смешение вариантов ответов было использовано для того, чтобы уравновесить стремление родителей предоставить социальное желаемое описание ребенка, отвечая отрицательно на большинство вопросов. Ответ же «скорее да» не является слишком категоричным и более охотно используется родителями.

РОДИТЕЛЬСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

Уважаемые родители!

Заполнение анкеты начните с указания вида психологической травмы, возможно, перенесенной вашим ребенком. Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты. Она состоит из двух таблиц. Первая включает 5 вопросов, описывающих поведение ребенка непосредственно после травмы. Если в жизни вашего ребенка не было травматических случаев, то вам ее заполнять не надо. Вторая таблица, состоящая из 30 вопросов, описывает поведение ребенка в течение последнего месяца. Даже если ваш ребенок не переживал травматических случаев, тем не менее, пожалуйста, заполните эту часть анкеты.

На каждое утверждение выберите один из трех вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если вы сомневаетесь или не можете точно вспомнить, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Скорее да». Если вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да». Спасибо за

сотрудничество.

Ф. И. О. ребенка _____

Возраст _____

Пол: М Ж _____

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель) _____

Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже:

Событие	Возраст (лет)
Автомобильная катастрофа	
Другая катастрофа (несчастный случай)	
Пожар	
Стихийное бедствие	
Серьезное физическое заболевание	
Длительная или повторные госпитализации	
Физическое насилие	
Сексуальное домогательство или насилие	
Смерть близкого человека	
Пребывание в зоне военных действий	
Пребывание в качестве заложника	
Другое травмирующее событие (уточните)	

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)

Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них. *

Таблица 1. Сразу после травмы:

	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	Ребенок чувствовал ужас (очень сильный страх).			
2	Ребенок чувствовал отвращение.			
3	Ребенок чувствовал себя беспомощным.			
4	Ребенок был возбужденным. Он был гиперактивен, трудно контролируем, импульсивен.			
5	Поведение ребенка стало отличаться от обычного: оно стало менее организованным, менее осмысленным.			

Таблица 2. В течение последнего месяца:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях о событии.			
2	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук.			
3	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии.			
4	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны).			
5	Ребенок избегает действий, которые напоминают ему о событии.			
6	Ребенок кажется злым или раздражительным			
7	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося.			
8	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием			
9	Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей.			
10	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями.			
11	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте например, сосет большой палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.			
12	Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова.			
13	Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно.			
14	Ребенок избегает мест, которые напоминают ему о случившемся			
15	Ребенку трудно оставаться наедине с членами семьи			
16	Ребенок стал сильно смущаться, когда в его присутствии обсуждают			

	проблемы пола.			
17	Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва.			
18	Кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен			
19	Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова.			
20	У ребенка проблемы с оценкой времени Он может спутать время суток, день недели или перепутать время, когда произошло какое-то событие			
21	Ребенок избегает разговоров о случившемся.			
22	Ребенку снятся плохие сны .			
23	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии Например, у него возникает головная или зубная боль, затрудненное дыхание и т. д.			
24	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью (школьные занятия, работа по дому)			
25	Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает).			
26	Ребенок кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия			
27	Ребенок говорит о том, что окружающий мир выглядит непривычно. Например, вещи стали выглядеть или звучать по-другому.			
28	Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии.			
29	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания.			
30	Ребенок говорит, что не хочет думать о случившемся.			

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов отдельно по каждой из шкал, а также отдельно по вопросам первой и второй таблиц. Ответы родителей оцениваются следующим образом: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «скорее да» и 0 баллов за ответ «нет».

Критерию А (немедленное реагирование) соответствуют вопросы. 1–5 таблицы 1.

Критерию В (навязчивое воспроизведение) соответствуют вопросы: 1, 3, 12, 19, 22, 23, 25 таблицы 2.

Критерию С (избегание) соответствуют вопросы: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30 таблицы 2.

Критерию D (возросшая возбудимость) соответствуют вопросы: 2,6, 8,13,17,29 таблицы 2.

Критерию F (нарушения функционирования) соответствуют вопросы: 10, 11, 15, 24 таблицы 2.

Общий уровень посттравматических симптомов: вопросы 1–30 таблицы 2.

ШКАЛА ДИССОЦИАЦИИ (DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE - DES)

Шкала диссоциации (ШД) (Dissociative Experience Scale – DES) была разработана как инструмент для работы в клинике, который мог бы помочь определить пациентов с диссоциативной симптоматикой, а также как исследовательский инструмент, дающий возможность оценить выраженность диссоциативных состояний и переживаний (Bernstein, Putnam, 1986).

ШД представляет собой краткий опросник, состоящий из 28 вопросов, в котором испытуемого просят оценить, как часто в повседневной жизни он переживает то или иное диссоциативное состояние.

Шкала разрабатывалась для измерения диссоциации как постоянной черты (trait) в противоположность ситуативной. Этот *опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний*. Предполагалось, что ШД будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую картину различных психиатрических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных расстройств (или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация, например таких, как ПТСР).

Вместе с тем есть ограничения: возраст респондента не должен быть менее 18 лет.

ШКАЛА ДИССОЦИАЦИИ (DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE - DES)

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается серия вопросов о некоторых ситуациях и переживаниях из повседневной жизни. Нас интересует, как часто это происходило с вами. Помните, что ваши ответы должны относиться только к тем ситуациям и переживаниям, когда вы не находились под влиянием алкоголя или наркотиков. При ответе на вопрос определите, пожалуйста, в какой степени описанное в нем переживание (или ситуация) происходило лично с вами, и обведите кружком ту цифру, которая соответствует тому, как часто, в процентном отношении, вам доводилось испытывать данное переживание или попадать в такую ситуацию.

Ф. И. О. _____ Дата _____ 200 ____ г.

№ _____

Образование _____

Год рождения _____

Пол: М Ж _____

Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...	Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).										
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
1) ...во время поездки на метро, автобусе, другом виде транспорта или на автомашине неожиданно осознают, что не помнят того, что с ними происходило в это время или в какую-то часть этого времени.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
2) ...слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
3) ...находясь в каком-то месте, не могут вспомнить, как они туда попали.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
4) ...обнаруживают себя одетыми в одежду, о которой не могут вспомнить, как и когда они ее надевали.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
5) ...находят среди своих вещей новую и не помнят, как и когда они ее покупали.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...	Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).										
6) ...иногда к ним обращаются незнакомые люди, называя их при этом другим именем и утверждая, что встречали их раньше.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
7) ...испытывают такое чувство, как будто бы они стоят рядом с собой или наблюдают себя со стороны другого человека.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
8) ...им говорят, что они иногда не узнают друзей или членов своей семьи.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
9) ...забывают некоторые важные события своей жизни, (например, свадьбу или окончание учебного заведения).	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
10) ...их обвиняли во лжи, а им казалось, что они говорили правду.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
11) ...глядя в зеркало, они не узнают себя.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
12) ...испытывают чувство нереальности окружающих их людей и предметов, а может быть, и всего окружающего их мира.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
13) ...испытывают ощущение, что их тело им не принадлежит.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
14) ...иногда переживают какое-то событие (или ситуацию) из своего прошлого так, как будто оно опять происходит с ними в настоящее время.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...	Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).										
15) ...они испытывают чувство сомнения в том, действительно ли происходили какие-то события в их жизни или эти события только пригрезились им.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
16) ...находясь в знакомом и привычном для них месте, вдруг ощущают, что они здесь впервые и это место им незнакомо.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
17) ...их настолько поглощает содержание кинофильма или телепередачи, что они уже не замечают ничего, что происходит вокруг них.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
18) ...фантазия или мечта кажется им реальностью.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
19) ...иногда они не замечают физической боли.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
20) ...иногда они сидят, уставившись в пространство, ни о чем при этом не думая и не замечая времени.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
21) ...находясь в одиночестве, иногда замечают, что громко разговаривают сами с собой.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
22) ...ведут себя в двух похожих ситуациях настолько поразному, что у них возникает ощущение будто они – два разных человека.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...	Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).										
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
23) ...иногда им вдруг становится легко действовать в тех ситуациях (например, общение, работа, спорт и т. д.), которые обычно вызывают у них затруднения.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
24) ...иногда они вдруг не могут вспомнить, действительно ли они сделали что-то или только подумали о том, что это нужно сделать (например, не помнят, действительно ли они только что опустили письмо в почтовый ящик или только подумали об этом).	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
25) ...вдруг обнаруживают, что они совершили какой-то поступок, и не помнят, как это случилось.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
26) ...иногда находят собственные записи, заметки или рисунки, о которых не помнят, чтобы они их делали.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
27) ...иногда слышат посторонние голоса внутри своей головы, которые говорят им, что делать, и комментируют их поступки.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
28) ...иногда ощущают, что Они смотрят на мир как бы сквозь туман или дымку, так что предметы и люди кажутся им далекими или не ясными.	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

ОПРОСНИК ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Дата _____

Ф. И. О. _____

ИНСТРУКЦИЯ. Вспомните, пожалуйста, с максимальной точностью, как вы себя чувствовали и что испытывали в то время, когда происходило самое тяжелое из пережитых вами экстраординарных событий. Опишите вкратце это событие _____.

Ниже приведены вопросы о том, как вы себя чувствовали именно в то время. Обведите кружком вариант ответа, который соответствует тому, насколько верно описание, приведенное в вопросе, отражает то, что вы чувствовали в момент события.

1. Были ли такие моменты во время события, когда вы переставали понимать, что происходит? Было ли у вас ощущение потери чувства реальности, «выпадения из реальности»? Были ли другие состояния, когда вы переставали ощущать себя частью происходящего?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
2. Было ли так, что вы действовали автоматически («на автопилоте»)? Так, сделав что-то, вы позже осознали, что это сделано вами, но никаких активных намерений совершить это действие тогда у вас не было?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
3. Изменялось ли у вас чувство времени? Казалось ли вам, что события необычайно ускорялись или замедлялись?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
4. Казалось ли вам все происходящее нереальным, как будто вы были во сне или смотрели кино или какое-то представление?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
5. Ощущали ли вы себя посторонним наблюдателем происходящего с вами лично? Было ли у вас ощущение, что вы как бы летите над местом события или наблюдаете все со стороны?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
6. Было ли так, что ваше ощущение собственного тела как бы искажалось или изменялось – вы чувствовали себя необычно маленьким или большим? Ощущали ли вы, что не связаны со своим телом?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
7. Казалось ли вам, что нечто происходящее на ваших глазах с кем-то другим происходит непосредственно с вами? Например, если вы видели, как кого-то травмировало, чувствовали ли вы, что травмировало именно вас, даже если на самом деле этого не произошло?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
8. Было ли так, что после того, как все кончилось, вы были удивлены, обнаружив, что в вашем присутствии произошло много событий, о которых вы ничего не знаете (особенно таких, которые вы обычно обязательно замечаете)?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно
9. Если вы были травмированы во время события, заметили ли вы, что в момент травмы ощутили удивительно слабую боль или не ощутили боли совсем? (Если вы не были травмированы, поставьте отметку здесь)	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 Верно	5 совершенно верно

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЕВОГО ОПЫТА (COMBAT EXPOSURE SCALE)

Ф. И. О. _____

Дата _____

ИНСТРУКЦИЯ. Эти вопросы касаются характера и длительности вашего пребывания в условиях военных действий (если такое с вами происходило), включая все события, имевшие место на земле, в воздухе или на море. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от 0 до 3 (или от 0 до 4). Выберите на этой шкале позицию, которая максимально приближается к описанию вашего военного опыта, и обведите цифру в соответствии с вашим выбором. Любые неясности относительно вопросов вы можете прояснить с психологом, который берет у вас интервью.

Балл	0	1	2	3	4
1. Сколько раз вы ходили в военный дозор, принимали участие в десантной операции или выполняли другое задание в условиях повышенной опасности?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более чем 50 раз
2. Сколько месяцев вы находились в зоне обстрела со стороны противника?	Ни разу	Менее 1 месяца	1–3 месяца	4–6 месяцев	Более, чем 6 месяцев
3. Как часто вы находились в окружении врага?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	Более 12 раз	—
4. Сколько человек в вашем подразделении было убито, ранено или пропало без вести во время военных действий?	Ни одного	Между 1–25%	Между 26–50%	Более, чем 50%	—
5. Сколько раз вы участвовали в обстреле противника?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более чем 50 раз
6. Сколько раз вы наблюдали, как кто-то был убит или ранен в ходе боевых действий?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более чем 50 раз
7. Сколько раз вы подвергались опасности быть убитым или раненым (пулями, снарядами, холодным оружием), попадали в засаду, в другие очень опасные ситуации?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более чем 50 раз

ОПРОСНИК ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Данный опросник предназначен для изучения состояния человека после воздействия чрезвычайных факторов, а именно – нахождения в экстремальных условиях (Котенев, 1996).

Он изучает наличие у участника боевых действий таких проявлений посттравматического синдрома, как сверхбдительность, преувеличенное реагирование, агрессивность, нарушения памяти и концентрации внимания, депрессия, тревожность, злоупотребление наркотическими и лекарственными средствами, галлюцинаторные переживания, проблемы со сном (трудности с засыпанием и прерывистый сон).

ИНСТРУКЦИЯ

Внимательно читая каждое утверждение, выберите тот вариант ответа, который больше всего соответствует вашему состоянию или мнению в настоящее время. В каждой колонке на бланке ответов под номером утверждения обведите цифру, обозначающую ваш ответ: 5 – абсолютно верно; 4 – скорее верно; 3 – отчасти верно, отчасти неверно; 2 – скорее неверно; 1 – абсолютно неверно.

ТЕКСТ ОПРОСНИКА

1. По утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим
2. Я хорошо координирую свои движения
3. Я испытываю утомление
4. Мне необходимо усилие, чтобы вникнуть в то, что говорят окружающие
5. Внезапно у меня бывает сильное сердцебиение
6. Я принимаю пищу машинально, не испытывая при этом удовольствия
7. Окружающий меня мир кажется нереальным
8. Я вздрагиваю от внезапного шума
9. Я настолько живо вспоминаю отдельные события, что при этом как бы вновь переживаю их
10. Я абсолютно здоров физически
11. Мне доставляет удовольствие быть среди других людей
12. Часто я действую так, будто мне угрожает опасность
13. Меня нельзя упрекнуть в рассеянности

14. Я часто вижу один и тот же страшный сон
15. Определенно, я виноват перед людьми
16. Пустяки раздражают меня
17. Я стараюсь не смотреть телевизор, если показывают хронику драматических событий
18. Мне нравится моя работа
19. Я пережил серьезную утрату
20. Я хорошо высыпаюсь по ночам
21. Я никогда не вижу страшных снов
22. Иногда мне хочется напиться
23. Мои близкие сильно беспокоятся из-за моей работы
24. У меня бывает ощущение, что время течет как бы замедленно
25. Иногда я обращаюсь к врачу только потому, что хочу немного отдохнуть
26. Многие вещи потеряли для меня интерес
27. Без всякого повода я могу выйти из себя
28. Мне следовало бы соблюдать диету
29. Я стараюсь избегать разговоров на неприятные темы
30. Бывает, что я забываю вещи
31. Иногда мне кажется, что даже близкие люди не понимают меня
32. Мне необходимо лучше контролировать эмоции
33. Прошлые события подчас вспоминаются более ярко, чем то, происходит сейчас
34. Мне иногда кажется, что мир вокруг меня теряет краски
35. Я просыпаюсь от внезапного страха
36. Мне стоит больших усилий работать в прежнем ритме
37. Временами я испытываю озноб
38. Мне хочется помогать людям, попавшим в беду
39. Недавно мне пришлось столкнуться с весьма опасными обстоятельствами
40. Я чувствую себя более уверенно, чем многие из моих сверстников
41. Я засыпаю с трудом
42. Я испытываю чувство одиночества
43. Мне бывает трудно вспоминать то, что происходило совсем недавно
44. Я чувствую, что становлюсь другим человеком
45. Меня радуют порой самые незначительные вещи
46. Я чувствую прилив сил
47. По утрам я просыпаюсь с большим трудом
48. Мои мысли постоянно возвращаются к тому, о чем не хочется думать
49. Я испытываю чувство стыда
50. Обычно я не обращаюсь к врачу, даже если чувствую, что не совсем здоров
51. Мой сон настолько крепок, что громкие звуки или яркий свет не могут мне помешать
52. Мне говорят, что я вскрикиваю во сне
53. Я часто думаю о будущем
54. Иногда я сержусь
55. Я боюсь, что могу натворить что-то вопреки своим намерениям
56. Бывает, что я забываю то, что хотел сказать или сделать
57. В последнее время мое настроение ухудшилось
58. Мне не на кого положиться
59. Хотелось бы, чтобы моя семья уделяла мне больше внимания
60. Определенно, я люблю рисковать
61. Мне нравится «черный юмор»
62. Я во всем полагаюсь на самого себя
63. Я постоянно чувствую потребность что-нибудь жевать, даже не испытывая голода
64. Иногда мне кажется, что я запутался в жизни

65. Мне кажется, что я не сумел сделать того, что от меня требовалось
66. Я испытываю интерес и вкус к жизни
67. Мне весело и легко в компании людей
68. Я много и плодотворно работаю
69. Часто я забываю, куда положил ту или иную вещь
70. Я стараюсь ни с кем не обсуждать свои проблемы
71. Я никогда не испытывал страха
72. Мне было бы полезно побыть одному
73. Делая какое-либо дело, я часто думаю совсем о другом
74. Моя жизнь разнообразна и насыщена событиями
75. Я никогда не совершал поступков, за которые мне было бы стыдно
76. Чужие трудности мало кого волнуют
77. Я ощущаю себя гораздо старше своих лет
78. Мне кажется, что меня ожидает счастливое будущее
79. В жизни мне пришлось испытать такое, что лучше не вспоминать
80. Я остро воспринимаю чужую боль
81. Мне кажется, я потерял способность радоваться жизни
82. Меня беспокоят головные боли
83. Легкие заработки обычно связаны с нарушением закона
84. Я не прочь подзаработать лишнего
85. Посторонние звуки отвлекают меня
86. Я стараюсь не вступать в драку, если дело меня не касается
87. Я верю в торжество справедливости
88. Мое сердце работает как обычно
89. Иногда я принимаю таблетки
90. Есть вещи, которые я не могу себе простить
91. Определенно, мне нужно время, чтобы прийти в себя
92. Алкоголь хорошо снимает любой стресс
93. Я не склонен жаловаться на здоровье
94. Мне хочется все крушить на своем пути
95. Большинство людей озабочено лишь собственным благополучием
96. Мне нелегко сдерживать свой гнев
97. Я считаю, что прав тот, кто сильнее
98. У меня никогда не было обмороков
99. Мне следовало бы научиться избегать конфликтов
100. Я приобрел в жизни хороших друзей
101. Меня считают уравновешенным человеком
102. Нервное напряжение хорошо снимает сауна
103. Я чувствую растерянность
104. Часто мне кажется, что меня подстерегает опасность
105. Я работаю, не чувствуя усталости
106. Я испытываю сильное внутреннее возбуждение
107. Мне трудно сосредоточиться одновременно на нескольких делах
108. Часто я совершаю произвольные действия в ответ на неожиданный звук или движение
109. Я чувствую себя вполне уверенным
110. Мне есть за что благодарить судьбу

Обработка результатов

1. Сверхбдительность. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Подсчитайте среднее арифметическое значение.
2. Преувеличенное реагирование. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Подсчитайте среднее арифметическое значение.
3. Притупленность эмоций. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 3, 4,

6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Суммируйте значения (вопросы: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) и отнимите значения по оставшимся вопросам (13, 45, 66, 74), полученную величину разделите на 9.

4. Агрессивность. Данная шкала соответствует Следующим вопросам: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

5. Нарушения памяти и концентрации внимания. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

6. Депрессия. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

7. Общая тревожность. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

8. Приступы ярости. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Суммируйте значения (вопросы: 54, 84, 96) и отнимите значения по оставшимся вопросам (86, 88, 101), полученную величину разделите на 3.

9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Суммируйте значения (вопросы: 22, 25, 63, 89, 92) и отнимите значения по оставшимся вопросам (50, 102), полученную величину разделите на 3.

10. Непрошенные воспоминания и галлюцинаторные переживания. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

11. Проблемы со сном (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Данная шкала соответствует следующим вопросам: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Суммируйте значения (вопросы: 14, 35, 41, 47, 52) и отнимите значения по оставшимся вопросам (1, 20, 21, 51), полученную величину разделите на 4.

12. «Вина выжившего». Данная шкала соответствует следующим вопросам: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

13. Оптимизм. Данная шкала соответствует следующим вопросам: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Подсчитайте среднее арифметическое значение.

ШКАЛА БАЗОВЫХ УБЕЖДЕНИЙ (WORLD ASSUMPTION SCALE - WAS)

Концепция базовых убеждений, касающихся доброты и разумности окружающего мира, доброжелательности или враждебности людей и ценности собственного Я, разрабатывалась на основе высказываний людей, переживших травму, о себе, об окружающих людях и о том, как они понимают устройство мира (Janoff-Bulman, 1989, 1992).

Шкала базовых убеждений – опросник, состоящий из 32 утверждений, отражающих оценку восьми основных категорий:

- 1) доброта окружающего мира (BW, benevolence of world)
- 2) доброжелательность людей (BP, benevolence of people)
- 3) справедливость мира (J, justice)
- 4) контролируемость мира (C, control)
- 5) случайность как принцип распределения происходящих событий (R, randomness)
- 6) ценность собственного «Я» (SW, self-worth)
- 7) степень самоконтроля (SC, self-control)
- 8) степень удачи, или везения (L, luckiness)

Инструкция: Отметьте степень своего согласия или несогласия с каждым из утверждений по 6-балльной шкале:

- «1» – «совершенно не согласен»,
- «2» – «не согласен»,
- «3» – «скорее не согласен»,
- «4» – «скорее согласен»,
- «5» – «согласен»,

«6» – «полностью согласен».

1. Неудача с меньшей вероятностью постигает достойных, хороших людей.
2. Люди по природе своей недружелюбны и злы.
3. Кого в этой жизни постигнет несчастье – дело случая.
4. Человек по натуре добр.
5. В этом мире гораздо чаще происходит что-то хорошее, нежели плохое.
6. Течение нашей жизни во многом определяется случаем.
7. Как правило, люди имеют то, что заслуживают.
8. Я часто думаю, что во мне нет ничего хорошего.
9. В мире больше добра, чем зла.
10. Я вполне везучий человек.
11. Несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили.
12. В глубине души людей не очень волнует, что происходит с другими.
13. Обычно я поступаю таким образом, чтобы увеличить вероятность благоприятного для меня исхода дела.
14. Если человек хороший, к нему придут счастье и удача.
15. Жизнь слишком полна неопределенности – многое зависит от случая.
16. Если задуматься, то мне очень часто везет.
17. Я почти всегда прикладываю усилия, чтобы предотвратить несчастья, которые могут случиться со мной.
18. Я о себе невысокого мнения.
19. В большинстве случаев хорошие люди получают то, чего заслуживают в жизни.
20. Собственными поступками мы можем предотвращать неприятности.
21. Оглядывая свою жизнь, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен.
22. Если принимать меры предосторожности, можно избежать несчастий.
23. Я предпринимаю действия, чтобы защитить себя от несчастий.
24. В общем-то, жизнь – это лотерея.
25. Мир прекрасен.
26. Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь.
27. Я обычно выбираю такую стратегию поведения, которая принесет мне максимальный выигрыш.
28. Я очень доволен тем, какой я человек.
29. Если случается несчастье, то обычно это потому, что люди не предприняли необходимых мер для защиты.
30. Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра.
31. У меня есть причины стыдиться своего характера.
32. Я удачливее, чем большинство людей.

Обработка результатов

К каждой из 8 шкал относятся по 4 утверждения (см. «ключ»). Значение по каждой из шкал определяется средним арифметическим баллом по соответствующим утверждениям. Для прямых утверждений это баллы, отмеченные респондентом, а для обратных (помеченных в «ключе» знаком минус) – реверсивные значения (противоположные отмеченным относительно середины шкалы, т.е. «1» соответствует «6», «2» – «5», «3» – «4» и так далее).

Первичные категории убеждений могут также оцениваться как 3 обобщенных направления отношений:

1. Общее отношение к доброте окружающего мира: вычисляется как среднее арифметическое между BW и BP (доброта мира и доброжелательность людей).

2. Общее отношение к осмысленности мира, то есть контролируемости и справедливости событий: вычисляется как среднее арифметическое между показателями J (справедливость мира), C (контролируемость) и реверсивным R (случайность).

Убеждение относительно собственной ценности, способности управления событиями и везения: вычисляется как среднее арифметическое между SW (ценность Я),

SC (самоконтроль) и L (везение).

Ключ:

BW	5	9	25	30
BP	-2	4	-12	26
J	1	7	14	19
c	11	20	22	29
R	3	6	15	24
SW	-8	-18	28	-31
SC	13	17	23	27
L	10	16	21	32

Данный опросник позволяет сравнивать базовые убеждения у разных групп людей, например, переживших различные виды травматического опыта. Он может быть использован и в индивидуальной работе: если показатели по какой-либо шкале у человека сильно занижены, то это следует учесть при оказании психологической помощи. В норме показатели по всем шкалам выше среднего.

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ КРИЗИСА (ТАРАС, 2003)

Предлагаемый опросник позволяет определить личностный профиль переживаемого кризиса. Его теоретической основой является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего различные физиологические и психологические аспекты.

Инструкция: «Вы переживаете непростой период в жизни. Для того чтобы оказать вам возможную помощь, окружающим необходимо знать особенности вашего нынешнего состояния, индивидуальные проявления кризиса. Ведь переживание кризиса – комплексный процесс, затрагивающий все уровни вашего существования.

Прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте номера тех из них, которые соответствуют вашему нынешнему состоянию. Если утверждение лишь частично верно, то подчеркните ту его часть, которая соответствует вашим реакциям. Хотим напомнить, что в приведенном списке нет плохих либо хороших проявлений и реакций. Все они представляют собой лишь неизбежное следствие переживаемого кризиса.

1. Я страдаю от головных болей, недомогания или чувствую себя плохо.
2. Я стал рассеянным.
3. Меня не покидает чувство тревоги, которая окрашивает мои суждения и чувства.
4. Временами у меня возникают мысли, что нет смысла продолжать жить как прежде.
5. Я избегаю думать или говорить о своей неудаче (несчастье).
6. Временами мое сердце бьется учащенно.
7. Мне кажется, что я утратил способность реально оценивать события и воспринимать их отчетливо.
8. Я рассержен на весь свет за то, что это случилось со мной.
9. Я ощущаю физическую усталость, апатию, вялость чувств.
10. Мысли о случившемся беспрестанно крутятся у меня в голове, и я не могу остановить их.
11. Временами я не могу нормально дышать.
12. Временами я затрудняюсь четко формулировать свои мысли.
13. После случившегося я не плачу и не скорблю так, как это обычно должно быть.
14. Все окружавшие меня кажутся чужими, холодными и безнадежными.
15. Я совсем не могу работать как прежде, у меня все валится из рук.
16. Запоры (поносы) меня беспокоят чаще, чем обычно.
17. Я стал забывчивым и пропускаю некоторые обязательные мероприятия.
18. Временами я плачу или близок к слезам.
19. Я не получаю удовольствия от приятных и радостных событий, как прежде.
20. Мне хочется забыться и бежать куда глаза глядят.
21. У меня имеются трудности с засыпанием.
22. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.

23. Почти все время я испытываю необъяснимую тревогу.
 24. Временами я ненавижу себя.
 25. Временами мысли о случившемся лишают меня сна.
 26. Мой пульс учащен (замедлен), кровяное давление повышено (понижено).
 27. Мое восприятие окружающего сужено и ограничено моей проблемой и всем, что ее касается.
 28. Мне стыдно за себя и за все, что со мной произошло.
 29. Временами все кажется мне бессмысленным.
 30. Я не в состоянии выполнять свои профессиональные и домашние обязанности как прежде.
 31. У меня неустойчивый сердечный ритм (замедленный, учащенный).
 32. Мне кажется, что ряд моих решений, принятых в настоящее время, непродуман, скоропалителен и скорее даже импульсивен.
 33. Временами меня охватывает состояние полной нечувствительности, как если бы ничего не случилось.
 34. Мое Я так изменилось, что временами я не узнаю сам себя.
 35. Я стал уделять гораздо больше времени работе (службе) и в этом нахожу выход из создавшегося положения.
 36. У меня часто бывает сухость во рту.
 37. Мне сложно запомнить информацию, которую раньше я запоминал без особого напряжения.
 38. Зачастую у меня возникает желание рассказать о своих душевных переживаниях даже малознакомым людям.
 39. Подавленное, угнетенное настроение у меня длится долго.
 40. Время от времени у меня непроизвольно (в виде своеобразной вспышки) оживляются наиболее травматические воспоминания о случившемся.
 41. Часто у меня возникает субъективное ощущение нехватки воздуха и даже ощущение остановки дыхания.
 42. Я не могу должным образом сосредоточиться при выполнении своих служебных обязанностей.
 43. Временами у меня возникает ощущение, что все внутри сжалось в комок.
 44. У меня обострилось критическое отношение к себе и своим поступкам.
 45. Я устаю даже от выполнения своих обычных обязанностей.
 46. У меня ухудшился аппетит, временами появляется тошнота.
 47. Иногда мне кажется, что все происходящее нереально.
 48. С каждым днем мне все чаще приходит мысль о том, что я не сделал все возможное для того, чтобы избежать такого развития событий.
 49. Мое настроение стало крайне неустойчивым.
 50. Я стал пить больше, чем следует.
 51. Я стал чрезмерно потливым.
 52. Когда ко мне обращаются, я зачастую отвечаю с задержкой.
 53. Меня охватило состояние безразличия к окружающему, ничто не волнует, не беспокоит, не интересует.
 54. Я никого не хочу видеть и стараюсь быть один.
 55. Большую часть времени я продолжаю размышлять о случившемся, хотя это и мучительно.
 56. Мой сон стал беспокойным, и иногда прерывается кошмарами.
 57. Я стал замечать, что зачастую не могу вспомнить информацию, которую всегда помнил.
 58. Я настолько поглощен своими чувствами, что из-за этого становится только хуже.
 59. У меня часто бывает ворчливое настроение, я стал раздражительным, угрюмым, агрессивным по отношению к родным и близким.
 60. Я стараюсь избегать трудностей как в мыслях, так и в действиях.
- Обработка результатов: каждый утвердительный ответ оценивается в один балл.

Подсчитайте баллы в соответствии с ключом, затем сумму умножьте на соответствующий данной шкале множитель (если он есть).

1. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: (1).

2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ:

а) нарушения функционирования вегетативной системы (26, 36, 51 x 4)

б) нарушения сердечной деятельности (6, 31 x 6)

в) нарушения дыхания (11, 41 x 6)

г) нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта (16, 46 x 6)

д) проблемы со сном (21, 56 x 6)

3. ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОЗНАВАТЕЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

а) осложнения функционирования внимания (2, 22, 42 x 4)

б) осложнения функционирования восприятия (7, 27, 47 x 4)

в) осложнения функционирования мышления (12, 32, 52 x 4)

г) осложнения функционирования памяти (17, 37, 57 x 4)

4. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ

а) тревога (3, 23, 43 x 4)

б) генерализованные эмоциональные реакции (гнев, стыд, вина) (8, 28, 48 x 4)

в) эмоциональная тупость (13, 33, 53 x 4)

е) слабодушие, повышенная эмоциональность (18, 38, 58 x 4)

5. ДЕПРЕССИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59)

6. ПЕРЕМЕНЫ В ПОВЕДЕНИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

а) попытки уйти от проблемы (5, 20, 35, 50 x 3),

б) поглощенность проблемой (10, 25, 40, 55 x 3)

в) проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей (15, 30, 45, 60 x 3).

Определение индивидуального профиля переживания кризиса производится по ключевой таблице, где отражаются набранные баллы по приведенным 17 позициям.

ЛИЧНОСТНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (УРБАНОВИЧ, 1998, 2001)

В настоящее время предпочтение отдается методикам так называемого «раннего обнаружения», позволяющим выявить первые признаки, указывающие на психологический дискомфорт и неблагополучие. Предлагаемый опросник позволяет определить уровень личностной и социальной идентичности, распознать первые признаки разлада человека с собой и со своим социальным окружением.

При этом под личностной идентичностью понимается самоопределение в терминах физических, интеллектуальных и нравственных черт индивида; под социальной идентичностью – самоопределение в терминах отнесения себя к определенной социальной группе.

На основе различных психологических исследований можно сделать вывод: человек стремится к сохранению позитивной идентичности. Ее наличие способствует восприятию окружающего мира как более стабильного, надежного, справедливого, сбалансированного. Напротив, утрата позитивной идентичности дезорганизует внутренний мир человека. Возникает дисгармония образа своего Я и образа окружающего мира, что препятствует адекватному поведению в этом мире. Особенно массовый характер данные процессы приобретают в условиях радикальной социальной трансформации. Ответом человеческой психики на резкие изменения в социальном мире является кризис идентичности.

Важно вовремя определить как приближение человека к данному кризису, так и сам факт его переживания. Этой цели и служит приводимая методика, позволяющая выявить, насколько и в каких сферах у человека наступает разлад с собой и с социальным окружением. Для психолога важен не только подсчет баллов, но и качественный анализ ответов опрашиваемых.

Опросник позволяет осуществить анализ личностной и социальной идентичности по следующим восьми позициям: 1) служба; 2) материальное положение; 3) внутренний мир;

4) здоровье; 5) семья; 6) окружающие; 7) будущее; 8) общество.

Каждой позиции соответствуют 12 утверждений опросника. Утвердительный ответ на каждое утверждение оценивается в один балл и в целом повышает показатель личностной и социальной идентичности, чувство самотождественности.

Инструкция: «Прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте номера тех из них, которые соответствуют вашему нынешнему состоянию и восприятию себя и окружающего социального мира.

1. Я имею ясное представление о сути моей работы и ее целях.
2. Я имею четкое представление о своем нынешнем материальном положении.
3. Я постоянно развиваю себя различными способами.
4. Я вполне удовлетворен состоянием своего здоровья.
5. На сегодняшний день моя семейная ситуация меня вполне удовлетворяет.
6. Я искренне интересуюсь мнением и точкой зрения других людей.
7. Я знаю свои главные цели в жизни.
8. Меня вполне устраивает мой социальный статус в обществе.
9. Моя служба (работа) помогает мне в достижении моих жизненных целей.
10. Мне удается придерживаться рамок своего бюджета.
11. Я регулярно читаю прессу и интересуюсь новостями.
12. Я регулярно бываю на осмотрах у врача и проверяю состояние своего здоровья.
13. Я понимаю значение семьи для себя.
14. Меня интересуют чужие заботы и проблемы.
15. Я последовательно, настойчиво и энергично стремлюсь к достижению своих главных целей в жизни.
16. Моя профессия достаточно уважаема в обществе.
17. Я имею четкое представление о своих перспективах по работе (службе).
18. Я знаю, какие меры необходимо предпринять для улучшения моего материального положения.
19. Я регулярно читаю литературные произведения.
20. Я регулярно занимаюсь физкультурой.
21. Я уделяю достаточно времени своей семье.
22. Мое мнение интересует других людей.
23. Я знаю, когда примерно осуществляются мои жизненные цели (в соответствии с моим жизненным планом).
24. Меня практически все устраивает в окружающей меня социальной действительности.
25. Я буду работать (служить) в этой сфере деятельности через пять лет.
26. Для того чтобы поддержать свое материальное положение, я часто беру в долг.
27. Я посещаю учебные мероприятия и специальные курсы.
28. Я сплю достаточное время ежедневно.
29. У членов моей семьи есть общие увлечения.
30. Я умею слушать других.
31. У меня имеется анализ факторов и условий, способствующих достижению моих жизненных целей.
32. Меня волнует все, что происходит в нашем современном обществе.
33. Я буду работать (служить) в этой сфере деятельности через 10 лет.
34. Меры, которые я предпринимаю для улучшения моего материального положения, вполне реальны.
35. Я участвую в разнообразной совместной деятельности, способствующей моему личностному развитию.
36. Мое питание достаточно, регулярно и сбалансированно.
37. Я хорошо знаю членов своей семьи – их потребности, мнения, желания, позиции.
38. Я умею ценить тех людей, с кем общаюсь.
39. У меня есть анализ факторов и условий, препятствующих достижению моих

жизненных целей.

40. Меня волнует, в каком направлении развивается наше современное общество.

41. Я достаточно воодушевлен и мотивирован для этой работы (службы)

42. Мое материальное положение меня вполне устраивает.

43. У меня есть план личного развития.

44. Я употребляю алкоголь умеренно.

45. Я могу создать в своей семье открытую и душевную атмосферу.

46. Я стремлюсь развивать людей, с которыми общаюсь.

47. Я знаю критические пункты («узкие места») на пути к достижению моих жизненных целей.

48. Сегодня мне живется лучше, чем 10 лет назад.

49. В будущем я найду в себе достаточно воодушевления и мотивации, опираясь главным образом на свой личный потенциал.

50. Я уверен в том, что знаю, как сделать свое материальное положение лучше.

51. Я настойчив в реализации плана моего личного развития.

52. Я человек некурящий.

53. Я уверен в надежности моих семейных условий.

54. Я стремлюсь понимать людей, с которыми общаюсь.

55. Я знаю, что мне нужно и в какой степени для достижения моих жизненных целей.

56. Сегодня мне живется лучше, чем пять лет назад.

57. Я получаю внутреннее удовлетворение от своей нынешней работы (службы).

58. Мои потребности и возможности оптимизированы и уравновешены.

59. Время от времени я совершенствую план моего личного развития.

60. В моем ежедневном рационе вполне достаточно свежих овощей и фруктов.

61. Я способен не только «брать» от семьи, но и «давать» ей.

62. Я забочусь о поддержании дружеских отношений.

63. При движении к моим главным жизненным целям я полагаюсь главным образом на себя.

64. У меня вполне достаточно возможностей, позволяющих влиять на развитие процессов в современном обществе.

65. Я знаю, что необходимо сделать, чтобы моя работа (служба) в ближайшие годы отвечала моим личным потребностям и моей жизненной философии.

66. Я способен на радикальные шаги по улучшению своего материального положения.

67. Я знаю, как мне реализовать мои потребности в личном развитии.

68. Я достаточно двигаюсь в течение дня.

69. Я могу создать надежные и благоприятные условия для своей семьи.

70. С моей точки зрения, у меня достаточно друзей и приятелей.

71. Я готов в полной мере использовать имеющиеся возможности, позволяющие достичь моих жизненных целей.

72. Я уделяю достаточно времени и внимания размышлениям над проблемами современного общества.

73. Положительные и отрицательные стороны моей нынешней работы (службы) вполне уравновешены и компенсированы.

74. Я могу полагаться на помощь окружающих в улучшении моего материального положения.

75. Я знаю, как управлять своим душевным состоянием.

76. Я веду здоровый образ жизни.

77. Я знаю, как развивать свою семейную жизнь.

78. Я учитываю мнение и точку зрения других людей.

79. Я готов нейтрализовать действие факторов и условий, препятствующих достижению моих жизненных целей.

80. Я знаю, в каком направлении развивается общество, в котором живу.

81. Моя работа (служба) меня вполне удовлетворяет, соответствует моим

материальным запросам и духовным интересам.

82. Я имею четкое представление о том уровне материального положения, который необходим мне и моей семье.

83. Я знаю свои внутренние возможности.

84. У меня есть личный план своего физического совершенствования.

85. Я стремлюсь к установлению хороших взаимоотношений со своими родителями и родственниками.

86. В своей жизнедеятельности я нуждаюсь в окружающих.

87. Я готов к возможному и необходимому пересмотру моих жизненных целей (особенно в условиях их нереальности).

88. Я разделяю ценности, на которых базируется современное общество.

89. Я вижу социальную значимость и необходимость моей работы (службы).

90. Я могу быть максимально целеустремленным, активным и настойчивым в улучшении своего материального положения.

91. Я достаточно времени пребываю один, наедине со своими мыслями.

92. Я настойчив в реализации личного плана своего физического совершенствования.

93. Я стремлюсь к установлению хороших взаимоотношений с родителями и родственниками супруга (супруги).

94. Я считаю, что окружающие нуждаются во мне.

95. Стремление к достижению моих жизненных целей является важной составляющей моей жизнедеятельности.

96. Я нашел свое место в современном обществе.

Обработка результатов: каждый утвердительный ответ оценивается в один балл.

Подсчитайте баллы в соответствии со следующим ключом.

– Моя служба (работа): 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 89.

– Мое материальное положение: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66, 74, 82, 90.

– Мой внутренний мир: 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67, 75, 83, 91.

– Мое здоровье: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84, 92.

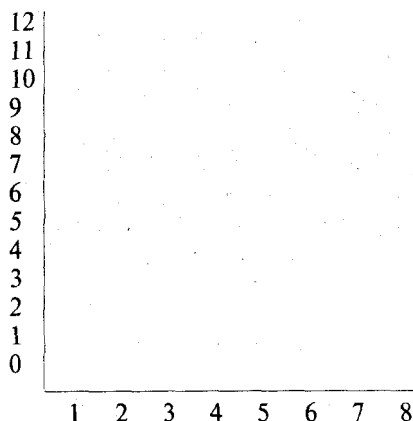
– Моя семья: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69, 77, 85, 93.

– Мои отношения с окружающими: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94.

– Мое будущее: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87, 95.

– Я и общество, в котором живу: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 96.

Определение индивидуального профиля личностной и социальной идентичности производится по ключевой таблице, где отражаются набранные баллы по приведенным восьми позициям.



ГЛАВА 3 ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)

Психотерапия ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) направлена в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. Задачей психотерапии является: создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными клиентами, причем эффективность этих методов поддается объективной оценке; важно, однако, своевременно и верно диагностировать наличие у клиента ПТСР (Калмыкова и др., 2001).

3.1 ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: лечение ПТСР – процесс длительный и может продолжаться несколько лет.

В целом, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Целью психотерапевтического лечения клиентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии клиента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я) (van der Kolk, Ducey, 1993).

В связи с этим существует четыре стратегии терапии, позволяющие достичь этой цели (Ениколопов, 1995):

- поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);
- формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств);
- снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт);
- наконец, изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии – изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и таким образом создать у клиента ощущение «контроля над травмой»).

Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом необходимо помнить, что терапевтические отношения с клиентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

В работе Горовица (Horowitz, 1998) рассмотрены пять стадий актуального состояния клиента (фазы его реакции на травматическое событие):

1. Длительное стрессовое состояние в результате травматического события.
2. Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность.
3. Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.
4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.
5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств.

Каждой фазе реакции клиента на травматическое событие соответствуют последовательные цели психотерапии:

1. Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).

2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.

3. Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь клиенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с клиентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.

4. Помочь клиенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.

5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Психотерапия посттравматического расстройства, независимо от конкретно избранного метода лечения, характеризуется рядом особенностей. Прежде всего, следует иметь в виду высокие показатели прерывания терапии с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). В отличие от других расстройств, клиенты с ПТСР после 2–3 встреч не приходят в терапию. Для клиентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы (Janoff-Bulman, 1985). Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению; чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к клиенту. Клиенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для клиентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи. Причины, обуславливающие эти трудности, заключаются в следующем:

1. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются.

2. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.

3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).

4. Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их

права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов (Юрьева, 2002):

- коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции;
- обеспечение доступа к информации об общей природе стрессовой реакции;
- фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания;
- приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР;
- развитие у клиента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;
- объяснение позиции: клиент активный участник терапии чрезмерного стресса.

Основные предпосылки успешной работы с клиентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается клиентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению борьбы клиента за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет клиента рассказывать об ужасных событиях, не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значение спонтанно возникших тем и не переводит разговор на «нейтральные» темы, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у клиента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и клиент будет чувствовать себя непонятым. Травматический перенос отражает не только опыт ужаса, но также и опыт беспомощности. Ветераны войны не смогут доверять терапевту до тех пор, пока они не убедятся, что он способен выслушать подробности военных историй.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы. Основная задача второй стадии – это работа с воспоминаниями и переживаниями. Основная задача третьей стадии – включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы. Он рассказывает ее полностью, в деталях. Herman (1997) описывает «нормальную память» как активную, которая «рассказывает истории». «Травматическая память», в противоположность этому, бессловесная и застывшая – «молчаливая».

Восстановление «травматической истории» начинается с обзора событий, которые предшествовали травме, и обстоятельств, которые определили «травматическую

ситуацию».

Некоторые исследователи говорят о важности обращения к ранней истории жизни клиента, с тем чтобы восстановить «чувство течения и непрерывности» жизни и связи ее с прошлым. Терапевт должен помогать клиенту говорить о важных отношениях, идеях, фантазиях, трудностях и конфликтах, предшествовавших травматическому событию. Это создает контекст, в котором станет понятным значение травматического опыта в жизни данного человека (Danieli, 1988).

Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтичным. Истории записываются клиентом. Записи историй читаются вместе. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов.

Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу.

Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас» (Molica, 1988).

Две наиболее детально разработанные техники, направленные на трансформацию травматической (молчаливой) памяти, это:

- прямой рассказ или свободное изложение;
- «формализованная исповедь».

«Свободное изложение» является бихевиоральной техникой, разработанной для того, чтобы помочь клиенту преодолеть ужас, связанный с травматическим событием. Подготавливая клиента к сессиям, его учат, как справляться с тревогой, используя техники релаксации и успокаивающие образы (визуализация). Затем терапевт и клиент внимательно готовят историю, тщательно описывая детали травматического события. Эта история включает четыре основных элемента: контекст, факты, эмоции и значение. Если имело место несколько событий, то разрабатываются сюжеты для каждого из них. Когда история завершена, клиент выбирает последовательность презентации истории, двигаясь от более легких к более сложным элементам. Во время сессии клиент громко рассказывает терапевту свою историю в настоящем времени, а терапевт поощряет клиента выражать свои переживания как можно полнее.

Метод исповеди был впервые описан чилийскими психологами Cienfuegos и Monelli (1983), которые опубликовали свои работы под псевдонимами, в целях собственной безопасности. Центральной идеей этой терапии является создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента. Во-первых, записываются сессии, и таким образом готовится описание. Затем клиент и терапевт вместе работают над документом. В процессе этой работы клиент имеет возможность собрать разрозненные воспоминания в целостное свидетельское признание: Датчане Agger and Jensen (1990) усовершенствовали эту технику. Они предложили, чтобы клиент читал исповедь вслух и чтобы терапия завершалась формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12–20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

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

- локус контроля остается за клиентом;
- время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» (те, которые обращены к травматическому опыту) техники интегрировались в процесс психотерапии.

Kluft (1989), занимавшийся терапией «множественной личности», сформулировал

правило «трети». Если «тяжелая работа» должна быть сделана, то она должна быть сделана в первой трети сессии – или отложена. Интенсивное исследование происходит во второй трети сессии, в то время как последняя треть предназначена для того, чтобы клиент обрел внутреннее равновесие.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).

3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.

4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.

5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.

6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.

Фундаментальное правило терапии **ПТСР** – принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения.

Сильнее всего доверие нарушено у жертв насилия или злоупотребления (например, насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти клиенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые клиентом; терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие клиента. Сильно травмированные клиенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты); терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение, основанное на новом понимании происшедшего и на новых возможностях совладания с травматическими переживаниями.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с клиентами, страдающими ПТСР, – это психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – избегание (обесценивание) и сверхидентификация.

Первая крайняя реакция со стороны терапевта – избегание или обесценивание: «Нет, такого клиента я не вынесу!» Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ клиента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Терапевт сидит с отсутствующим выражением лица, демонстрируя нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний, как бы дистанцируясь от проблем клиента. Подобное защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных клиентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни клиента все более отдаляет их друг от друга, тем самым усиливая «заговор молчания», что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация – другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями

спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за рамки профессионального общения. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает возможность предложить клиенту коррективный эмоциональный опыт. Опасность такой позиции состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасением усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию у клиента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда клиент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ клиента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля: он не в состоянии собраться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У клиента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не способен вынести его рассказа. Однако большинство клиентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей профессиональной роли. Таким образом, слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.

Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства – вторичного ПТСР или вторичной травмы (Danieli 1994), что подробно рассматривается в главе 9 настоящего справочника.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

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

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

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

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

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

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

Иногда эффективно применение поддерживающих техник и симптоматического облегчения в рамках психотерапии, описанной van de Veer (1993), где учитывается культура пострадавших. Попытка преодолеть, например, чувство вины, утраты контроля и бессилия – с чем работают западные психотерапевты, может оказаться бесплодной. Однако такие понятия, как стыд, потеря репутации, вера, судьба, порицание, могут оказаться более значимыми в странах Третьего мира. Например, утрата контроля (для западных психологов – основное последствие травматизации) может основываться на культуральной уверенности в контроле над тем, чем, как считается, человек владеет. Отсюда акцент на личной ответственности индивида и чувство вины. В противоположность этому, на Востоке вера в карму, судьбу, связь с семьей и предками определяет совсем другой взгляд на мир. Поэтому психотерапевт, получивший образование на Западе, обнаружит, что ему сложно понять иную социально-

культуральную среду и систему верований, что заметно снижает эффективность его работы с клиентом иного происхождения.

Существует и более серьезный подход – «логотерапия» (Frankl, 1959), – который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает. Культуральные и религиозные убеждения, например, доктрины кармы или смысла страдания, свойственные буддистам и индуистам, тут имеют важное значение. Следует пытаться привлекать к сотрудничеству в качестве котерапевтов или союзников традиционные ресурсы, например священнослужителей, монахов, целителей.

Групповая терапия – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать группы различных направлений: (а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); (б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические и психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе (Allen, Bloom, 1994).

Какие бы методы групповой терапии ни использовались при работе с клиентами с ПТСР, эта работа всегда направлена на достижение определенных терапевтических целей, которые кратко можно определить следующим образом:

1. Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой (при этом терапевту не следует форсировать процесс);

2. Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изоляции, отчужденности, стыда и усилить чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;

3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;

4. Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;

5. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства), что позволяет преодолеть ощущение собственной неценности («мне нечего предложить другому»), смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей; 6. Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом.

Принципы и методы групповой терапии описаны во многих работах, например Рудестам (1998); Ялом (2000). Здесь мы хотим привести лишь те правила, которые универсальны как для групп психотерапии, так и для тренинговых групп.

Правила работы группы:

1. **Доверительный стиль общения.** Для того чтобы группа работала с наибольшей отдачей и участники как можно больше доверяли друг другу, в качестве первого шага к созданию климата доверия предлагается принять единую форму обращения на «ты». Это психологически уравнивает всех членов группы, независимо от возраста и роли (в том числе и терапевта).

2. **Общение по принципу «здесь и сейчас».** Многие люди стремятся не говорить о том, что они чувствуют или думают, так как боятся показаться смешными. Стремление уйти в сферу общих рассуждений, обсуждать события, случившиеся с другими людьми, –

это действие механизма психологической защиты. Но основная задача работы – превратить группу в своеобразное зеркало, в котором каждый смог бы увидеть себя с разных сторон, лучше узнать себя и свои личностные особенности. Поэтому во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с участниками в группе, обсуждается здесь и сейчас.

3. Персонализация высказываний. Для более откровенного общения во время занятий участники отказываются от безличной речи, помогающей скрывать собственную позицию и тем самым уходить от ответственности за свои слова. Поэтому участники заменяют высказывание типа: «Большинство людей считает, что...» на: «Я считаю, что...»; «Некоторые из нас думают...» на: «Я думаю...» и т. п. Принято избегать также и безадресных суждений о других. Фраза типа: «Многие меня не поняли» при этом заменяется конкретной репликой: «Оля и Саша не поняли меня».

4. Искренность в общении. Во время работы группы участники говорят только то, что чувствуют и думают по поводу происходящего, т. е. только правду. Если нет желания говорить искренне и откровенно, участники молчат. Это правило означает открытое выражение своих чувств по отношению к действиям других участников и к самому себе. Естественно, что в группе не поощряются обиды на высказывания других членов группы.

5. Конфиденциальность всего происходящего в группе. Все, что происходит во время занятий, никогда, ни под каким предлогом не выносится за пределы группы. Участники должны быть уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился с другими во время занятия. Это помогает членам группы быть искренними и способствует самораскрытию.

6. Определение сильных сторон личности. Во время занятий каждый из участников стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которым вместе работает. Каждому члену группы – как минимум одно хорошее и доброе слово.

7. Недопустимость непосредственных оценок человека. При обсуждении происходящего в группе оценивается не участник, а только его действия и поведение. Не используются высказывания типа «Ты мне не нравишься», а говорится: «Мне не нравится твоя манера общения».

8. Как можно больше контактов и общения с различными людьми. Разумеется, у каждого из участников есть определенные симпатии, кто-то кому-то нравится больше, с кем-то приятнее общаться. Но во время занятий участники стремятся общаться со всеми членами группы, и особенно с теми, кого меньше всего знают.

9. Активное участие в происходящем. Это норма поведения, согласно которой каждый участник все время, каждую минуту, активно участвует в работе группы: внимательно смотрит и слушает, наблюдает за собой, пытается почувствовать партнера и группу в целом. Участники не замыкаются внутри себя, даже если узнали о себе что-то не очень приятное. Получив много положительных эмоций, члены группы не думают исключительно о себе. В группе участники все время внимательны к другим, им должны быть интересны другие люди.

10. Уважение к говорящему. Когда высказывается кто-либо из членов группы, все его внимательно слушают, давая человеку возможность сказать то, что он хочет. Члены группы помогают говорящему, всем своим видом показывая, что слушают его, что рады за него, что им интересны его мнение, его внутренний мир. Участники не перебивают говорящего и молчат до тех пор, пока он не закончит говорить. И лишь после этого можно задать свои вопросы, поблагодарить его или с ним поспорить.

Далее мы приводим методы и техники некоторых направлений психотерапии, которые хорошо себя зарекомендовали при работе с клиентами с ПТСР.

3.2 ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗ (ДПДГ)

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний с помощью движения глаз (ДПДГ) – это метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г. (Шапиро, 1998). В настоящее время данный метод вызывает достаточно большое число споров. Известны

случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности улучшение состояния достигалось в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов. Сама же Шапиро предостерегает от того, чтобы приписывать этому методу слишком высокую эффективность.

Тем не менее существуют данные о том, что ДПДГ с успехом применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также при фобиях, панических и диссоциативных расстройствах. С первых лет своего использования ДПДГ показал высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР (Ромек и др., 2004).

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях воспоминания о травме и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в центральной нервной системе в изолированном состоянии. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не связывается с изолированной информацией о травмирующем событии (Шапиро, 1998). В результате негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого клиента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки (Winson, 1993). Повторные ночные кошмары с пробуждениями, характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным.

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

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

1. Оценка факторов безопасности клиента, изучение его истории болезни и планирование психотерапии. Основной критерий отбора клиентов для ДПДГ – их

способность справляться с высоким уровнем беспокойства, которое может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость клиента и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут принести неблагоприятные жизненные обстоятельства (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т.п.). В большинстве случаев следует вначале оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности клиента на стадии подготовки целесообразно обучить его приемам нейтрализации эмоционального стресса: упражнению по созданию безопасного воображаемого места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если психотерапевт принимает решение об использовании метода ДПДГ у конкретного клиента, необходимо провести анализ всей клинической картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях клиенты, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных, связанных с травмой воспоминаний. Однако значительно чаще целью воздействия становятся как травмирующие события прошлого, так и нынешняя ситуация, стимулирующая болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии – работа с будущим, которая предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

Тут можно выделить четыре основные цели воздействия для ДПДГ:

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

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

2. Подготовка. Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить клиенту смысл ДПДГ-терапии.

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

Задача психотерапевта – вызывать у клиента движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, но при этом следует избегать чувства дискомфорта. Обычно два пальца руки психотерапевта используются как точка фокусировки взгляда клиента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально, с ладонью, обращенной к клиенту, на расстоянии 30–35 см от его лица. Далее пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Таким образом подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т.п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что клиенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или появляется непроизвольная моторика), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве

случаев это помогает восстановить контроль за движением глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.

Обычно в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 циклов движений глаз (туда и обратно – 1 цикл); в зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 циклов, а при возникновении эмоционального отреагирования – еще больше.

Для клиентов с повреждением зрения или ощущающих дискомфорт при движениях глаз используются достаточно эффективные альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуки). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серии движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенным кверху ладоням клиента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха клиента.

Для снижения уровня беспокойства перед началом переработки, во время и между сеансами полезно обучить клиента технике «Безопасное место». Ему предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт суггестивными техниками способствует усилению воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция клиента усиливается, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т.п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими картинками, звуками и ощущениями. При этом он ощущает чувство полной безопасности, которое психотерапевт подкрепляет дополнительными суггестиями и серией движений глаз (4–6 циклов). В последующем, при необходимости снизить эмоциональное напряжение, клиент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

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

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту. Установление сигнала «стой» служит дополнительным фактором безопасности клиента. Фактически две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

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

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают избрать образ, который лучше всего соответствует этому образу (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения клиента по поводу травмирующего инцидента. Его просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать это негативное убеждение о себе (*отрицательное самопредставление*) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я плохой человек»; «Я

не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т.п.

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

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

На следующем этапе клиент определяет негативные эмоции, которые вызывает у него картина травмирующего события и повторение слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает клиенту оценить уровень беспокойства, причиняемого воспоминаниями, по *Шкале субъективного беспокойства (ШСБ)*, где 0 – состояние полного спокойствия, а 10 – максимальное беспокойство (наихудшее из того, что можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих погружению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

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

В ряде случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии на фоне серии движения глаз, что чередуется с отдыхом, приводит к уменьшению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая клиенту вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0–1 балла.

Нередко в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает от-реагирование. В случае отреагирования клиент как бы заново переживает ситуацию психической травмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного

погружения в воспоминание, поскольку клиент сохраняет двойную фокусировку – как на осознании прошлого, так и на чувстве безопасности в настоящем. Начало отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 циклов и более, психотерапевт стремится завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку отреагирование в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4 – 5 раз быстрее, чем в трансе, а клиент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном порядке.

Возможен другой вариант, когда после двух идущих подряд серий движений глаз клиент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таком случае, – сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий, описанных ниже.

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

В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии движений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания являются фокусом для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, клиенту предлагают сосредоточиться на сильнее всего беспокоящем из них. Ветераны войны, страдающие ПТСР, нередко предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо подвергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды боевых действий; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с войной; отдельные звуки или ощущения в теле и т.п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным травмирующим событием, избранным в качестве цели.

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

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

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

Сначала следует попросить клиента заново, после проведения десенсибилизации, оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление), или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое

положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 – полностью не соответствуют до 7 – полностью соответствуют (истинны)?». После этого клиенту следует направить внимание одновременно на картину события (думать о нем) и на положительное представление. После серии движений глаз психотерапевт спрашивает: «А теперь – насколько истинными, в баллах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Цель психотерапевта состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удастся, серии движений повторяют до тех пор, пока уместность и истинность представления не достигнут максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травмирующим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4–5 баллов. С учетом временных рамок сеанса работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

6. Сканирование тела. Стадия посвящена устранению возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле.

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

7. Завершение. Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т.п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

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

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

СТРАТЕГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЗАБЛОКИРОВАННОЙ ПЕРЕРАБОТКЕ

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

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

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

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

3. Стимуляция открытого выражения подавленных эмоций, невысказанных слов или свободного проявления всех движений, ассоциирующихся у клиента с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

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

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

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

Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает клиенту новую информацию, которая способствует лучшему пониманию драматических событий прошлого, роли, которую клиент в них играл. Затем клиенту предлагают думать о сказанном и проводят серию движений глаз.

- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам.

- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией клиента, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как на фоне движений глаз, так и без них. После чего клиенту предлагают поразмышлять обо всем услышанном на фоне следующей серии движений глаз, в Сократический диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, клиент постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают подумать об этом и проводят серию движений глаз.

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

Для успешной работы с ветеранами войны, страдающими ПТСР, следует учесть еще несколько важных моментов.

Многие ветераны страдают от мучительного чувства самообвинения в связи со своими поступками во время боевых действий. В этом случае, во-первых, необходимо помочь ветерану понять, что если он действительно настолько плохой человек, как он думает, то не стал бы страдать от этого – плохих людей не мучает совесть, да еще многие годы. Во-вторых, его страдания сейчас уже ничем не помогут тем, кто погиб во время войны, но они мешают полноценно жить и работать. Ветерану объясняют, что все его болезненные симптомы, в том числе раздражительность или вспышки гнева, нарушения сна и кошмарные сновидения, являются результатом фиксации пережитого на

войне в нейронных структурах мозга, а лечение поможет освободиться от «застывшей» негативной информации, вследствие чего улучшится его душевное и физическое состояние. При этом ветераны могут испытывать страх, что забудут приобретенный на войне опыт, который представляется им важным и значимым. Психотерапевт разъясняет, что избавление от страданий и отрицательных образов не означает потери памяти на пережитые события. Более того, когда он обретет способность жить более здоровой и полноценной жизнью, у него будет больше возможностей чтить память погибших товарищей или помочь бывшим сослуживцам в трудную минуту.

Приступы неконтролируемого гнева, возникающие по незначительным поводам, также являются острой проблемой для многих ветеранов боевых действий. Они часто приводят к ухудшению отношений в семье и даже к ее распаду, к серьезным конфликтам с окружающими. В большинстве случаев переработка связанных с травмой воспоминаний и соответствующих сегодняшних раздражителей помогает клиентам лучше контролировать свое поведение. Полезно обучать ветеранов дополнительным приемам, позволяющим справиться с проявлениями гнева: технике «Безопасное место», релаксационным упражнениям или самостоятельному использованию движений глаз при малейших признаках нервного возбуждения.

ДПДГ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Как показывают исследования, не менее 10,5% мужчин, принимавших участие в боевых действиях, нуждаются в специализированной сексологической помощи. Еще выше этот показатель у ветеранов, обнаруживающих признаки ПТСР: 12,5% из них активно просят о терапии сексуальных дисфункций, а около 13% признают наличие проблем в интимной жизни, но в силу различных причин считают обращение к сексологу преждевременным (Доморацкий, 1998). Среди сексуальных нарушений у данного контингента преобладают синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, соответствующий по МКБ-10 диагностическим критериям отсутствия генитальной реакции (психогенные эректильные дисфункции), и, в меньшей степени, последствия злоупотребления алкоголем, приводящие к декомпенсации соответствующих нейрогуморальных механизмов. Известно, что сексуальные проблемы сильно отражаются на супружеских отношениях и крайне негативно влияют на самооужание. Особенно разрушительны случаи, когда симптомы ПТСР сочетаются с агрессивной реакцией на партнершу при повторяющихся неудачных попытках вступить в близость. В этом случае на фоне сексуальных проблем легко возникает и усиливается ревность, а вспышки гнева приобретают все более непредсказуемый и деструктивный характер. Поэтому эффективная коррекция сексуальных дисфункций является важной составной частью лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с ПТСР, а также важна для реабилитации всех ветеранов, поскольку повышает самооценку, увеличивает психологический и физический комфорт и гармонизирует супружеские отношения.

Адаптированный к сексологической проблематике метод ДПДГ показал свою высокую эффективность в коррекции психологических механизмов, порождающих половые дисфункции (травмирующих переживаний и воспоминаний о сексуальных неудачах, неадекватных представлений, страхов и т.п.), он способствует быстрому восстановлению сексуальной активности клиентов (Журавель, 1999; Доморацкий, 1999).

Рассмотрим основные этапы ДПДГ-терапии у мужчин с психогенными расстройствами половой сферы:

1. Подготовка. На этом этапе устанавливаются терапевтические отношения с клиентом, разъясняется сущность ДПДГ-терапии, обосновываются ее эффективность в работе тревогой перед половым актом, формируется «лечебная перспектива».

2. Определение предмета (цели) воздействия. Основная цель воздействия: хранящаяся в памяти информация о психотравмирующих событиях сексуального содержания: а) яркие воспоминания о сексуальных неудачах; б) столкновение с негативной информацией по поводу сексуальных возможностей клиента; в) неадекватные сведения о сексуальности, на основе которых формируются ложные убеждения и установки в отношении половой жизни; г) любые события, ведущие к появлению тревоги

и страха перед проявлениями сексуальности и половым актом.

3. Определение типа и выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта, возникающих в травмирующих ситуациях. Чаще всего соответствующими эмоциями являются тревожное беспокойство и страх перед предстоящим половым актом, иногда – раздражение, растерянность. Выраженность отрицательных эмоций определяют по шкале субъективного беспокойства (ШСБ).

4. Определение негативного самопредставления – т.е. представления клиента о себе в момент сексуальных неудач и других тревожащих ситуаций. Это убеждения типа: «У меня ничего не получится», «Я не могу справиться с этим» и т.п.

5. Определение положительного самопредставления, т.е. того убеждения, которое клиент хотел бы иметь в отношении себя в соответствующих ситуациях: «У меня все получается», «Я могу испытывать радость от близости» и т.п. Затем по шкале соответствия представлений (ШСП) определяют, насколько истинным на данный момент (на уровне чувств и интуиции) кажется клиенту как отрицательное, так и желаемое представление о себе.

6. Десенсибилизация и переработка. Клиент должен вначале сосредоточить внимание на мысленном образе психотравмирующей ситуации (особенно запомнившаяся сексуальная неудача и т.д.), отрицательном самопредставлении и ассоциативно связанных с воспоминанием эмоций и дискомфортных ощущениях. Далее он выполняет серию стимулирующих движений глаз, после каждой из которых клиенту предлагают на время отбросить травмирующий образ и сообщить об ощущениях в теле, эмоциях и мыслях, которые приходят в голову. Психотерапевт повторяет серии стимуляций, периодически направляя внимание больного на самые неприятные ассоциации, спонтанно возникающие во время процедуры, а затем снова возвращаясь к основной цели – первоначальному негативному воспоминанию. Процедура повторяется до тех пор, пока уровень беспокойства в тот момент, когда припоминается исходная ситуация, не снижается до 0 – 1 балла по ШСБ. Добившись этого, клиенту предлагают снова обратиться к травмирующему инциденту, но используя при этом положительное самопредставление (позитивное убеждение в своих сексуальных возможностях), повторяя его про себя на фоне движений глаз. В результате степень соответствия положительного представления по ШСП постепенно достигает 6 – 7 баллов, т.е. клиент по-новому начинает оценивать предшествующий опыт и проникается убеждением, что он способен справиться со своей проблемой. При этом у клиента нередко возникают спонтанные представления об успехе при половом акте.

7. Сканирование тела. Это своего рода проверка результатов переработки, поскольку при полной нейтрализации связанного с травмой воспоминания оно не только теряет отрицательный эмоциональный заряд, но и перестает вызывать сопутствующие дискомфортные ощущения. Любое остаточное напряжение или телесный дискомфорт перерабатываются на фоне движений глаз до устранения.

8. Завершающий этап – подстройка к будущему. Клиенту предлагают представить ситуацию половой близости в ближайшем будущем. При возникновении дисфункциональных эмоций, мыслей, образов и ощущений проводится их дополнительная переработка. Позитивные образы и представления об успешном сексуальном контакте, которые приходят им на смену, закрепляют на фоне нескольких серий движений глаз. Работа с будущим проводится на заключительной стадии психотерапии, когда основные травмирующие воспоминания клиента, содержащие негативную информацию о его сексуальности и вызывающие внутренний дискомфорт, уже были переработаны.

ДПДГ-терапия психогенных сексуальных дисфункций осуществляется с частотой 1 – 2 раза в неделю при общем количестве сеансов от 2 до 6. Продолжительность 1 сеанса 1 – 1,5 часа.

3.3 ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия (нем. *Gestalt* – форма, образ, структура) традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и

депрессивных расстройств. Она также с успехом применяется при терапии многих психосоматических расстройств и в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. Это дает возможность использовать гештальт-терапию при работе с участниками военных действий и других экстремальных ситуаций с ПТСР.

Целью терапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование процесса развития, реализация возможностей и устремлений личности за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность к саморегуляции ничем невозможно заменить. Поэтому особое внимание уделяется готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание контакта с самим собой и окружением. Много внимания уделяется осознанию различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, и раскрытию их значения и функции в настоящее время.

Традиционно гештальт-терапия используется в групповых методах работы, однако, по данным зарубежных авторов, при работе с лицами, страдающими ПТСР, более эффективна индивидуальная терапия. В гештальт-терапии невротическое состояние индивида расценивается как неспособность полностью контактировать (завершать цикл контакта) с собой и окружающей средой, следствием чего является незавершенная ситуация. Один из симптомов ПТСР – неспособность ориентироваться в длительной жизненной перспективе, т.е. человек не планирует карьеру, вступление в брак, рождение детей. Таким образом, речь идет о неспособности выделять потребности (фигуры) из фона. Прерывание контакта происходит уже на первой стадии. В случае, когда истинные потребности остаются за гранью осознания, они могут заменяться потребностями других людей.

Гештальт-подход предлагает свой взгляд на человека; акцент тут ставится не на понимании (интерпретации) клиента, не на попытках научить его определенным схемам поведения, доведенным до автоматизма, а на переживании и на максимальном расширении жизненного пространства и свободы выбора.

Данный подход ориентирован на осознание (awareness) актуального жизненного опыта «здесь и теперь» клиента. Он охватывает одновременно сенсорный, аффективный, интеллектуальный, социальный и духовный аспекты и стремится «не просто к объяснению причин наших трудностей, а к использованию новых путей их разрешения» (Перлз, 1996).

Гештальт-подход побуждает человека лучше узнать и принять себя – принять таким, какой он есть на самом деле, со своим негативным опытом и социально неприемлемыми качествами, со своими психотравмами и вытесненными конфликтами. Психотерапевт тут выступает лишь в роли проводника, ориентирующегося на желания и возможности клиента, но, с другой стороны, является как бы другом и помощником в трудных, болезненных ситуациях.

Главной категорией гештальт-терапии служит не понятие «личность», как это принято в других подходах. Гештальт-терапия ориентирована на процесс, поэтому для понимания человека не нуждается в «застывших» структурах. Основной задачей тут является исследование всей совокупности событий, происходящих на той границе, где организм контактирует со средой. Причем сторонники гештальт-подхода подчеркивают, что эти события не сводятся к исключительно социальным.

Выделяют пять основных механизмов нарушения контакта, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, рассеяна или направлена не туда, куда нужно. Это проекция, конфлюенция, ретрофлексия, дефлексия и интроекция. Целью терапии является восстановление естественного протекания контакта и, следовательно, работа с механизмами его прерывания.

При *конфлюенции* (или слиянии) границы между человеком и миром стираются, чувство различия исчезает. В таком состоянии находится младенец, еще не способный отделить себя от мира. В момент экстаза, медитации человек также может ощущать себя слитым с миром воедино. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и

окружением происходит постоянно, человек перестает понимать, кто же он есть, существует ли он вообще, и утрачивает способность к реальному контакту с миром и с самим собой. Так, для участников военных действий характерна конфлюенция с теми, кто также участвовал в боевых действиях. Об этом свидетельствует употребление местоимения «мы», когда речь идет об их личных переживаниях. Они часто неспособны отличать свои переживания от переживаний сослуживцев. В данном случае работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от окружающего мира.

Ретрофлексия (удержание в себе) наблюдается в тех случаях, когда потребности блокируются социальной средой и не могут быть удовлетворены (непосредственно или опосредованно). Тогда энергия, предназначенная для манипулирования внешней средой, направляется вовнутрь. Чаще всего такой потребностью является агрессия. То есть суть ретрофлексии заключается в том, что человек удерживает в себе что-то, что адресовано другим людям.

Человек, для которого характерна *дефлексия*, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Во время терапии дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявляться в форме общих фраз, болтливости, шутовства, неспособности смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения. В этом случае энергия рассеивается, так как индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять направленное действие. Это характерно для симптома избегания, выраженного при ПТСР, который проявляется в уходе от обсуждения травматических событий и работы с ней, поскольку это серьезная психологическая нагрузка. Клиент убегает в пустые рассуждения, не касающиеся тяжелых переживаний, и в этом случае можно применить импрессивную технику, которая состоит в том, что когда клиент избегает контакта, его действия прерывают. Существует противоположная, экспрессивная, техника, которая заключается в усилении эмоций, жестов, позы, которую принимает клиент, т.е. следя в процессе сеанса за невербальным поведением и отметив какую-либо позу, жест, выражение лица, терапевт предлагает это усилить. Таким образом клиент может выйти на новый уровень понимания своего состояния и осознать свои скрытые эмоции.

Как уже отмечалось ранее, у лиц с ПТСР присутствует выраженная агрессия, которая может не только ретрофлексироваться, но и проецироваться, т.е. тут уже будет задействован механизм *проекции*. С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-либо действия или явления, которые приписываются окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («что-то толкнуло меня на это», «что-то заставило меня это сделать»). Так, клиент с ПТСР будет считать другого человека очень агрессивным, потому что не может принять свою агрессию и тревоги. В данном случае можно применить супрессивную технику: просто прервать проецирование клиента, предложив ему переадресовать высказывание. Если клиент говорит, что кто-то агрессивен, – предложить ему повторить: «Я сам агрессивен» – несколько раз. Эта переадресация помогает клиенту осознать свои настоящие чувства.

Для участников военных действий типична позиция жертвы с характерным снятием ответственности за то, что происходит с ними сейчас, и передача этой ответственности окружающим. Так, ответственность за свое нынешнее состояние возлагается на государство, армию, непонимание окружающих, а действия по улучшению своего состояния сводятся к минимуму. Таким образом, можно говорить об интроективности позиции жертвы у участников военных действий. *Интроекция* (или «проглатывание без переваривания») – механизм усвоения стандартов, норм, способов мышления, отношений к действиям, которые не ассимилируются – не становятся собственными. Для работы с интроектом «жертва» предлагается ассимилятивно-аккомодационная модель, в основе которой лежит активация ассимилятивного механизма в поведении клиента и включение механизма адаптации.

На определенном этапе работы, когда терапевт, оценив динамику развития психотерапии, характер прорабатываемых тем, готовность клиента к работе с глубокими

переживаниями, сочтет это возможным, клиенту предлагается обсудить ситуации, в которых он чувствовал себя несправедливо обиженным. Таким образом могут быть выявлены интроекты, которые можно соотнести с позицией или ролью жертвы.

Одним из основных симптомов ПТСР являются кошмарные сновидения, повторяющиеся воспоминания о психотравмирующих ситуациях. Хотя большинство авторов придерживается мнения, что ночные кошмары на темы травмы не несут глубинного личностного смысла, данные последних зарубежных работ позволяют говорить о том, что кошмарные сновидения являются выражением скрытого конфликта. В таком случае возможна работа с подобными сновидениями в рамках гештальт-терапии. Различные элементы сна рассматриваются как проекция отдельных частей личности клиента. Сон при таком подходе есть экзистенциальное послание, с которым спящий обращается к самому себе. Для этого клиенту предлагается последовательно идентифицировать себя с разными элементами сна таким образом, чтобы вернуть и усвоить свои проекции. Важно воспроизвести сон со всех точек зрения, т.е. побыть в роли каждого элемента сна, включая и неодушевленные предметы. Клиент должен прожить, осознать и интегрировать отвергаемые им части личности.

Таким образом, гештальт-терапия может применяться при следующих расстройствах, характерных для ПТСР:

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

Весьма эффективна гештальт-терапия при работе с суицидальными клиентами (Моховиков, 2001). При использовании методов гештальт-терапии в работе с суицидальными клиентами особое внимание обращают на работу с защитными механизмами в виде интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции, которые вносят свой вклад в происхождение саморазрушающего поведения.

Методы гештальт-терапии весьма эффективны при консультировании жертв изнасилования. Они позволяют:

а) помочь установить контакт с окружающим и воспринимать настоящее. «Что вы видите или чувствуете сейчас, в данный момент?», «Что происходит с вами и вокруг вас?»; слова «сейчас», «в данный момент» являются ключевыми и понемногу возвращают собеседника к реальности;

б) работать над сосредоточением внимания. «Всмотритесь (вслушайтесь, вчувствуйтесь) в то, что происходит именно сейчас с вами, вокруг вас»; фиксация на актуальных переживаниях отстраняет прошлое и позволяет сосредоточиться не только на окружающей реальности, но и на переменах в состоянии клиента;

в) работать с воспоминаниями. Человек обладает фундаментальной способностью – завершать любую ситуацию или взаимодействие (контакт), которые не являются законченными. Работа с воспоминаниями помогает завершить гештальт и приблизиться к возможности изменений;

г) работать с телесными ощущениями. Дезинтеграция приводит к тому, что чувства притупляются. Осознание того, что происходит с телом, способствует жизни в настоящем и интеграции частей личности;

д) работать с вербализацией мыслей и чувств. Высказывание способствует отстранению переживаний и снижению их интенсивности, что позволяет затем перейти к реконструкции, переменам и новому синтезу;

е) работать с непрерывностью эмоций. Отрицательные эмоциональные переживания являются значимыми, их можно контролировать; введение элементов осознанного контроля избавляет от бесчувственности и страха переживать свои эмоции,

при этом важна спонтанность, а не самопринуждение.

Гештальт-терапия также успешно применяется при работе с утратой (Кондратенко, 2003). Ситуация утраты характеризуется тем, что исчезает объект среды. В связи с этим возникает сильная фрустрация, так как целый ряд потребностей, удовлетворение которых связывалось с ушедшим, не находит своего адресата.

К основным понятиям гештальт-терапии относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость.

В основе всех нарушений лежит ограничение способности к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. Описанные выше нарушения контакта: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и слияние – часто называются сопротивлениями или защитными механизмами.

К основным процедурам гештальт-терапии относятся:

- расширение осознания;
- интеграция противоположностей;
- усиление внимания к чувствам;
- работа с мечтами (фантазией);
- принятие ответственности;
- преодоление сопротивления.

Подробнее с теорией гештальт-терапии можно ознакомиться в следующих работах: Александрова, 2000; Перлз, 1996, 2000, 2001; Перлз и др., 2001; Наранхо, 1995; Польстер и Польстер, 1999.

ТЕХНИКИ

ТЕХНИКА 1. «Концентрация внимания на чувствах»

Метод 1. «Обострение ощущения тела»

Упражнение 1

«Сейчас я осознаю, что лежу на кушетке. Сейчас я осознаю, что собираюсь осуществлять эксперимент на оознавание. Сейчас я осознаю, что колеблюсь, спрашиваю себя, с чего начать. Сейчас я осознаю – замечаю, что за стеной звучит радио. Это напоминает мне... Нет, сейчас я осознаю, что начинаю слушать, что передают... Я осознаю, что возвращаюсь от блуждания. Теперь я опять ускользнул. Я вспоминаю совет держаться внешних событий. Сейчас я осознаю, что лежу со скрещенными ногами. Я осознаю, что болит спина. Я осознаю, что мне хочется переменить положение. Теперь я осуществляю это...» и т. д.

Упражнение 2

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события: то, что видно, слышно, пахнет, – но не подавляя другие переживания. Теперь по контрасту сосредоточьтесь на внутренних процессах: образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях. Теперь попробуйте дифференцировать эти различные внутренние процессы, сосредоточиваясь на каждом из них так полно, как только можете: на образах, мышечных напряжениях и т. п. Следите при этом за всеми возникающими объектами, действиями, драматическими сценами и т. д.

Упражнение 3

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Позвольте своему вниманию блуждать по различным частям тела. По возможности «пройдите» вниманием все тело. Какие части себя вы чувствуете? До какой степени и с какой ясностью для вас существует ваше тело? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Обращая на них внимание, не старайтесь преждевременно расслабить их, позвольте им продолжаться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущения кожи. Чувствуете ли вы свое тело как целое? Чувствуете ли вы связь головы с туловищем? Чувствуете ли вы свои гениталии? Где ваша грудь? Конечности?

Упражнение 4

Ходите, разговаривайте или сидите; осознавайте проприоцептивные детали, никоим образом не вмешиваясь в эти ощущения.

Упражнение 5

Сидя или лежа в удобном положении, осознавайте различные ощущения тела и движения (дыхание, возникающие зажимы, сокращения желудка и т. д.); обратите внимание, нет ли во всем этом определенных комбинаций или структур – того, что происходит одновременно и образует единый паттерн напряжений, болей, ощущений. Обратите внимание, что происходит, когда вы сдерживаете или останавливаете дыхание. Соответствуют ли этому какие-нибудь напряжения рук и пальцев, перистальтика желудка, ощущения в гениталиях? Или, может быть, есть какая-то связь между сдерживанием дыхания и напряжением ушей? Или между задержкой дыхания и тактильными ощущениями? Какие комбинации вы можете обнаружить?

Метод 2. «Опыт непрерывности эмоций»

Упражнение 1

Попробуйте воспроизвести какое-либо телесное действие. Например, напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите кулаки, начните тяжело дышать. Вы можете заметить, что все это вызывает смутную эмоцию – в данном случае фрустрированный страх. Если к этому переживанию вы можете добавить, скажем, фантазию, представление о каком-то человеке или вещи в вашем окружении, которые фрустрируют вас, эмоция разгорится с полной силой и ясностью. И наоборот, в присутствии чего-то или кого-то, фрустрирующего вас, вы замечаете, что не чувствуете эмоции, пока не примете как свои собственные соответствующие телесные действия: сжимая кулаки, возбужденно дыша и т. п., вы начинаете чувствовать гнев.

Упражнение 2

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

Упражнение 3

Посетите художественную галерею, желательна достаточно разнообразная. Бросайте лишь моментальный взгляд на каждую картину. Какую эмоцию, хотя бы смутную, она вызывает? Если изображается буря, чувствуете ли вы в себе соответствующие вихри и волнение? Не пугает ли немного вот это лицо? Не раздражает ли этот яркий набор красок? Каким бы ни было ваше мимолетное впечатление, не пытайтесь изменить с помощью добросовестного разглядывания, переходите к следующей картине. Обратите внимание, какое тонкое эмоциональное чувство вызывает этот рисунок, и переходите к другому. Если ваши реакции кажутся очень смутными и мимолетными или вы вообще не способны их отследить, не

думайте, что это всегда будет так, повторяйте опыт при каждом удобном случае. Если трудно пойти в галерею, можете проделать то же самое с репродукциями.

Упражнение 4

Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, который имел для вас сильную эмоциональную нагрузку. Каждый раз старайтесь вспомнить дополнительные детали. Какое, например, самое страшное переживание вы можете вспомнить? Прочувствуйте вновь, как все это происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время.

Возможно, в фантазии всплывут какие-то слова, нечто, что вы или кто-то другой говорил в этой ситуации. Произносите их вслух, вновь и вновь; слушайте, как вы произносите их, почувствуйте свои переживания при выговаривании и слушании. Вспомните ситуацию, когда вы были унижены. Воспроизведите ее несколько раз. Обратите при этом внимание, не возникает ли в памяти какой-нибудь более ранний опыт подобного рода. Если это так, перейдите к нему и проработайте ситуацию.

Делайте это для разного эмоционального опыта – насколько у вас хватит времени. Есть ли у вас, например, незавершенные ситуации горя? Когда кто-то любимый умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы это сделать сейчас? Можете ли вы мысленно встать у гроба и проститься? Когда вы были более всего разъярены?

Пристыжены? В замешательстве? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если не можете, то способны ли почувствовать, что блокирует вас?

ТЕХНИКА 2. «Интеграция полярностей»

Упражнение 1. «Разыгрывание ролей»

Участники группы по предложению терапевта по очереди проигрывают свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не осознаются, но очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит тихим голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодого человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно выражены.

Если участник осознает свое поведение и желает от него избавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с противоположными чертами характера, например Хлестакова или Начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказа и нравов.

Для разыгрывания роли каждому участнику дается по 5–10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечатлениями.

Упражнение 2. «Борьба противоположностей»

Психотерапевт определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль Нападающего, другому – Защищающегося.

Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискуссию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать партнера, ругать его, поучать, говорить твердым авторитарным голосом. Защищающийся – извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него Нападающий.

Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняются ролями. Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессии Нападающего и чувство робости, унижения, незащищенности Защищающегося.

Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в реальной жизни. Обсудите полученный опыт вместе с группой.

Упражнение 3. «Антикварный магазин»

Сядьте на стул, закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себе, что вы находитесь в магазине, где продают антикварные вещи. Мысленно выберите себе любой предмет и вообразите себя этим предметом.

Рассказывайте от имени этого предмета о себе: как вы себя чувствуете; почему оказались в магазине; кто и где ваш прежний хозяин и т. д. Откройте глаза и поделитесь своими ощущениями с группой.

Точно так же можно идентифицироваться с цветком, деревом, животным, вообразив себя в соответствующих условиях. Не стесняйтесь своих ощущений. Старайтесь, чтобы у вас не осталось незавершенных переживаний.

Упражнение 4 «Два стула»

Нередко человек ощущает некоторую двойственность, расщепление противоположностями, чувствует себя в конфликте этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каждой сменой роли вы будете менять стулья: «дружелюбное Я» и «раздраженное Я».

Исполняемая роль может быть ролью человека, каков он сейчас; ролью ребенка, матери, отца, супруги или начальника. Роль может быть физическим симптомом – язвой, головной болью, болью в пояснице, сильным сердцебиением. Она может быть предметом, встретившимся во сне, например, частью мебели, животным и т. д.

Упражнение 5 «Работа с именем»

Ощущение идентичности развивается под влиянием окружения. Это реакция на воздействия и влияния, адресованные человеку. Даже имя или имена, которые записаны в документах, влияют на судьбу. Они отражают родительские ожидания, направленные на ребенка, культурный и исторический фон, часто историю рода или историю страны. Кроме официального имени, человек несет детские имена, клички и прозвища – те,

которыми его называли в детстве родственники и родители, как его называют сейчас близкие люди или враги.

Предлагается несколько вариантов упражнений, которые могут активизировать чувства, связанные с именем, и ассоциированные с именем отношения в семье детства.

Разные упражнения, выделяя разные фигуры, позволяют фокусироваться на разнообразных аспектах одной большой темы. Нет смысла делать их подряд, но стоит выбрать подходящие для данной сессии.

Вспомните имена и прозвища, которыми вас называли в детстве. Кто дал вам эти имена, в каких обстоятельствах вас называли тем или иным именем? Кто называл? Какие чувства вы испытываете сейчас, когда думаете об этих именах?

Выберите наиболее яркие детские имена. Какие чувства они вызывали? Соединитесь с проекцией. Поэкспериментируйте прямо сейчас. Какие чувства выражало это имя? Как к вам относились те, кто давал это имя или прозвище? Проиграйте сценки с вашим партнером.

Какие у вас прозвища или ласкательные имена сейчас? Откуда они взялись? Какие области жизни они затрагивают?

Есть ли у вас разные имена дома и на работе? Если да, с чем это связано?

Вспомните ваши имена (определения, характеристики) в разные периоды жизни. Как они влияли или влияют на ваше представление о себе сейчас?

Представьте в кругу тремя разными именами, сопровождая каждое соответствующей интонацией и пантомимой.

Вспомните отношение к своему имени в разные периоды жизни. Как оно менялось? Гордились ли вы им, любили ли свое имя – или были периоды негативного отношения?

Какие у вас сейчас варианты имен? В каких ситуациях вас так называют, когда вы таким образом представляетесь, кому, где? Какие чувства у вас ассоциируются с этими именами? Какие отношения с называющими вас так людьми?

Были ли случаи, когда вас называли именем, не соответствующим вашему полу или насмешливым?

Как выбирали ваше имя родители? В честь кого? Их ожидания – что вы об этом знаете?

Какое символическое значение вашего имени, что оно значит в переводе, что оно значило для вас в разные периоды жизни.

Как вы себя чувствуете с вашим именем среди других? Как относитесь к тем, у кого такие же имена: чувствуете ли вы себя хорошо или у вас возникают негативные чувства, когда есть еще люди с таким же именем? Если ваше имя уникальное – как вам среди тех, кто носит обыкновенное имя?

Если бы вы выбирали себе имя заново – какое бы вы выбрали имя и почему, что оно могло бы символизировать? Какие есть доводы для сохранения старого имени? Какие резоны для выбора нового?

Осознайте, как вы представляетесь – например, в данной группе; как вас называют – так, как вы представились или иначе. Как вы на это реагируете? Как вы предпочитаете, чтобы вас называли, кто и когда? Какие варианты своего имени вы не любите?

(Для замужних.) Как повлияла на вашу идентичность смена или оставление девичьей фамилии после свадьбы, в случаях развода или вдовства? То, чью фамилию носите и почему – что это значит для вас? Если ваша фамилия отличается от фамилии мужа, то как на это реагируют люди?

ТЕХНИКА 3. «Работа со сновидениями»

Упражнение 1

Расскажите сон от первого лица. Выделите наиболее заряженные энергией элементы сна. Последовательно идентифицируйтесь с каждым объектом сна, произнесите монолог от его имени. Возможна организация диалога между элементами сна. Найдите проекцию этих отношений в «дневной» жизни (это действие называется «челнок»).

Упражнение 2

Выберите фрагмент сна и нарисуйте его. В паре выберите двух персонажей сна. Вылепите из партнера, как из глины, одного из персонажей. Это может быть движущаяся скульптура. Повзаимодействуйте с этой фигурой от имени второго персонажа. Поменяйтесь ролями – теперь вы играете ту роль, которую играл ваш помощник, он сыграет второго персонажа вашего сна.

Упражнение 3 «Диалог снов»

Нарисуйте иллюстрацию из сна, который приснился вам когда-то. Пусть это будет два или три предмета. В паре выберите из каждого рисунка по одному персонажу. Пусть каждый из вас в роли своего персонажа проведет диалог с персонажем из сна другого человека. Проведите диалог между этими фигурами, осознайте, как и с кем этот же диалог могли бы вести в жизни.

Упражнение 4 «Антисон»

Работа в парах. Расскажите сон последовательно. Выберите и запишите список всех существительных, прилагательных и глаголов. Найдите антоним для каждого слова. Расскажите новую историю (сон), который состоит из этих противоположных по значению слов, вашему партнеру.

Упражнение 5

В группе один человек рассказывает сон. Каждый из слушателей выбирает одного «персонажа» и делает рисунок. Затем в парах проиграйте роли этих персонажей или разыграйте диалог между выбранными персонажами. Осознайте, какие ваши чувства отразились в этом сне.

ТЕХНИКА 4. «Преодоление сопротивления»

Метод 1. «Превращение слияния в контакт»

Упражнение 1

Отметьте некоторые свои привычки: как вы одеваетесь, как чистите зубы, как открываете или закрываете дверь, как печете пирог. Если привычки кажутся не самыми эффективными или новый образ действий не хуже, а кроме того, принесет разнообразие, попробуйте изменить старые привычки. Что произойдет? Получите ли вы удовольствие, учась делать что-то по-новому? Или вы встретитесь с сильными сопротивлениями? Не опрокинет ли изменение одной какой-нибудь частности всю схему вашего заведенного порядка? Что происходит, когда вы наблюдаете, как кто-то выполняет работу, похожую на вашу? Не раздражают ли вас отличия, хотя бы небольшие, от того, как делаете это вы сами?

Упражнение 2

Проснувшись, прежде чем встать, подумайте о возможности чувствовать или действовать как-то иначе, не так, как обычно. Не принимайте решений, которые необходимо выполнить, просто живо визуализируйте возможные простые и легко выполнимые изменения в вашем обычном расписании.

Упражнение 3

Рассмотрите как можно больше своих характерных черт: речь, одежду, поведение в целом и т. д. – и задайте себе вопрос, в подражание кому вы их обрели. Другим? Врагам? Если вы одобряете в себе эту особенность, чувствуете ли вы благодарность к ее источнику?

Упражнение 4

Понаблюдайте за своими реакциями на кинофильм или спектакль. Отметьте, насколько, не замечая этого, вы отождествляетесь с героями. С какими именно? Не испытываете ли вы при этом внутреннего сопротивления.

Упражнение 5

Вспомните, по отношению к кому вы чувствуете вину или обиду. Если бы те же действия сделал кто-нибудь другой, вызвали ли бы они то же чувство? Теперь вспомните свои отношения с этим человеком в целом. В какой степени вы принимаете как само собой разумеющееся то, что, может быть, он вовсе не принимает за само собой разумеющееся? Хотите ли вы изменить статус-кво?

Тогда, вместо того чтобы мучить себя чувствами вины или обиды, поищите пути расширения области контакта!

Метод 2. «Работа с ретрофлексией. Исследование ложно направленного поведения»

Упражнение 1

Когда мы употребляем такие выражения, как «Я спрашиваю себя» или «Я говорю себе», что имеется в виду? Эти выражения, которые мы используем на каждом шагу, молчаливо предполагают, что человек как бы разделен на две части, что это как бы два человека, живущие в одном теле и способные разговаривать друг с другом.

Попробуйте действительно понять, что, «спрашивая себя» о чем-то, вы задаете ретрофлексивный вопрос. Вы не знаете ответа, иначе бы вы не задавали вопрос. Кто в вашем окружении знает или должен был бы знать? Если вы можете определить, кто это, можете ли вы почувствовать желание задать свой вопрос не себе, а ему? Что вас удерживает? Застенчивость? Боязнь отказа? Нежелание обнаружить свое невежество?

Когда вы «советуетесь с собой» о чем-то, можете ли вы осознать свои мотивы? Они могут быть разными. Это может быть игра, домогательство, утешение или выговор самому себе. Чем бы это ни было, кого вы подменяете собой?

Рассмотрите угрызения совести. Вы найдете здесь не подлинное чувство вины, а лишь притворство. Обратите упрек к тому, к кому он реально обращен. Кого вы хотите укорить? Кого вы хотите переделать? В ком вы хотите вызвать чувство вины, притворяясь, что испытываете его сами?

Рассмотрите случаи саможаления и самонаказания и попробуйте ответить на следующие вопросы. Кого вы хотите пожалеть? От кого вы хотели бы получить сочувствие? Кого вы хотите наказать? Кем вы хотели бы быть наказаны?

Упражнение 2

Хотя немногие из нас страдают неврозом навязчивости, но всем нам свойственна известная мера самопринуждения. Пытаясь заставить себя делать то, чего вы сами не хотите делать, вы работаете против мощного сопротивления. Перспектива достижения цели проясняется, если вместо принуждения вы займетесь выяснением того, какие препятствия стоят на вашем пути.

Обратите ситуацию, в которой вы принуждали бы себя, в ситуацию, когда вы принуждаете другого выполнить задание за вас. Будете ли вы манипулировать им с помощью вежливых слов? Или вы будете угрожать, командовать, подкупать, награждать?

С другой стороны, как вы реагируете, когда вас принуждают? Притворяетесь глухим? Даете обещания, которые не собираетесь выполнять? Или вы реагируете чувством вины и выплачиваете долг презрением к себе и отчаянием?

Упражнение 3

Еще одна важная ретрофлексия – чувство презрения к самому себе, самоуничужение. Когда отношения человека с самим собой нарушены, все его межличностные отношения тоже нарушены. Человек хронически пребывает в плохих отношениях с собой, если у него сложилась привычка все время оценивать себя и сравнивать свои реальные достижения со своими завышенными идеалами.

В чем вы сомневаетесь относительно себя? Не доверяете себе? За что осуждаете себя?

Можете ли вы обратить эти отношения? Кто этот X, в котором вы сомневаетесь? Кого вы презираете? С кого хотели бы сбить спесь? Не является ли ваше чувство неполноценности скрытым высокомерием? Можете ли вы рассмотреть свое самоуничужение и увидеть в нем ретрофлектированное желание уничтожить некоего X?

Упражнение 4

Еще один важный тип ретрофлексии – интроспекция. Это глазение на самого себя. Наблюдающий раздвоен, отделен от наблюдаемой части, и пока это разделение не «зарастет», человек не почувствует, что возможно самоосознание себя как целостной личности.

Рассмотрите свою интроспекцию. Какова ваша цель? Вы ищете какую-то тайну?

Пытаетесь вытащить какое-то воспоминание? Надеетесь (или боитесь) столкнуться с чем-то неожиданным? Не смотрите ли вы на себя пристальным оком сурового родителя, чтобы удостовериться, что вы не наделали недозволенного? Или вы стараетесь найти что-то, что будет соответствовать теории – например, той, которая развивается на этих страницах? Или, наоборот, вы находите, что таких подтверждений нет? Обратите подобные отношения на окружающих людей. Есть кто-нибудь, чьи «внутренности» вы хотели бы рассмотреть?

Есть ли кто-нибудь, за кем вы хотели бы строго смотреть? Независимо от цели вашего интроспектирования, как вы это делаете? Докапываетесь до чего-то? Или вы похожи на грубого полицейского, который стучит в дверь и требует немедленно ее открыть? Или вы смотрите на себя робко, украдкой, или уставились на себя невидящими глазами? Или вы подтасовываете события, чтобы они соответствовали вашим ожиданиям? Фальсифицируете их путем преувеличения? Или вы выделяете только то, что соответствует вашим ближайшим целям? Короче, обратите внимание, как функционирует ваше Я. Это гораздо важнее, чем конкретное содержание наблюдения.

Метод 3. «Работа с ретрофлексией. Мобилизация мускулов»

Упражнение 1

В здоровом организме мышцы не зажаты, не расслаблены, они находятся в среднем тонусе, поддерживают позу, готовы обеспечивать движения или манипулирование объектами. В начале этого эксперимента не расслабляйтесь, пока не будете в состоянии справиться с возбуждением, которое таким образом освобождается. С самого начала будьте готовы к неожиданным взрывам гнева, выкрикам, рвоте, мочеиспусканию, сексуальным импульсам и т. п. Импульсы, которые вы можете почувствовать вначале, довольно близки к поверхности, и вы легко с ними справитесь. Тем не менее, чтобы избежать возможного замешательства, мы советуем выполнять мышечные эксперименты в одиночестве. Кроме того, если вы склонны к приступам тревожности, прежде чем предпринимать интенсивное мышечное сосредоточение, проработайте то, что вы собираетесь делать, с помощью внутренней вербализации.

Лежа, не расслабляясь произвольно, почувствуйте свое тело. Отметьте, в какой области ощущаются боли – головная боль, боль в спине, писчий спазм, желудочный спазм, вагинизм и т. д. Почувствуйте, где есть зажимы. Не «входите» в зажим и ничего с ним не делайте. Осознайте напряжения глаз, шеи, области вокруг рта. Позвольте своему вниманию последовательно пройти по ногам, нижней части туловища, рукам, груди, шее, голове. Если вы заметите, что лежите сгорбившись, исправьте положение. Не делайте резких движений, дайте возможность мягко развиваться самоощущению. Заметьте тенденцию вашего организма к саморегуляции – тенденцию отпустить что-то в одном месте, потянуться – в другом и пр.

Не обманывайте себя, что вы чувствуете свое тело в тех случаях, когда вы всего лишь визуализируете или «теоретически» знаете о нем. Если вы склонны к последнему, вы работаете с представлением о себе, а не с собой. Но это представление о себе навязано вам вашим Я с его сопротивлениями; оно не обладает саморегуляцией и спонтанностью. Оно не исходит из чувствования-осознавания организма. Можете ли вы, выжидая, не доверяя визуализации и теориям, обрести жар осознания, возникающий непосредственно в частях тела, на которых вы сосредоточиваете внимание?

Продвигаясь, обратите внимание, какие возражения каждому определенному моменту осознания могут у вас возникнуть. Не питаете ли вы презрения к физическому функционированию? Или вы стыдитесь, что вы – тело? Не считаете ли дефекацию болезненной и грязной необходимостью? Не пугает ли вас тенденция сжимать кулаки? Не боитесь ли вы нанести удар? Или того, что ударят вас? Не беспокоит ли вас ощущение напряжения в гортани? Не боитесь ли вы закричать?

В тех частях тела, которые вам было особенно трудно ощутить, при восстановлении чувствительности вы скорее всего испытаете острую боль, болезненную тупость, судороги. Если такие боли возникнут, сосредоточьтесь на них. Разумеется, мы имеем в виду только функциональные или «психогенные» боли, а не результаты физических

повреждений или инфекций. Старайтесь не впасть в ипохондрию, но, если возникают сомнения, обратитесь к врачу. Если возможно, найдите такого врача, который разбирается в функциональных расстройствах.

Упражнение 2

Чрезвычайно полезный метод, позволяющий понимать значение определенных болей и напряжений, – это вспомнить соответствующие расхожие выражения. Как правило, они содержат веками проверенную мудрость. Например:

Если у меня жесткая шея, не упрям ли я? Я высоко задираю голову: не высокомерен ли я? Я выдвигаю вперед подбородок: не хочу ли я лидировать? Мои брови выгибаются дугой: не надменен ли я? У меня сжимается горло: не хочу ли я закричать? Я насвистываю в темноте: не боюсь ли я чего-то?

Мое тело дрожит: я испуган? У меня нахмурены брови: я сержусь? Я чувствую, что разбухаю: не готов ли я разразиться гневом? Мое горло стянуто: чего я не могу проглотить? Я чувствую тошноту: чего я не могу переварить?

Упражнение 3

До сих пор вы исследовали себя и мягко к себе приспособлялись. Теперь настало время явно выразить функции, которые скрыты в зажатых мышцах, превратить мышечные зажимы в контролируемое поведение. Наш следующий шаг в разрешении проблем хронических мышечных напряжений – и любых других психосоматических симптомов – состоит в обретении адекватного контакта с симптомом и присвоении его как вашего собственного.

Примените к головной боли или другому подобному симптому метод эксперимента на концентрацию. Отдайте ей свое внимание и позвольте спонтанно образовываться фигуре/фону. Если вы можете принять боль, она явится мотивирующим интересом; это ощущение, вызывающее заинтересованность. Важно уметь ожидать ее развития. Позвольте этому происходить самому по себе, без вмешательства и без предварительных идей. Если вы войдете в контакт, фигура будет становиться все более ясной и вы сможете разрешить болезненный конфликт. Но нужно иметь в виду, что в течение длительного периода после начала работы изменения могут быть очень медленными, особенно если вы ждете с самого начала яркой драмы, так что вы рискуете потерять терпение.

Боль будет перемещаться, расширять или сужать локализацию, менять интенсивность, качество и т. п. Старайтесь замечать, в каких местах и в каком направлении вы сжимаете определенные мускулы, определять форму и размеры зажимов. Будьте внимательны к каждому дрожанию, почесыванию, «мурашкам» на коже, вздрагиванию – короче, ко всем знакам биологического возбуждения. Такие ощущения возбуждения, вегетативные или мышечные, могут появляться волнами или быть постоянными, возрастать или убывать. По мере развития зуда, например, посмотрите, можете ли вы удержаться от преждевременного почесывания; сосредоточьтесь на нем и следите за его развитием. Позвольте возбуждению выйти на передний план. Если процедура проведена правильно, в конце концов остается ощущение здоровья и благополучия. Эта техника применима не только к психосоматическим болям, но также к усталости, неопределенным возбуждениям, приступам тревожности.

Упражнение 4

При выполнении предыдущих упражнений вы, возможно, испытаете тревогу, которая является саморегуляцией – попыткой преодолеть неправильное дыхание во время усиливающегося возбуждения. Независимо от того, есть ли тревога, выполните следующее упражнение.

Сделайте 4–5 глубоких, но без усилия вдохов и выдохов. Можете ли вы почувствовать поток воздуха в горле, в носоглотке, в голове? При выдохе ртом дайте воздуху спокойно выходить и подставьте руку, чтобы почувствовать поток. Не держите ли вы грудь расширенной, даже когда в нее не входит воздух? Втягиваете ли вы живот во время вдоха? Можете ли вы прочувствовать мягкий вдох до подложечной ямки и тазовой области? Чувствуете ли вы движение ребер по бокам и на спине? Обратите внимание на

напряжения в горле; на челюсти; на носоглотку. Особое внимание уделите напряжению в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием. В течение дня – особенно в те моменты, когда вы ощущаете интерес (в работе, когда рядом кто-то сексуально привлекательный, воспринимая произведения искусства, при столкновении с важной проблемой), – обратите внимание, как вы стараетесь сдерживать дыхание, вместо того чтобы дышать глубже, что было бы естественней в такой ситуации с биологической точки зрения. Что вы удерживаете, ограничивая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Испускание газов? Плач?

Метод 4. «Работа с ретрофлексией. Возвращение действия во внешний мир»

Упражнение 1

Сосредоточиваясь на различиях между левой и правой сторонами, вы можете в значительной степени восстановить тонкие моменты равновесия, необходимые для здоровой позы и правильного передвижения. Лягте на спину на пол. Поработайте сначала над дугами в пояснице и в шее. Хотя ни то, ни другое не висело бы в воздухе, если бы ваша лежащая поза была правильной, не старайтесь расслабиться или насильно заставить позвоночник распрямиться. Поднимите колени и слегка раздвиньте их, опираясь подошвами о пол. Это уменьшит напряжение в позвоночнике, но вы все еще можете почувствовать жесткость спины и тянущее ощущение в ногах. Позвольте телу спонтанно изменить позу на более удобную.

Теперь сравнивайте каждую часть правой стороны тела с левой. Вы найдете много различий в том, что должно быть симметрично. Ощущение, что вы лежите «совершенно криво», выражает, хотя и в несколько преувеличенном виде, то, что есть на самом деле. Следуя внутренним импульсам в организме, по мере того как вы их замечаете, мягко меняйте позу – очень, очень медленно, без резких движений. Сравнивайте левый и правый глаз, плечи, ноги, руки и т. д.

В процессе этой работы держите колени несколько раздвинутыми, руки свободными и неперекрещенными. Отметьте тенденцию соединять их, *если* она возникнет. Посмотрите, что это может означать. Вы хотите защитить ваши гениталии? Вы чувствуете себя слишком открытым и незащищенным перед миром, когда вы так лежите? Кто может напасть на вас? Или вы хотите связать себя из страха, что иначе вы распадетесь на куски? Не являются ли ваши различия правого и левого выражением желания одной рукой ухватиться за кого-то, а другой – оттолкнуть его? Пойти куда-то и в то же самое время не пойти? Когда вы пытаетесь устроиться поудобнее, как вы это делаете? Вы извиваетесь? Ежитесь? Переползаете? Не чувствуете ли вы себя в ловушке?

Очень важная взаимосвязь, как и важные различия, существует между передней и задней частями тела. Например, возможно, что в то время, когда вы делаете вид, что смотрите перед собой, на самом деле вас интересует то, что сзади вас, так что вы никогда не видите, где находитесь. Какой неизвестной вещи вы ждете сзади? Или вы надеетесь, что нечто возьмет вас приступом? Если вы склонны спотыкаться и легко падать, внимание к различиям между передней и задней частью может оказаться очень полезным.

Давая развиваться мышечным ощущениям, вы можете иногда почувствовать смутное, но сильное желание проделать определенное движение. Это может быть какое-то потягивание или вытягивание. Попробуйте последовать этому импульсу. Если чувство усилится, протяните всю руку и – как естественное продолжение этого жеста – все тело. К чему вы устремились? К матери? К отсутствующей возлюбленной? Не переходит ли в какой-то момент вытягивание рук в отталкивание? Если это так – оттолкните. Оттолкнитесь от чего-то твердого, вроде стены. Делайте это с силой, соответствующей вашему чувству.

Или, предположим, ваши губы сжимаются и голова наклоняется на сторону. Дайте вашей голове двигаться из стороны в сторону и скажите «нет!». Можете вы сказать это твердо и громко? Или ваш голос дрожит и прерывается? Вы просите? Оправдываетесь? Или наоборот, ваш отказ перерастает в общее чувство неповиновения и бунта, с ударами, пинками и криками? Что это значит?

При выполнении этих подражательных движений ничего нельзя достичь насильно. Иначе упражнение превратится в актерство и *собьет вас с нужной пути*. Ваше понимание того, что ищет выражения, должно расти из исследования и развития ваших чувств и их значения для вас. Если движения правильные и происходят в правильном ритме и в правильное время, они кристаллизуют ваши чувства и проясняют значение ваших межличностных отношений.

Метод 5. «Работа с интроекцией. Интроецирование и еда»

Упражнение 1

Сосредоточьтесь на своей еде, не читая и не думая. Моменты еды стали для нас в основном поводом для различных социальных действий. Примитивное существо уединяется, чтобы поесть. Последуйте – ради эксперимента – его примеру: один раз в день принимайте пищу в одиночестве и учитесь есть. Это может занять около двух месяцев, *но в конце концов* вы обретете новый вкус. Если вы нетерпеливы, это может показаться слишком долгим. Вам захочется магических способов, быстрых результатов без усилия. Но, чтобы избавиться от своих интроектов, вы сами должны совершить работу разрушения и новой интеграции. -

Отмечайте свои сопротивления при обращении к еде. Чувствуете ли вы вкус только первых кусков, впадая затем в транс «думания», грез, желания поговорить – и при этом теряя ощущение вкуса? Откусываете ли вы куски определенным и эффективным движением передних зубов? Иными словами, откусываете ли вы кусок *мясного сэндвича*, который держите в руке, или только сжимаете челюсти, а потом движением руки отрываете кусок? Используете ли вы зубы до полного разжижения пищи? Пока просто замечайте, что вы делаете, без намерения что-то менять. Многие изменения будут происходить сами собой, спонтанно, если вы будете поддерживать контакт с пищей.

Когда вы осознаете процесс еды, чувствуете ли вы жадность? Нетерпение? Отвращение? Или вы обвиняете спешку и суету современной жизни в том, что вам приходится проглатывать пищу? Иначе ли обстоит дело, когда у вас есть свободное время? Избегаете ли вы пресной, безвкусной пищи или проглатываете ее без возражений? Чувствуете ли *вы* «симфонию» запахов и фактуры пищи или вы настолько редуцировали свой вкус, что для него все более или менее одинаково?

Как обстоит дело не с физической, а с умственной пищей? Задайте себе, например, подобные вопросы относительно читаемой печатной страницы. Проскальзываете ли вы трудные абзацы или прорабатываете их? Или вы любите только легкое чтение, то, что можно проглотить без активной реакции? Или вы принуждаете себя читать только «трудную» литературу, хотя ваши усилия доставляют вам мало радости?

А как с кинофильмами? Не впадаете ли вы в своего рода транс, при котором вы как бы «тонете» в сценах? Рассмотрите это как случай слияния.

Метод 6. «Работа с интроекцией. Изгнание и переваривание интроектов»

Упражнение 1

Каждый раз во время еды один кусок – только один! – разжевывайте полностью до разжижения; не дайте ни одной частичке остаться неразрушенной, выскикивайте их языком и вытаскивайте из уголков полости рта для разжевывания. Когда вы почувствуете, что пища полностью разжижена – проглотите ее.

Упражнение 2

Найдите какое-то интеллектуальное действие, эквивалентное пережевыванию куска. Например, возьмите одно трудное предложение в книге, которое кажется «крепким орешком», и тщательно его проанализируйте, разложите на части. Найдите точное значение каждого слова. Определите, хотя бы смутно, истинно или ложно предложение в целом. Сделайте это предложение своим или уясните, какую его часть вы не понимаете. Может быть, это не ваше непонимание, а предложение непонятно? Решите это для себя.

Еще один полезный эксперимент, использующий функциональную тождественность между съеданием физической пищи и «перевариванием» межличностной ситуации. Когда вы пребываете в беспокойном настроении: сердиты, подавлены, обвиняете кого-то, то есть склонны к «проглатыванию» – произвольно примените свою агрессию, направив ее

на какую-то физическую пищу. Возьмите яблоко или кусок черствого хлеба и обратите на него возмездие. В соответствии со своим состоянием жуйте его так нетерпеливо, поспешно, злобно, жестоко, как вы только можете. Но кусайте и жуйте, а не глотайте!

Упражнение 3

Хотя это и неприятно, но нет иного пути обнаружить, что в тебе не является частью тебя, кроме как восстановить отвращение и сопутствующий импульс отвержения. Если вы хотите освободиться от чуждых вкраплений, интроектов в вашей личности, вы должны, в дополнение к жевательному упражнению, интенсифицировав осознание вкуса, находить места, где вкус отсутствует, и восстанавливать его. Осознавайте изменение вкуса во время жевания, различия в структуре, консистенции, температуре пищи. Делая это, вы наверняка возродите отвращение. Тогда, как и при любом другом болезненном опыте, который является вашим собственным, вы должны принять и осознать это. Когда, наконец, появляется импульс рвоты, последуйте ему. Это кажется ужасным и болезненным только из-за сопротивления. Маленький ребенок делает это с легкостью; сразу же после этого он снова счастлив, освобожденный от чуждой беспокоившей его материи.

Упражнение 4

Вот простое упражнение для того, чтобы начать работу над подвижностью застывшей челюсти. Если вы заметили, что часто сжимаете зубы или находитесь в состоянии суровой решимости, вместо того чтобы работать с легкостью и интересом, позвольте своим верхним и нижним зубам соприкоснуться легко. Держите их несжатыми и не разомкнутыми. Сосредоточьтесь и ждите развития. Рано или поздно ваши зубы начнут стучать, как от холода. Дайте этому развиться – если это произойдет – в возбуждение общей дрожи по всем мышцам. Дайте свободу этому состоянию, пока все не затрясется и не задрожит. Если вам удался этот эксперимент, используйте возможность увеличить свободу и амплитуду движений челюсти. Смыкайте зубы в различных положениях – резцы, передние коренные, задние коренные, а в это время сожмите пальцами голову между челюстями и ушами. Найдя болезненные точки напряжения, используйте их как места сосредоточения. Если вы достигли общей дрожи в этом или других экспериментах, используйте это для того, чтобы полностью освободиться от ригидности – до головокружения или до прекращения напряжения.

Попробуйте противоположное – сильно сжать зубы в любом положении, как при откусывании. Это создаст болезненное напряжение в челюстях, которое распространится на десны, рот, горло, глаза. Сосредоточьтесь на паттерне напряжения и затем так внезапно, как можете, освободите челюсти.

Чтобы вернуть подвижность жесткому рту, откройте его широко, когда разговариваете, а затем «откусывайте» свои слова. Выбрасывайте их, как пули из пулемета.

Упражнение 5

В этом упражнении координируются дыхание и мышление (внутренняя речь). Поговорите про себя (молча, внутренне), но обращаясь к определенной аудитории, может быть, к одному человеку. Будьте внимательны к своей речи и своему дыханию. Постарайтесь не оставлять слов в горле («уме») во время вдоха; выпускайте одновременно дыхание и мысли. Заметьте, как часто вы сдерживаете дыхание, вы вновь увидите, как много в вашем мышлении от односторонних межличностных отношений, а не обмена; вы всегда читаете лекцию, комментируете, судите или защищаете, расследуете и т. п. Поищите нужный ритм речи и слушания, ритм давать-брать, выдоха и вдоха. (Эта координация дыхания и внутренней речи – хотя одного этого упражнения и недостаточно – является основой терапии заикания.)

Метод 7. «Работа с проекцией. Обнаружение проекций»

Упражнение 1

Страх быть отвергнутым очень важен для всех невротиков, поэтому мы можем начать упражнения с него. Картина отвергнутости – сначала родителями, а теперь друзьями – создается, обыгрывается и поддерживается невротиком. Хотя это может

иметь основания, противоположное также верно – невротик отвергает других за то, что они не живут в соответствии с фантастическим идеалом или стандартом, который он им предписывает. Поскольку он спроецировал свое отвержение на других, он может, не чувствуя никакой ответственности за ситуацию, считать себя пассивным объектом необоснованной вражды, недоброжелательства и даже мести.

Что касается вас – вы чувствуете себя отвергнутым? Кем?

Матерью, отцом, сестрой, братом? Таите ли вы на них зло за это? На каких основаниях вы отвергаете их? В чем они не отвечают вашим требованиям?

Вызовите в фантазии кого-нибудь из знакомых. Любите вы его (или ее) или не любите? Любите вы или не любите ту или иную его черту или образ его действий? Визуализируйте его и поговорите с ним вслух. Скажите ему, что вы принимаете в нем то-то и то-то, но не хотите больше терпеть того-то, не выносите, когда он делает то-то и т. д. Повторяйте этот эксперимент много раз. Говорите ли вы неестественно? Неуклюже? Смущенно? Чувствуете ли вы то, что говорите? Не появляется ли тревожность? Чувство вины? Боитесь ли вы, что своей искренностью можете непоправимо испортить отношения? Убедитесь в разнице между фантазией и реальностью: именно эти две вещи проецирующей обычно путает.

Теперь важнейший вопрос: не чувствуете ли вы, что это вы отвергаете – на тех самых основаниях, на которых считаете себя отвергнутым? Вам кажется, что люди смотрят на вас свысока? Если так, можете ли вы вспомнить случаи, когда вы смотрели свысока (или хотели бы так смотреть) на других? Не отвергаете ли вы в себе тех самых черт, за которые, как вы думаете, другие отвергают вас? Тощий, жирный, с кривыми зубами – что еще вы не любите в себе? Полагаете ли вы, что другие так же презирают вас за эти недостатки, как вы сами? С другой стороны, не замечаете ли вы, как вы приписываете другим качества, нежелательные в себе? Обманув кого-то, не говорите ли вы: «Он чуть было не обманул меня!»?

Упражнение 2

Рассмотрите свои словесные выражения. Переведите их как с одного языка на другой: все предложения, в которых «оно» или другие безличные слова являются подлежащим, а «я» – второстепенным членом предложения, замените такими, где «я» будет подлежащим. Например: «Мне вспомнилось, что мне назначили встречу» поменяйте на: «Я вспомнил, что у меня встреча». Ставьте себя в центр предположений, которые вас касаются; например, выражение: «Я должен это сделать» означает: «Я хочу это сделать», или: «Я не хочу этого делать и не буду, но при этом я выдумываю себе оправдания», или: «Я удерживаюсь от чего-то другого». Переделайте также предложения, в которых вы действительно должны быть объектом, в такие, где вы переживаете что-то. Например: «Он ударил меня» в: «Он ударил меня, и я испытываю удар»; «Он говорит мне» в: «Он говорит мне нечто, и я слушаю это».

Тщательно рассматривайте содержание этого «оно» в таких выражениях; переведите словесную структуру в визуальную фантазию. Например: «Мысль пришла мне в голову». Как она это сделала? Как она шла и как вошла? Если вы говорите: «У меня болит сердце», испытываете ли вы боль по какому-то поводу всем своим сердцем? Если вы говорите: «У меня болит голова», не напрягаете ли вы мускулы таким образом, что создаете головную боль – может быть, даже намеренно?

Вслушайтесь в язык других людей и попробуйте переводить его таким же образом. Это прояснит для вас многое в их отношениях. В то же время вы начнете понимать, что в жизни, как в искусстве, хотя важно и то, что говорится, еще важнее структура, синтаксис, стиль – они выражают характер и мотивацию.

Метод 8. «Работа с проекцией. Ассимилирование проекций»

Упражнение 1

Чтобы растворить иррациональную «совесть», нужно сделать два шага. Во-первых, переведите фразу типа: «Моя совесть или мораль требует...» в: «Я требую от себя...», то есть переведите проекцию в ретрофлексию.

Во-вторых, обратите последнюю в обоих направлениях, то есть в: «Я требую от X» и:

«Х (например, общество) требует от меня». Нужно отличать действительные требования и ожидания общества как от своих личных требований, так и от своих интроекций. Посмотрите, как вы ведете себя, становясь «совестью». Придираетесь? Ворчите? Угрожаете? Шантажируете? Бросаете горькие, обиженные взгляды? Если вы сосредоточитесь на этих фантазиях, то увидите, сколь многое в «моральном долге» является вашей собственной скрытой атакой, что представляет собой частично интроецированные влияния и какая часть этих требований рациональна.

Метод 9. «Работа в группе»

Как и в других групповых методиках, после окончания каждого из описанных ниже упражнений тренер просит всех участников сесть в общий круг. Далее проводится обсуждение упражнения, при этом особо выделяются два аспекта: во-первых, *процесс* выполнения упражнения (как участники его выполняли и что при этом чувствовали), а во-вторых, *содержание* (то, о чем участники говорили, выполняя данное упражнение). Как и во многих других случаях, процесс более важен, чем содержание, и иногда тренер может принимать решение проводить обсуждение *только* процесса. Тренер должен помогать группе в поиске способов, которые позволяют соотносить знания, полученные от данного упражнения, с личной или профессиональной жизнью участников. По возможности, тренер также участвует в выполнении упражнения.

После обсуждения упражнения всех просят потратить несколько минут на обсуждение своих планов на ближайшее будущее: что они собираются делать на каникулах, в отпуске, на выходных, предстоящие «выходы в свет» и т. д. Такая процедура позволяет участникам немного отстраниться от упражнений и вернуться к своим «нормальным» ролям.

Упражнение 1. «Я и объект»

Все участники разбиваются на пары. Затем их просят начать перемещаться по комнате и за ее пределами до того момента, пока они не натолкнутся на какой-то крупный объект, например на картину, арку или какую-то другую архитектурную или декоративную деталь. После этого один из членов пары начинает описывать данный объект, говоря от первого лица. Например, человек, остановившийся рядом с картиной, может сказать следующее: «Я большой, имею продолговатую форму. Я преимущественно выкрашен в зеленый цвет и поделен на две части. Моя нижняя половина темнее верхней...» Этот процесс продолжается до тех пор, пока не будет дано в достаточной степени подробное описание объекта. Далее члены пары меняются ролями, находят другой объект, и участник, который только что слушал, сам начинает описывать выбранный объект.

Часто мы приписываем качества, являющиеся на самом деле нашими собственными, другим людям. Например, мы можем заметить, что какой-то человек чересчур разговорчив, в то время как окружающим абсолютно ясно, что в действительности это вы сами чересчур разговорчивы. Данное упражнение позволяет увидеть, что мы можем приписывать объектам собственные качества. По ходу выполнения или последующего обсуждения данного упражнения нередко все участники начинают понимать, что они описывали различные аспекты собственной личности, а не особенности объекта.

Тренер просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которым, как они считают, им удалось научиться, выполняя данное упражнение.

Участникам дается пять минут на вопросы, выражение чувств, обращения к другим участникам группы и на прого-варивание всего того, что возникло в процессе выполнения упражнения.

Упражнение 2. «Самоописание»

Все участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из пары начинает описывать себя в третьем лице. Описание в третьем лице может быть, например, таким: «Сергей Петров – высокий мужчина, его вес находится практически в идеальном соотношении с ростом. У него светло-коричневые волосы с легкой проседью. Он носит очки и выглядит...» Каждый участник описывает себя в течение пяти минут, затем партнеры меняются ролями.

Упражнение 3. «Я и «не-Я»

Это один из вариантов медитативного упражнения. Все участники разбиваются на пары, каждые двое партнеров садятся друг напротив друга. Затем один из них начинает описывать себя, говоря о наличии у себя какого-либо качества, а затем заявляя о его отсутствии: «Я испытываю чувство злости – и я не испытываю чувство злости... Я добрый – и я недобрый... Я человек спокойный – и я человек беспокойный...» Он продолжает говорить пять-десять минут, за это время нужно успеть рассказать партнеру о самых разнообразных собственных качествах, обозначая при этом оба полюса. Затем двое меняются ролями.

3.4 КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В основе некоторых современных подходов к изучению посттравматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции являются личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она заметно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса. Данные, полученные многими исследователями, свидетельствуют о том, что более интенсивные проявления ПТСР соотносятся как с личностными (экстернальный локус контроля, эмоционально сфокусированный стиль преодоления стресса), так и с социальными (недостаточность социальной поддержки) факторами.

Традиционно считается, что поведенческая психотерапия наиболее эффективна при коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения необязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее, главным образом, – формировать и укреплять способность к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль.

Методы поведенческой психотерапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенсибилизацию, градуированное представление и самоконтроль.

Поведенческая психотерапия стремится заменить неприемлемые действия приемлемыми и использует некоторые методы, ведущие к уменьшению или прекращению нежелательного поведения. Например, при одной из техник клиента обучают диафрагмальному дыханию для снятия беспокойства. Терапия может проводиться с использованием *систематической десенсибилизации* (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации) либо *методом нагнетания вызывающих тревогу факторов, или «наводнения»* (клиентов ставят в пугающую ситуацию и помогают с ней справиться). Метод нагнетания считается более действенным.

Систематическая десенсибилизация – метод, направленный на то, чтобы клиент с ПТСР, склонный к избегающему поведению, создал в своем воображении иерархию тревожных образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, пока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется *градуированной экспозицией*. Эта техника, в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение, исключая негативные последствия. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании, с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга: так образ отделяется от ощущения тревоги (взаимное торможение).

Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой психотерапии, при условии, что клиент может выдержать

связанную с терапевтическим воздействием тревогу. В случае, если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется *имплозией*.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий, и следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению эмоционального состояния клиента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит клиентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее.

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

Суицидальная склонность также может быть мишенью терапии. Один из многообещающих терапевтических подходов состоит в том, чтобы научить клиента: а) думать об иных способах решения проблемы и б) отвлекаться от суицидальных желаний, используя различные техники отвлечения внимания (Meichenbaum, 1977). Метод когнитивной репетиции также может быть использован в работе с суицидальными клиентами. Клиент должен:

1. Представить себя в безвыходной ситуации.
2. Прочувствовать отчаяние и суицидальные импульсы.
3. Попытаться выработать возможные решения проблемы, несмотря на давление суицидальных желаний.

После этого клиенту дается задание опробовать эту технику в реальных жизненных ситуациях. Он должен погрузиться в неприятную ситуацию (например, ситуация конфронтации с супругой или супругом) и затем попытаться найти реалистические способы решения возникших проблем. Терапевт представляет клиенту гипотетическую, но абсолютно реалистическую ситуацию, способную спровоцировать кризис, ситуацию, схожую с теми, в которых клиент оказывался в прошлом, и затем они детально исследуют, какую линию поведения следует избрать в данной ситуации.

В тех случаях, когда ядром суицидального желания является чувство безысходности, терапевт, используя различные методы, должен показать клиенту: а) что его текущая жизненная ситуация допускает другие, не столь мрачные истолкования и б) что у него есть возможность решить свои проблемы иным способом.

Терапевтическая стратегия при работе с чувством безысходности основана на предпосылке, что мышление и восприятие депрессивного клиента скованы рамками предвзятых умозаключений. Клиенту не приходит в голову подвергнуть сомнению свои предубеждения. Задача терапевта заключается в том, чтобы пробудить у клиента интерес к исследованию негативных предубеждений. Терапевт указывает клиенту на

факты, противоречащие его умозаключениям, и, создавая таким образом «когнитивный диссонанс», побуждает клиента пересмотреть свою позицию.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаруживается ряд общих черт (Doyle, 1987):

1. И те, и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым клиентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те, и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те, и другие дают свои клиентам домашние задания, с тем чтобы последние практиковали за пределами кабинета психотерапевта то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те, и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (каковой грешит, с их точки зрения, психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Более подробно с теорией когнитивно-поведенческой терапии можно ознакомиться в следующих работах: Александров, 2000; Бурлачук и др., 1999; Лазарус, 2000 а, б; МакМаллин, 2001; Beck, 1995; Ellis, 1973; Ellis, Dryden, 1996; Ellis, Grieger, 1977; Lazarus, 1995; Wolpe, 1969.

ТЕХНИКИ

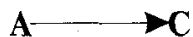
Этот раздел написан по материалам книги «Практикум по когнитивной терапии» (МакМаллин, 2001).

Метод J. «Формула ABC»

ТЕХНИКА 1. «Обучение основной формуле abc»

Первый шаг в любой когнитивной терапии – доказать клиенту важность мышления. Чтобы прояснить ситуацию, начните с двух простых формул.

Старая формула:



Нарисуйте эту схему клиенту.

A обозначает активизирующее событие, ситуацию, в которой вы оказались, толчок из внешнего мира, стимул – все, что обуславливает процесс реагирования в целом.

C обозначает либо ваши эмоции, либо поведение. C – следствие A. Это могут быть чувства или действия.

Старая теория утверждает, что A вызывает C, что внешняя ситуация вызывает внутренние чувства и заставляет вас действовать определенным образом.

Правильная же формула следующая:



Нарисуйте эту схему клиенту.

B обозначает когниции, убеждения, установки. B обозначает наши представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно A.

По окончании первого сеанса дайте клиенту следующие домашние задания.

Задание 1. B в следующих примерах описаны ситуации **ABC**, но во всех отсутствует B. Вам нужно угадать, какие мысли (B) нужно вставить, чтобы связать ситуацию (A) и эмоции (C). Определите в каждом случае A и C и впишите B.

Начальник Анатолия отчитал его за опоздание. После этого Анатолий чувствовал себя подавленным.

Елена прошла два сеанса терапии и бросила ее, потому что посчитала, что терапия не действует.

У Катерины заболел живот. Ей стало страшно.

Олега оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.

Ирина смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических

сценах фильма.

Сергей был разъярен, когда служащий попросил его документы в то время, как он заполнял анкету.

Задание 2. Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (В) вызывали болезненные эмоции (С). Опишите их в терминах **ABC**.

ТЕХНИКА 2. «Доказательства того, что мышление определяет эмоции»

Упражнение 1

«Лучшие примеры из собственного прошлого клиента»

Обычно клиент уж имеет представление о силе В из своей собственной жизни. Полезно напомнить ему о том, что он уже знает. Попросите его подумать о тех моментах, когда он

был чем-то сильно обеспокоен, потрясен или расстроен тем, что сегодня уже не имеет над ним власти, – тем, что он смог преодолеть. Попросите его сосредоточиться на первоначальном событии и определить А и С. Пусть он обрисовывает ситуацию, пока она не прояснится в его сознании, а затем попросите его установить В. Что он говорил себе, когда был так расстроен? Наконец, дайте ему сконцентрироваться на том, в чем он убежден на сегодняшний день. Во что из того, что он говорит сам себе сейчас, он не верил прежде?

Упражнение 2

«Если изменится В, то изменится и С»

Приведите клиенту несколько примеров АВ. Возьмите в качестве константы ситуацию (А), а в качестве переменной – внутренний диалог. Попросите его определить эмоцию, которую будут вызывать различные мысли (В). Проанализируйте различные варианты реагирования (С) на одно и то же событие (А).

Лучшие примеры – те, которые создает сам клиент. Их преимущество в том, что они являлись лично значимыми и поэтому обладают внутренне присущей им убеждающей силой. Терапевт должен побуждать клиента думать, как в его собственных примерах В вызывают С.

А _____
В _____
С _____
А _____
В _____
С _____

и т. д.

Метод 2. «Определение убеждений»

ТЕХНИКА 1. «Определение ожиданий»

Отдельные В появляются до того, как случается А. Чаще всего это глобальная философия, взгляд на мир, который обуславливает то, как клиент реагирует на событие.

— В — А — Сэ — Сп

Ожидания

А – активирующее событие, или стимул В – когниции и убеждения разных видов (в данном случае это ожидания)

Сэ – эмоциональная реакция – то, что мы чувствуем Сп – поведенческая реакция – то, что мы делаем

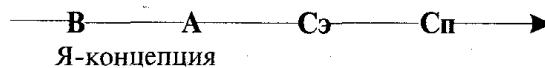
Ожидания – это то, что клиент хочет от себя, других и мира в целом. Это его собственные притязания на то, как он должен себя вести, критерии, которые он использует, чтобы решить, было поведение успешным или неудачей. У клиента могут быть заниженные или завышенные ожидания относительно себя, других или мира. Когда он стремится достичь желаемого, ожидания становятся требованиями. Зачастую нереалистичные ожидания являются единственной причиной эмоциональных проблем.

Попросите клиента сосредоточиться на проблемной ситуации и продолжать представлять ее до тех пор, пока она не прочувствуется достаточно отчетливо.

Попросите его определить наилучший исход в данной ситуации и отметить свой

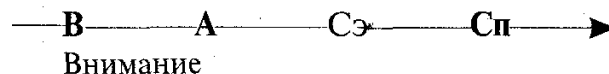
приемлемого исхода.

ТЕХНИКА 3. «Определение Я-концепции»



Несмотря на то, что существует множество достаточно эффективных способов измерить Я-концепцию, вероятно, наиболее ценным для когнитивного терапевта методом будет извлечение Я-концепции из составленного клиентом списка В. Составьте список ведущих идей клиента. Выберите те В, которые напрямую обращены к Я. Найдите позитивные и негативные валентности, которые клиент проявляет в каждом из этих убеждений. Например, такое В: «Мир – огромное и опасное место» – демонстрирует соответствующую Я-концепцию: «Я слабый и беспомощный». Такая установка будет негативной «Я-валентностью».

ТЕХНИКА 4. «Определение внимания»



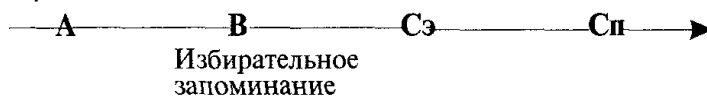
То, на что клиенты обращают внимание, – одна из самых трудных для обнаружения когний. Многие клиенты даже не понимают, что существует что-либо еще в ситуации, что может не попасть в фокус. Они уверены, что среда (внутренняя или внешняя) заставляет их сосредотачиваться на тех или иных предметах именно так, как это у них получается. Они отрицают собственное участие в выборе того, на что переключается внимание, отрицают избирательное вычленение стимулов из окружающего и утверждают, что это сами стимулы вынуждают фокусировать внимание определенным образом.

Дайте своему клиенту инструкцию в следующий раз, когда он почувствует, что расстроен, создать мысленную картинку того, что его беспокоит. Если он сможет, пусть сделает список ключевых компонентов.

Затем предложите ему построить еще одну мысленную картинку, но сфокусировавшись на других ключевых компонентах. Это будет трудно, потому что к нему постоянно будет возвращаться изначальный образ. Вдохновите его на то, чтобы он продолжал практиковаться: эта методика хорошо помогает научиться и в реальной жизни изменять свою точку зрения на различные проблемы.

ТЕХНИКА 5. «Избирательность памяти»

Упражнение 1



Объясните своему клиенту принципы избирательности памяти (возможный вариант такого объяснения приведен ниже):

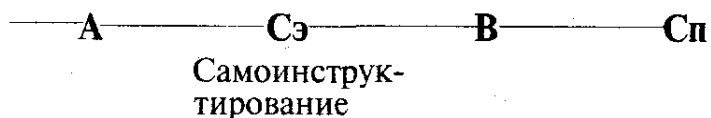
Избирательная память

«Каждый раз, предаваясь воспоминаниям о прошлом – о великих событиях, произошедших с вами, когда вы были старшеклассником, о своей первой любви, о том чудном времени, что вы провели, живя в Петербурге, – вы должны быть осторожны, потому что ваши воспоминания могут обманывать вас. Вы могли создать фантазию о том, чего никогда не было, потому что выборочно опустили те предметы, эмоции и события, которые несовместимы с желаемым настроением. Принимая самообман за истину, вы воспринимаете это сфабрикованное прошлое как реальное. Иногда искаженная память о прошлом создает ощущение несчастья в настоящем. В таких случаях единственный способ получать удовлетворение сегодня – это заставить себя аккуратнее воспроизводить прошлое. Только в том случае, если вы будете вспоминать о своей истории самым беспристрастным и непредубежденным образом, уроки прошлого опыта станут вашим ориентиром. Относитесь к тому, что выбираете из прошлого, осторожнее».

Предложите клиенту письменно изложить его понимание избирательности памяти

вспомнил, насколько он преувеличивает событие, и попробовал снизить свое огорчение до реалистичного уровня.

ТЕХНИКА 8. «Определение самоинструктирования»



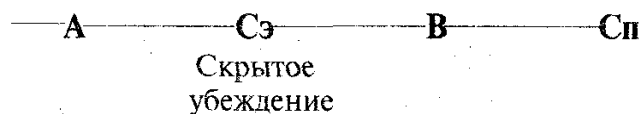
Человек постоянно ведет внутренний диалог с самим собой, как если бы у него в голове находился советчик. Это непрерывные разговоры, советы, оценки, обсуждение новых стратегий и принципов. В терапевтической работе необходимо открыть доступ к этому текущему диалогу.

Скажите клиенту, чтобы он, когда не занят чем-то особенным, старался обратить внимание на свой автоматический внутренний разговор, который и является самоинструктированием. Пусть он записывает, о чем думает. Если ему необходима помощь, вы можете вместе записать это на одном из сеансов. Скажите клиенту, чтобы он не сообщал об этих мыслях привычным образом. Пусть не пытается построить законченное предложение, выбросить неуместные или отвлекающие мысли, не подвергает их грамматической или личной цензуре. Пусть он каждый раз, как появляется какая-нибудь автоматическая мысль, дословно записывает ее. Вы должны начать исследование после появления нескольких первых записей.

Попросите клиента отложить свои записи и возобновить их через несколько дней. Помогите ему соотнести его последние записи с предыдущими.

Продолжайте анализировать спонтанные мысли клиента и выбирать из них те, которые относятся к самоинструктированию. Они станут для вас четкими снимками его внутренних процессов.

ТЕХНИКА 9. «Определение скрытого убеждения»



Между эмоцией и поведением стоит еще одна когниция, которая называется скрытым убеждением. Скрытым, потому что большинство клиентов не знают о его существовании. Это В появляется после того, как клиент пережил эмоцию, но на мгновение раньше, чем он совершает какое-либо действие. Многие клиенты отрицают, что обладают такой когницией. Они убеждены, что между чувством и действием нет промежутка и что, как только возникает эмоция, она мгновенно заставляет их вести себя определенным образом.

Попросите клиента сосредоточиться на том моменте, когда в последний раз он вел себя импульсивно. Ищите поведение, а не мысль или эмоцию. Выберите ситуацию, когда он хлопнул дверью, проклинал кого-то или убежал от опасности.

Помогите клиенту припомнить те скоротечные мысли и ключевые когниции, которые позволили ему действовать именно так. Вот несколько возможных мыслей, которые вы можете обнаружить:

«Я должен выразить свои чувства».

«Я не могу их контролировать».

«Это правильный образ действий».

«Так я смогу избежать наказания».

«Я не виноват, что-то вынудило меня сделать это».

«Я должен сделать это».

«Я обязан так поступить».

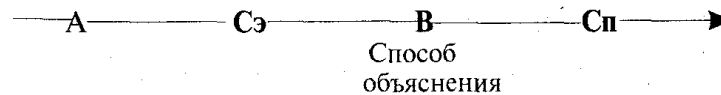
«Я не могу избежать этого».

«Я желаю это сделать».

Сосредоточьтесь на одной из мыслей клиента и измените ее, чтобы убедиться, что вы нашли нужную когницию. Пусть клиент представит, что он думает противоположным образом. Пусть он вообразит себе эту сцену так живо, насколько это возможно. Спросите

его: если бы вы думали по-другому, вы бы все равно так себя повели? Если он ответит – нет, он не повел бы себя подобным образом, значит, вы нашли его скрытое убеждение.

ТЕХНИКА 10. «Объяснение проблем»



После того, как произошло какое-то событие и клиент сопоставил его с содержимым своей памяти, нашел причину (атрибуция), назвал переживаемое чувство, оценил его, прислушался к внутреннему советчику и выполнил действие, он должен прийти к какому-то заключению. Он придает событию значение и смысл, суммируя опыт, говоря себе, почему это случилось, и планируя, что с этим можно сделать, в будущем. Существуют три измерения стилей объяснения: интер-нальный-экстернальный, стабильный-нестабильный, глобальный-специфический (Seligman, 1975). Люди, объясняющие негативные происшествя при помощи интернальных, стабильных и глобальных когний, в большей мере склонны к депрессии.

Пусть ваш клиент составит список своих центральных проблем. Например: «У меня неприятности во взаимоотношениях».

Помогите ему решить, сколько из этих проблем являются долговременными и останутся неизменными. Например: «Я буду всегда портить отношения» или: «Я испытываю трудности прямо сейчас».

Как много у него глобальных проблем по сравнению с частными? Например: «У меня ни с кем не может быть хороших взаимоотношений» или: «У меня неприятности в отношениях с Олегом».

Уверен ли ваш клиент в том, что сам вызвал свои проблемы, или же думает, что некие внешние силы создали их? Например: «Что-то не так во мне, если у меня проблемы в общении» или: «Мне не везет со взаимоотношениями».

Помогите клиенту найти альтернативные объяснения. Если он оценил свои проблемы как внутренние и постоянные, превратите их во внешние и временные. Прделайте то же самое, если клиент оценил проблемы как внешние и преходящие. Заметьте, как изменятся ощущения клиента, какие эмоции у него возникнут.

Метод 3. «Группы убеждений» ТЕХНИКА 1. «Определение центральных убеждений»

Для всей последующей работы очень важно найти центральные убеждения клиента. Когнитивная терапия эффективна, только когда терапевт работает над верными центральными убеждениями.

Пусть ваш клиент расслабится на пять минут. Переведите его внимание с внешних событий на внутренние.

Затем обратите его внимание на А. Пусть он как можно более ясно представит волнующую его ситуацию. Пусть он использует все свои ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, кинестетические), чтобы как можно живее вообразить А.

Когда у него получится представить в уме А, пусть он сфокусирует внимание на С, своих эмоциях. Какие эмоции у него возникают, когда он представляет А? Попросите клиента не придумывать эмоцию, пусть она появится сама. Дайте ему возможность прочувствовать ее.

Теперь попросите клиента сосредоточиться на своих мыслях. Спросите его: что вы говорите себе прямо сейчас об А такого, что это приводит вас к эмоции С? Пусть это будут первые возникшие у вас в уме мысли. Если необходимо, прервитесь ненадолго и запишите эти убеждения, затем вернитесь к мысленной концентрации». (На этом этапе вы знакомитесь с поверхностными убеждениями клиента.)

Запомните или запишите его убеждение и задайте вопрос вроде: «И что из того, что?..» или: «Почему это так важно, чтобы?..» Продолжайте задавать один и тот же вопрос, пока вы не найдете ключевой ответ. Очень важно выслушать ответы клиента и подождать, пока мысли не возникнут в его воображении. (Полезно записать весь процесс,

чтобы облегчить себе анализ ответов.)

У клиентов обычно бывает серия центральных идей. Работая над изменением убеждений, лучше не начинать сразу с самого главного. Центральные идеи слишком отдалены от непосредственно воспринимаемых и обычно не осознаются.

ТЕХНИКА 2. «Определение жизненных ориентиров»

Упражнение 1 «Список критических событий и жизненных ориентиров»

Составьте список из 30 самых критических событий, случившихся в жизни вашего клиента. Выбирайте не только негативные (смерть любимого человека) события, но и другие поворотные точки, которые могут быть и позитивными, и негативными (получение степени, женитьба). Включайте в список и те случаи, которые могут не представлять значения для стороннего наблюдателя, но важны для клиента. Вам необходимы три списка: 10 случаев из детского возраста, 10 – из подросткового, 10 – из взрослого.

Разберите события в терминах А и Сз. Что случилось и что чувствовал клиент?

Когда вы соберете все 30 АС-событий, попытайтесь найти «тогдашние» центральные В для каждого из них. Это не то, что клиент думает об этом сейчас, а его мысли в то время. К каким выводам о себе, о других людях и о мире привело это событие?

Вернитесь к началу списка и проработайте его до конца, обращая внимание на повторение тем или В. Слова для обозначения тем с годами могут меняться. Составьте список подобных убеждений.

Упражнение 2 «Главный список идей»

В качестве заключительного упражнения соберите убеждения своего клиента и составьте основной список его идей. Этот список должен включать в себя главные В клиента, собранные вами в процессе всей работы. В нем должно быть не менее 30 пунктов, и он должен быть как можно более исчерпывающим.

Каждую мысль пронумеруйте и запишите отдельно. Не беспокойтесь о точных формулировках, вы можете исправить их после. Единственная ошибка, которую вы можете сейчас допустить, – это не включить в список все В своего клиента. Записывайте все: если вы повторитесь, то потом можете вычеркнуть эти мысли.

ТЕХНИКА 3. «Когнитивные карты»

Составьте из списка основных идей вашего клиента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями. Спросите себя и своего клиента: чем похожи эти мысли? В чем их отличия? Какая мысль идет сначала, а какая следует за ней? Например, если в списке есть мысли: «Я скверный человек» и: «Мне нужно быть совершенным», то они определяются как связанные. Попытки стать совершенным могут быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство своей неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.

Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты.



Через один сеанс просмотрите карту и внесите все предложенные изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами разными будут и когнитивные карты.

Рис. 3.1. Фрагмент когнитивной карты
Метод 4. «Жесткие техники опровержения»
ТЕХНИКА 1. «Контратака» Упражнение 1

Помогите клиенту найти веские контраргументы для каждой иррациональной мысли. Проверьте, действительно ли он ее опровергает. Например, аргумент: «Невозможно преуспевать во

всем» сильнее, чем: «Часто бывает довольно сложно во всем добиваться успеха».

Пусть клиент составит как можно больше контраргументов. Убедитесь, что контраргументы реалистичны и логичны. Когнитивная реструктурирующая терапия не поддерживает мнение о силе позитивного мышления, являющегося самообманом. Вместо этого она подчеркивает силу правдивого, реалистичного мышления и просит клиентов говорить себе правду, а не только то, что приятно звучит.

Проинструктируйте клиента постоянно оспаривать иррациональные мысли. Иногда требуются месяцы, чтобы эта техника принесла плоды, и многие клиенты отказываются от такой траты времени, говоря, что уже опробовали ее и безрезультатно. Выясняя, сколько клиент затратил усилий, терапевт обычно обнаруживает, что тот спорил сам с собой в течение часа или двух. Клиент должен понять, что ему нужно опровергнуть утверждение столько же раз, сколько раз он до этого за него ратовал. Может быть, ему придется по часу в день в течение года или более преодолевать то коренное убеждение, с которым он прожил всю жизнь.

Проверьте, чтобы каждый контраргумент был одной модальности с иррациональной мыслью. Соотнесите визуальные иррациональности с контрвизуализациями, лингвистические ошибки – с лингвистическими поправками, гневные мысли – с сострадательными, пассивные – с активными, проприоцептивную неразумность – с проприоцептивной реальностью и т. д. Когда опровержение относится к одной модальности и тому же логическому типу, что и иррациональная мысль, больше вероятности, что оно будет иметь пробивную силу.

Атакуйте все иррациональные идеи клиента, а не только избранные. Важно привязать опровержение ко всем ошибочным когнициям, вызывающим эмоциональный отклик. Если были упущены главные установки, терапевт может потерпеть неудачу в работе по нейтрализации эмоций.

Упражнение 2

Составьте список веских контраргументов.

Помогите клиенту подобрать мощное опровержение. Клиент должен попрактиковаться в технике контратаки в вашем присутствии, имитируя ваше поведение, пока не будет достигнут необходимый уровень напряженности. Постепенно подводите ответы клиента к драматичной, напряженной и энергичной контратаке.

Терапевт может усилить контратаку, поощряя использование клиентом физического выражения эмоций, когда тот постепенно напрягает мышцы. В начале клиенты проводят контратаку с расслабленными мышцами, затем со слегка напряженными, потом – с сильно сжатыми. Часто физическое и эмоциональное напряжение у клиентов нагнетается параллельно.

Клиенты также могут усилить контратаку, модулируя голос, постепенно повышая тон и увеличивая громкость. Контрутверждение поначалу может произноситься мягко и в нос, затем – нормальным голосом, громко после неглубокого вдоха, очень громко, с легкими, полными воздуха. Как и при физическом выражении эмоции, голос становится аналогом степени разгневанности клиента.

ТЕХНИКА 2. «Контрутверждения»

Обучите клиента основным принципам тренинга уверенности. Помогите ему стать уверенным наедине с самим собой прежде, чем он начнет практиковать уверенность с другими. Например, вы можете сказать клиенту, критикующему себя за невыгодное вложение денег, что существует четыре различных способа справиться с ошибками. Вы можете быть:

– *пассивным* – проигнорируйте свою ошибку и притворитесь, что ничего не произошло. Это невыгодно, потому что вы, скорее всего, будете снова совершать ту же ошибку и не достигнете своих целей.

– *агрессивным* – атакуйте себя. Вините себя нещадно за то, что были так глупы и растратили деньги. Такой подход вызовет боль, снизит самоуважение и приведет к тому, что вы, вероятно, не воспользуетесь в будущем ни одним шансом выгодно вложить деньги.

– *пассивно-агрессивным* – вы можете наказать себя косвенно: выпивкой, перееданием или намеренно неадекватным употреблением денег. Это вредно не только потому, что вы не достигнете своих целей, но и потому, что, играя в прятки с самим собой, вы перестанете понимать, какую ошибку совершили.

– *ассертивным* – будьте честны с собой в том, что вы допустили ошибку. Воспринимайте этот промах как недостаток суждения, а не характера. Уточните природу ошибки. Опишите, что именно вы постараетесь сделать по-другому в будущем.

Эффективными могут быть многие практические техники, но наиболее полезными для развития уверенности в себе являются ролевые игры и репетиция с аудиокассетой.

Ролевая игра. Составьте список типичных конфликтных ситуаций, в которые попадает ваш клиент. Однако, в отличие от стандартного тренинга уверенности, конфликт должен

быть не внешний, а внутренний. После этого пусть клиент потренируется в озвучивании четырех различных вариантов внутренней реакции. Попросите его обратить внимание на различные эмоции, которые вызывает каждый из подходов.

Репетиция с аудиокассетой. Клиент отрабатывает свои уверенные ответы, записывая их на кассету до тех пор, пока содержание и тон их не будет, на его взгляд, удовлетворительным.

ТЕХНИКА 3. «Диспут и оспаривание»

Помогите клиенту сосредоточиться на центральной иррациональной мысли, вызывающей вину, страх, гнев или депрессию. Попробуйте найти аргументы против этого убеждения.

Обсудите «катастрофизацию» (например: «Это так ужасно, кошмарно и катастрофично, что...») и требования клиента к себе («Я должен, я обязан, мне надо...»).

В большинстве случаев опровержения не выдаются терапевтом прямо. Вместо этого используются косвенные вопросы, помогающие клиенту найти свои собственные опровержения.

Поощряйте обсуждение и оспаривание клиентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. Предполагается ежедневная формальная практика. Часто полезно использовать записывающие устройства.

ТЕХНИКА 4. «Форсированный выбор»

Найдите центральное ошибочное убеждение, которое вызывает наибольшую боль у клиента. Например, клиент может верить, что его или ее цель в жизни – это исполнить воображаемые «должен», «надо» и «обязан».

Опровергните ошибочные убеждения клиента, предоставив как можно больше убедительных противоположных взглядов. Например, что «должен» и «обязан» нигде, кроме человеческого ума, не существуют. Мир такой, какой он есть. И в нем нет ни «должен», ни «надо», ни «обязан».

Разыграйте ситуацию, в которой клиент сталкивается только с двумя выборами: следовать старому восприятию или перейти к новому. Например, предложите ситуацию, в которой два «должен» одинаковой силы противопоставлены друг другу и оба приводят к серьезным негативным последствиям.

Делайте все, что в ваших силах, чтобы помочь клиенту встретиться лицом к лицу с конфликтом. Если вы поддержи-

те его и предложите дорогу к бегству, которая не требует смены убеждений, он воспользуется ею.

На высшей точке конфликта определите, какие перемены необходимы, и мотивируйте клиента их осуществить.

Метод 5. «Мягкие техники опровержения»

ТЕХНИКА 1. «Оспаривание в состоянии релаксации»

Наиболее распространенный тип мягкого опровержения использует релаксационный тренинг. Сначала клиентам даются инструкции по одному или нескольким способам релаксации, а затем применяются техники опровержения. Наиболее существенным элементом в использовании данной техники является то, что клиент должен оставаться

расслабленным на протяжении всей процедуры.

Упражнение 1

Сначала клиент упражняется в одном или нескольких методах релаксации. К ним относятся аутогенная тренировка, применение биологической обратной связи по показателям кожно-гальванической реакции, электромиограммы, частоты сердечных сокращений; чтобы облегчить расслабление, используют белый шум, звуки природы, релаксационную музыку.

Постройте иерархию иррациональных убеждений, которые вызывают тревогу. Расположите их по силе вызываемого страха или по приверженности клиента этим мыслям.

Попросите клиента представить наименее тревожащую мысль из иерархии. Когда представление становится отчетливым, начинайте глубокое мышечное расслабление. Продолжайте эту процедуру до тех пор, пока напряжение клиента не вернется к нулевому уровню, т.е. когда мысль больше не вызывает тревоги. После этого перейдите к следующему пункту списка. Например: «Теперь, пожалуйста, представьте следующую мысль в вашей иерархии. Нарисуйте ее в уме так ясно, как только сможете. Если хотите, вообразите какую-нибудь конкретную ситуацию из прошлого, в которой у вас чаще всего появлялась эта мысль. Продолжайте думать об этом, пока мысль не станет совсем отчетливой. Дайте мне при этом сигнал правой рукой... Хорошо, стоп! Теперь расслабьтесь, как я вас учил, и расслабляйтесь до тех пор, пока вам снова не станет комфортно. Сообщите мне об этом. Теперь повторите это еще раз, но сцена должна отличаться от той, что использовалась вами ранее».

Двигайтесь по иерархии страхов клиента, пока его тревога относительно всех ее компонентов не сойдет на ноль. Запишите процедуру на аудиокассету, чтобы клиент мог упражняться дома.

Упражнение 2

Вы можете варьировать технику, применяя не релаксацию, а изменение ответных реакций. Вы можете использовать позитивные физические реакции, ассертивные реакции, записи звуков природы, приятные образы, которые помогают данному клиенту. Можно контролировать состояние по показателям сердцебиения, КГР, ЭМГ.

Упражнение 3

Вместо релаксации можно использовать связь некоторых образов с иррациональными мыслями. Терапевт помогает клиенту переплести эти образы с иррациональными мыслями., так, чтобы эмоциональный заряд образа передался убеждению. Оказались полезными следующие образы: супермен, «зеленый берет», любимые герои и героини, любимые предметы, подсолнух, цветущий лотос, солнце, звезды, луна, религиозные фигуры (Иисус, Будда и др.), мудрый гуру, природные стихии (реки, океаны, горы), визуализация себя в качестве родителя, взрослого, ребенка, какого-либо животного.

В идеале с негативным убеждением сцепляются один или более таких образов. Например, переплетение мысли: «Я должен быть лучше всех» с теми чувствами, которые клиент испытывает по отношению к детям, может вселить идею о том, что ребенок ценен, даже если взрослый сильнее и мудрее его и достиг гораздо большего. Следовательно, превосходство еще не означает того, что ты стоящий человек. Таким же методом образ супермена можно связать с мыслью: «Я хуже других, потому что не умею кататься на велосипеде».

Релаксация – физиологическая реакция, в то время как мысли – явление когнитивное. Таким образом, в технике смешиваются две абсолютно разные перцептивные модальности, что, по всей вероятности, ослабляет эффективность техники. Лучшая замещающая реакция – та, что относится к той же модальности, что и первоначальный отрицательный условный стимул (визуальная, аудиальная, кинестетическая, сенсорная или эмоциональная). В таком случае данное упражнение эффективнее связывает негативные мысли с позитивными.

ТЕХНИКА 2. «Антикатастрофизующая практика»

Перечислите ситуации, которые клиент превращает в катастрофы. Запишите прогнозируемый урон для каждой ситуации. На описанной выше шкале от 0 до 10 отметьте значение того урона, которого клиент ожидает (0 – отсутствие каких-либо потерь, 10 – ужасающие потери). После дискуссии с опровержением преувеличения попросите клиента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на той же шкале от 0 до 10.

Пусть клиент, опираясь на прошлый опыт, решит, что более вероятно – наилучший исход или катастрофа.

Попросите клиента использовать ту же шкалу для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации, которой он боится. После того как событие произойдет, клиент может свериться со шкалой и оценить, насколько точно он предсказал степень опасности.

Клиент должен упражняться в антикатастрофизировании регулярно, пока не научится оценивать предполагаемую опасность реалистичнее.

Метод б. «Объективные техники опровержения»

Ниже перечислены ключевые принципы, лежащие в основе различных типов объективного опровержения.

Пусть клиент идентифицирует центральные убеждения, которые приводят к негативным эмоциям.

Помогите клиенту разбить каждое утверждение на его основные логические компоненты. Тщательно избегайте субъективных суждений как о самом убеждении, так и о составляющих его частях.

С помощью клиента исследуйте каждое убеждение с позиций индуктивной и дедуктивной логики. Совместно решите, является ли данное убеждение логичным.

Если клиент оценивает суждение как ложное, пусть он запишет все логические доводы для такого опровержения.

Попросите клиента вспоминать все эти опровергающие доводы каждый раз, когда возникает ложное убеждение, пока оно не перестанет повторяться совсем.

ТЕХНИКА 1. «Альтернативная интерпретация»

Пусть клиент в течение недели делает записи о самых неприятных эмоциях, которые у него за это время возникнут, в одном-двух предложениях отмечая провоцирующее событие (ситуацию) и свою первую интерпретацию события (убеждение).

Пусть клиент продолжит это упражнение и на следующей неделе, но теперь попросите его придумать по крайней мере четыре интерпретации для каждого события. Каждая новая интерпретация должна отличаться от предыдущей, но быть не менее правдоподобной.

На очередном сеансе помогите клиенту решить, какая из предложенных им интерпретаций поддерживается наибольшим числом объективных доказательств.

Попросите клиента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте тренировку по меньшей мере в течение месяца, пока клиент не научится выполнять эту процедуру автоматически.

ТЕХНИКА 2. «Рациональные убеждения»

Составьте список ситуаций, в которых клиент расстраивается. Это могут быть конкретные ситуации из прошлого и настоящего или типичные ситуации, с которыми клиент чаще всего сталкивается.

Подготовьте рациональные убеждения или самовнушения, которые клиент в этих ситуациях сможет использовать. Эти убеждения должны преувеличивать положительные либо отрицательные стороны ситуации, но должны основываться на объективном взгляде на происходящее. Потратьте время на то, чтобы найти для ситуации наиболее рациональные интерпретации.

На одной стороне карточки запишите пусковые стимулы к каждой ситуации. На

другой ее стороне – полное описание рационального восприятия, которого клиент хочет достичь. В течение как минимум шести недель несколько раз в день клиент должен представлять себя в одной из ситуаций как можно отчетливее. Когда визуализация будет достаточно ясной, клиент должен представить рациональную мысль и также сделать ее отчетливой.

Клиент должен выполнять это упражнение до тех пор, пока он не начнет рефлексивно воспроизводить рациональное убеждение каждый раз, как воображает событие. Если иррациональные мысли внедряются в сознание клиента, он должен немедленно остановиться и снова воспроизвести рациональное убеждение.

Рациональные убеждения – это необязательно самое позитивное, но всегда – наиболее реалистичное восприятие ситуации. В большинстве случаев терапевту нужно тщательно исследовать ситуацию, чтобы определить самую разумную точку зрения.

ТЕХНИКА 3. «Утилитарные доводы»

Подготовьте список иррациональных мыслей клиента. Составьте список ситуаций, в которых обычно возникают эти мысли. Вместе с клиентом проработайте все ситуации, двигаясь вверх по иерархии и меняя невыгодные мысли на полезные.

Помогите клиенту выбрать конкретную поведенческую цель, которую он должен достичь в каждой ситуации. Пусть он спросит себя: «Чего я хочу сейчас добиться?» Целью может быть ассертивный ответ на несправедливую критику, открытое признание ошибки и т. д.

Пусть клиент спрашивает себя относительно каждой мысли: «Способствует эта мысль достижению цели или нет?» Помогите клиенту найти утверждения, наиболее полезные для достижения его целей, независимо от того, является мысль правдивой или нет. Попросите клиента менять непрактичное убеждение на прагматичное при каждой возможности.

ТЕХНИКА 4. «Деперсонализация Я»

Составьте список из двадцати неприятных событий, которые произошли с вашим клиентом за последние несколько месяцев или недель. Запишите убеждения клиента, которые, по его мнению, послужили внутренними причинами этих событий.

Научите клиента искать причины событий во внешней среде. Используйте научный метод: отыщите стимулы, подкрепление, операнты или сопутствующие элементы среды, которые послужили пусковыми механизмами негативных событий. Переделайте все внутренние причины во внешние.

Если причин много, примените принцип Оккама: самое простое объяснение должно рассматриваться в первую очередь, как наиболее вероятное.

Пусть клиент практикуется в определении внешних и внутренних причин тех событий, которые происходят с ним в течение дня. Научите его смотреть на себя и на другого как на объект, подверженный влиянию окружающей среды.

Как только клиент научится не брать на себя ответственность за внешние влияния, расскажите ему про различные методы решения проблем, которые можно использовать для преобразования среды.

Метод 7. «Ресинтез прошлого»

ТЕХНИКА 1. «Ресинтез критических жизненных событий»

Вместе с клиентом составьте и проанализируйте список критических событий его жизни. В списке не должно быть обобщений, в него следует включать только конкретные события, связанные с симптоматикой клиента. Вы должны удостовериться, что убеждения, которые сформировались в результате каждого из травмирующих событий, остаются причиной проблем в настоящем.

Обсудите с клиентом, как изменились его эмоции и поведение из-за сформированных во время критического события убеждений. Помогите клиенту переинтерпретировать старые события, прибегнув к новым, более полезным убеждениям. Попросите его воспользоваться преимуществом отдаленности события во времени и пространстве и тщательно проанализировать, чтобы при помощи зрелых рассуждений

можно было исправить прошлое ошибочное восприятие.

Пересмотрите все основные критические события, выявите каждое ошибочное убеждение и попросите клиента вообразить, что он исправляет ситуацию прошлого – думает и ведет себя в ней в соответствии с нынешними убеждениями.

ТЕХНИКА 2. «Ресинтез жизненных ориентиров»

Используйте составленные вами когнитивные карты, но сделайте их «историческими». Проследите истоки каждой мысли клиента: как она трансформировалась в убеждения и как представления менялись на разных стадиях жизни.

Какие еще мысли, эмоции, поступки или внешние стимулы стали ассоциироваться с данным убеждением после его формирования? Как неверная интерпретация распространилась из одной сферы жизни клиента на другие?

Попросите клиента представить себе, какой была бы его жизнь, если бы у него было другое восприятие. Попросите его вообразить, как бы он себя вел, не будь у него извращенных жизненных ориентиров.

ТЕХНИКА 3. «Ресинтез ранних воспоминаний»

Упражнение 1 «Исправление прошлого»

Попросите клиента представить себе нынешнюю ситуацию, в которой он испытывает сильные эмоции. Потратьте на это некоторое время. Помогите клиенту использовать все ощущения, чтобы живо вообразить эту ситуацию. Когда сцена будет отчетливой, попросите его сфокусировать внимание на своем центральном убеждении, гештальте, ориентире.

Клиент должен сконцентрироваться на исходной ситуации, где возникла эта эмоция, сосредоточиться на первом или самом раннем воспоминании, в котором сформировалось деструктивное убеждение. Попросите клиента снова представить сцену и ясно ее визуализировать. Чтобы это было легче выполнить, он может произнести ложное убеждение голосом ребенка или подростка.

Спросите клиента: Какие ошибки содержит ваша интерпретация события? Что способствовало неверному восприятию? Что неправдоподобного вы говорили себе? Почему ваша интерпретация была ошибочной? Кто или что навело вас на ложную интерпретацию?

Обсудите с клиентом тот факт, что он оценивает нынешнюю ситуацию так же неверно, как неверно он оценивал прошлую.

Скорректируйте раннее ошибочное убеждение. Попросите клиента представить, как он переделывает ситуацию, придерживаясь полезных реалистических убеждений вместо того, во что он верил изначально. Попросите его представить, как он ведет и чувствует себя по-другому, опираясь на другой образ мышления.

Наконец, попросите клиента по-другому представить себе затруднения в настоящем. Исправьте ошибочное убеждение в настоящем точно так же, как было исправлено прошлое.

Упражнение 2

«Рабочий бланк для ресинтеза»

Этот бланк может пригодиться вам в работе над ресинтезом.

Ситуация в настоящем _____

Эмоциональная реакция _____

Убеждение относительно теперешней ситуации _____

Раннее воспоминание (предшествовавшие события) _____

Эмоциональная реакция _____

Ошибочное раннее убеждение _____

Исправленное раннее убеждение _____

Исправленное теперешнее убеждение _____

Используйте основной список убеждений клиента и попросите его связать убеждения с ситуациями, в которых они проявляются. Каждую из таких ситуаций нужно записать в строке «Ситуация в настоящем» рабочего бланка. Убеждения, связанные с

каждой ситуацией, должны быть перечислены в строке «Теперешнее убеждение».

Займитесь поисками критического переживания клиента до или во время раннего подросткового периода. Во-первых, идентифицируйте события. Самые ранние события ваши клиенты могут помнить лишь смутно, но даже если имеются только фрагментарные ощущения и впечатления, попросите клиента как можно ярче их визуализировать. Зафиксируйте их на рабочем бланке.

Сформулируйте одним предложением ошибочное убеждение, которое явилось результатом каждого из этих событий. Занесите эти предложения в рабочий бланк.

После детального обсуждения с клиентом скорректируйте каждую из ранних мыслей. Запишите эту информацию в рабочий бланк. Прежние ошибочные интерпретации ранних событий должны быть вычеркнуты, когда клиент найдет им правильное истолкование. Замените все прежние ошибочные когниции, связанные с событиями.

Как только прежние иррациональности были скорректированы, помогите клиенту исправить иррациональный образ мышления на текущий момент.

Попросите клиента регулярно использовать рабочий бланк – находить ошибочные убеждения, идентифицировать их первоисточник, корректировать прежнюю неверную интерпретацию и затем принимать более функциональное убеждение в качестве основы своего поведения в настоящем.

ТЕХНИКА 4. «Ресинтез семейных убеждений»

Нарисуйте схему, изображающую основных членов семьи клиента. Перечислите их имена и возраст и отразите при помощи толщины или числа стрелок значимость их для клиента. Проверьте, включили ли вы в схему всех значимых членов семьи.

Перечислите основные убеждения, принципы, ценности и установки, которых придерживаются обозначенные на схеме люди. Посмотрите, нет ли убеждений, которые разделяют большинство членов семьи. Не можете ли вы свести эти принципы к нескольким центральным убеждениям?

Как семья сформировала эти центральные убеждения? Как поощряла своих членов за исполнение этих принципов и как наказывала за несогласие?

Опишите, в каких поступках семья вашего клиента отличается от других семей из-за своих убеждений? Сравните семейные убеждения с теми, что перечислены в основном списке убеждений самого клиента. Какие из них сопоставимы? Зависимы ли они, схожи, противоположны или синергичны?

ТЕХНИКА 5. «Выживание и убеждения»

Пересмотрите основной список убеждений клиента. Помогите ему понять, помогают ли эти мысли решать насущные проблемы, или наоборот.

Если убеждение не помогает, помогите ему спланировать стратегию его изменения. Если когда-то убеждение было полезным, а в настоящее время – нет, помогите клиенту осознать перемену.

3.5 СИМВОЛ-ДРАМА (МЕТОД КАТАТИМНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОБРАЗОВ)

Кататимно-имагинативная психотерапия (символ-драма) – широко распространенный за рубежом (в Германии, Австрии, Швейцарии и других странах), но до сих пор мало известный у нас метод психотерапии, называемый также «методом сновидений наяву». Он разработан известным немецким психотерапевтом Гансом Лейнером (Лейнер, Корнадт, 1997). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов-«картин» на заданную психотерапевтом тему. Психотерапевт при этом контролирует, сопровождает, направляет клиента. Преимуществом данной системы является ее хорошо продуманная теоретическая основа и детальная разработка всего комплекса психотерапевтических действий.

Метод кататимного переживания образов (КПО) оказался эффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности.

По данным многочисленных исследований, среди нервно-психических расстройств, отмечаемых у участников военных действий, доминирующее положение занимают пограничные расстройства (в 52,8% это невротические состояния). Причем у ветеранов, имеющих признаки ПТСР, невротические синдромы отмечаются в несколько раз чаще, чем у ветеранов без ПТСР. Также у людей, принимавших участие в военных действиях, выраженность психосоматического компонента в жалобах увеличивается в 1,5 раза по сравнению с людьми, никогда не участвовавшими в военных действиях. При наличии ПТСР у ветеранов психосоматический компонент возрастает еще в 1,5 раза. Все это свидетельствует о показаниях к применению метода КПО при психотерапии и психокоррекции нервно-психических и психосоматических расстройств у участников военных действий.

С технической точки зрения метод основан на том, что лежащий в расслабленном состоянии на кушетке или удобно сидящий в кресле клиент вызывает у себя с помощью психотерапевта похожее на сновидения наяву образы – имажинации. Если предварительно задать некий мотив для воображения, это получается значительно легче. Клиента просят сразу же говорить сидящему рядом психотерапевту о содержании образов. Психотерапевт может оказать на них влияние и структурировать сновидения наяву в соответствии со специально разработанными правилами.

Вся система разделена на три ступени: основную, среднюю и высшую. Чаще всего, наряду с вмешательством в кризисных ситуациях, работа проводится в формате короткой терапии, не превышающей 30 сеансов (Пушкарев и др., 2000).

Основная ступень при работе с ПТСР. На основной ступени КПО психотерапевт придерживается дружественно-сдержанной установки и предлагает клиенту отдельные мотивы сновидений наяву. При этом позиция терапевта скорее выжидательная, ни в коем случае не директивная, но оставляющая клиенту свободу действия. Вместе с тем психотерапевт должен уметь при необходимости использовать и радикальные вмешательства (терапевтические интервенции).

Психотерапевтические воздействия зависят от конкретного случая, от развития образа и его эмоциональной окраски. Главное – это сочувствующая и сопровождающая идентификация психотерапевта с соответствующей сценой сновидения наяву (эмпатия). Под этим понимается временная идентификация с клиентом – с целью пережить то, что в этот момент эмоционально происходит с ним.

Каждому мотиву отводится отдельный психотерапевтический сеанс. В течение одного сеанса не следует работать более чем над одним мотивом. Если из-за нехватки времени не удалось исчерпать какой-то мотив, к нему можно вернуться потом. Последовательность мотивов не должна быть жесткой. Нужно учитывать также индивидуальный психический темп каждого клиента.

В настоящее время в символ-драме, кроме стандартных мотивов, используются и образы реальных ситуаций, благодаря чему можно добиться быстрых позитивных решений проблемы и изменения поведения. Важный сектор проработки – это фобические ситуации.

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

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

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

Основные воздействия психотерапевта: исчерпать мотив, стимулируя как можно

большую детализацию образа, и выяснить связанные с ним настроения. При работе с другими мотивами воздействия аналогичны.

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

«Кататимная гидротерапия» (использование воды). Если вода воспринимается клиентом как приятная, использование этого образа может оказывать позитивное воздействие. Существуют данные о том, что применение образа воды по отношению к поврежденным частям тела или болезненным местам производило удивительный эффект, прежде всего в случаях психосоматических симптомов, которые оставались резистентными к другим видам лечения.

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

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

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

Эти принципы выбраны для исходной работы с символами потому, что их сравнительно легко освоить и они практически не вызывают у клиентов никаких тревожных реакций. Тем не менее, при целенаправленном применении они оказывают терапевтическое воздействие в четко определенных пределах.

Принцип кормления и насыщения дают психотерапевту возможность показать на примере ситуаций с враждебными образами, как следует себя вести в агрессивной или недружелюбной ситуации. Нападение клиента на враждебный символический образ

показывает агрессию, направленную против себя самого, вернее, против затрагиваемой при этом части его собственного Я.

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

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

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

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

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

Можно выделить следующие показания для применения КПО (основной ступени) при работе с ПТСР:

1. Нейровегетативные нарушения и психосоматические симптомы.
2. Тревожно-фобические расстройства.
3. Депрессии непсихотического уровня.
4. Коммуникативные нарушения и расстройства адаптации.
5. Сексуальные нарушения психогенного характера.

В то же время необходимо выделить ряд признаков, при наличии которых символдрама в лечении ПТСР может оказаться неэффективной.

1. Острые и хронические психозы. Символ-драма в немо-дефицированном виде при работе с подобными расстройствами не используется, так как может спровоцировать появление галлюцинаций и суицидальные попытки.

2. Грубые истерические расстройства и тяжелые депрессивные состояния.

3. Церебрально-органические синдромы. В данном случае работу осложняет выраженная аффективная ригидность, которая характерна для органических поражений мозга. Рекомендуется провести 1–3 пробных сеанса и, при отсутствии неблагоприятных последствий, проводить КПО.

4. Недостаточное интеллектуальное развитие.

5. Низкая мотивация клиента к проведению психотерапии.

При психотерапии лиц, страдающих ПТСР, метод КПО позволяет решить следующие задачи:

- снижение психоэмоционального напряжения;

- формирование позитивного фона настроения, получение доступа к ресурсному состоянию;
- достижение релаксации, что, в свою очередь, усиливает яркость представляемых образов, а это способствует еще более глубокому расслаблению;
- постепенное осознание истоков проблем, причинно-следственной связи между особенностями личности и симптомами;
- проработка аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;
- обращение к проблемам раннего периода жизни и их проработка, так как, по мнению многих авторов, проблемы раннего детства в дальнейшем увеличивают риск возникновения ПТСР.

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

Для коррекции личностных особенностей у ветеранов с ПТСР можно применять следующие мотивы: луга, ручья, кухни в доме (проработка оральной тематики); мотив горы (эдипальная тематика), мотив подъема в гору и панорамы, открывающейся с ее вершины (тематика достижения и конкуренции, что является важным этапом, в социальной адаптации ветеранов с ПТСР); мотив дома (оценка готовности к общению, социальным контактам, раскрытие генетического материала); мотив символического существа, выходящего из темноты леса (работа с вытесненными инстинктивными и поведенческими тенденциями).

У лиц, страдающих ПТСР, наблюдаются такие черты, как недоверчивость к окружающему миру, высокий уровень тревожности, напряженности, социальное дистанцирование, избегание. Для оценки степени выраженности этих черт и для формирования способности отдаться чему-то целиком используется мотив ручья или реки, когда терапевт предлагает путешествие вниз по течению на лодке без весел, мотив плавания, купания в воде.

Одним из симптомов ПТСР является нарушение межличностных отношений, сложности в установлении контактов, трудности в общении с окружающими и членами семьи. Для проработки отношений со значимыми другими используется мотив горы, символических существ, возникающих на лугу или появляющихся из темноты леса, а также образы реальных людей и регрессивных драматических сцен из детства.

Как уже отмечалось выше, у участников военных действий с ПТСР часто наблюдаются сексуальные расстройства, преимущественно психогенной природы. При лечении сексуальных расстройств в технике КПО применяют мотив куста розы, с которого нужно сорвать один цветок, а также мотив спальни в доме.

На основной ступени задача психотерапевта – сопровождение клиента и предупреждение опасных ситуаций. Необходимо следовать старой психотерапевтической рекомендации: не освобождать на сеансе больше бессознательного материала, чем психика клиента готова спонтанно открыть.

3.6 СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия (СП) – модификация отношений в системе семьи с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов с целью устранения негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. В семейной терапии психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не как атрибуты того или иного члена семьи («идентифицируемого клиента»). СП реализует не интра-, но интерперсональный подход к решению проблем, и задача психотерапевта состоит в том, чтобы изменить с помощью соответствующих воздействий семейную систему в целом.

Значительная распространенность в семьях с ветеранами войны разводов, супружеских конфликтов, семейной дисгармонии, злоупотребление алкоголем, непонимания обуславливают необходимость проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Целью психотерапии является гармонизация семейных отношений, улучшение взаимопонимания в семье, ликвидация у супругов негативных эмоциональных установок друг к другу.

Задачи групповой семейной психотерапии:

- ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности;
- установление адекватного отношения жены к проблемам мужа, связанным со службой в армии;
- снижение невротизации жены;
- укрепление ориентации на здоровый образ жизни.

Терапия семьи включает этап оценки и четыре этапа коррекции.

Этап оценки.

Критерии, отличающие функциональные семьи от дисфункциональных:

- 1) травма в семье не отрицается, а принимается;
- 2) проблема распределяется на всю семью, а не лежит исключительно на «жертве»;
- 3) семья ориентирована на решение проблемы, а не на обвинение;
- 4) семья характеризуется высокой толерантностью (терпимостью);
- 5) среди членов семьи существует высокая привязанность;
- 6) в семье открытая коммуникация;
- 7) семья отличается высокой сплоченностью;
- 8) обладает гибким распределением семейных ролей;
- 9) для решения проблем семья привлекает не только внутренние ресурсы, но и внесемейные;
- 10) в семье отсутствует насилие;
- 11) не принято использование наркотических средств.

Этапы коррекции.

Этап 1: Построение терапевтического альянса

Когда семья и терапевт приняли решение проводить психотерапию, на первом этапе необходимо, чтобы как можно больше членов семьи выразили свои личные переживания и свою неудовлетворенность семейными отношениями. Психотерапевт выражает признание и понимание их страданий. Демонстрация уважения терапевта к каждому члену семьи создает атмосферу доверия и способствует продвижению терапии. Постепенное выдвигание на первый план индивидуальных различий в реакциях членов семьи ведет к следующей стадии.

Этап 2: Воссоздание проблемы.

Каждый член семьи сообщает свое видение травмирующей ситуации. Слушая друг друга, члены семьи проясняют для себя, как проблема действует на каждого из них.. Терапевт поощряет обсуждение, в ходе которого фокус проблемы сдвигается от члена семьи, так называемой «жертвы», ко всей семье в целом. На этом этапе происходит распознавание, исследование и преодоление чувства вины у «жертвы». В процессе обсуждения терапевт обращает внимание на положительные последствия

травмирующего события (например, ощущение ценности жизни после близкого контакта со смертью).

Этап 3: *Переструктурирование проблемы.*

После обсуждения личного опыта, эмоциональных реакций и точек зрения каждого члена семьи по отдельности все они объединяются в последовательное целое. Терапевт должен помочь семье переформулировать личный опыт и понимание проблемы в опыт совместный, чтобы в дальнейшем произошел процесс построения семейной «теории заживления». Часто ветераны страдают от изоляции, потому что их жены, чувствуя беспомощность и невозможность помочь мужу, страдающему ПТСР, отказываются говорить с ними на темы трагедии. Помогая ветерану на этом этапе терапии воспринимать поведение жены как проявление любви, а не отвержения, терапевт, в конечном итоге, стимулирует процесс -возвращения семье утраченной целостности и сплоченности.

Проблема рассматривается как обычное препятствие, которое может быть преодолено.

Этап 4: *Развитие «теории заживления».*

Цель терапии семьи – формирование согласованного видения того, что случилось в прошлом, и оптимистического взгляда на способность справляться с трудностями в будущем. Видение, разделяемое всеми членами семьи, учитывающее реакции каждого, приносящее сплоченность, – это «заживляющая теория». Предполагается, что появление «заживляющей теории» может быть критерием успешного завершения семейной терапии.

В соответствии с изложенным выше можно сформулировать следующие *принципы консультирования семей с различной степенью выраженности психологического насилия:*

1. В ходе психологического консультирования семьи с проблемами насилия приоритетное внимание следует уделять *психологическому насилию;*

2. Если это семья с проблемами психологического насилия, приоритетное внимание следует уделять *неадекватности (патологии) родительских функций;*

3. Если это семья с неадекватностью родительских функций, приоритетом становятся *механизмы неприятия самих себя у родителей;*

4. Если речь идет о консультировании родителей с проблемами неприятия себя, приоритетом становятся интраперсональные процессы блокирования (фрустрации), диссоциации (расщепления) и вытеснения из сознания родителей своих собственных сущностных (в широком смысле – витальных) проявлений, то есть динамические аспекты «негативной психологии» (А. Ме-негетти), процессы персонализации (А. Б. Орлов) – *формирование персональных и теневых личностных составляющих;*

5. В ходе консультирования родителей с выраженными эффектами процесса персонализации приоритетом становятся прецеденты и условия процессов *персонализации* (А. Б. Орлов), альтернативных процессам персонализации.

Такая стратегия консультационной психологической практики открывает путь к созданию новых, свободных от насилия форм родительской функции.

Что касается семейной терапии с родителями жертв сексуального насилия, то, по мнению Orenchuk-Tomiuk, Matthey и Christensen (1990), моделью терапии, которую лучше использовать в данном случае, является так называемая модель разрешения ситуации, состоящая из 3 стадий:

- стадии отрицания;
- промежуточной стадии;
- стадии разрешения.

На стадии отрицания не участвовавший в насилии родитель отрицает факт насилия, обвиняет ребенка в обмане и защищает насильника. На промежуточной стадии он начинает верить в факт насилия и становится союзником ребенка. На стадии разрешения этот родитель начинает оказывать поддержку ребенку и прорабатывает чувство вины за отказ защитить ребенка на стадии отрицания.

Родитель-насильник на стадии отрицания отказывается принять ответственность за

насилие или отрицает его; на промежуточной стадии признает факт насилия, но обвиняет ребенка; на стадии разрешения принимает на себя ответственность за насилие и усваивает более продуктивные родительские роли.

Данная модель предполагает использование на стадии отрицания индивидуального и группового консультирования, а семейную и супружескую терапию только на последующих стадиях, при этом ребенок может быть включен в семейную терапию только тогда, когда он будет к этому готов.

В процессе семейной терапии с жертвами сексуального насилия также можно использовать подход, предложенный К. Маданьес (1990), при котором жертвы прощают насильников-мужчин. Эта процедура принимает форму ритуала, когда насильник раскаивается и ищет прощения у ребенка.

В групповую работу можно включать родителей, опекунов и других людей, непосредственно несущих ответственность за ребенка. Перед началом группы необходимо проанализировать индивидуальные особенности предполагаемых участников:

- взрослые с различными формами психических расстройств, с наркотической или алкогольной зависимостью, а также уклоняющиеся от выполнения родительских обязанностей, не должны включаться в группу;

- не рекомендуется включать в группу взрослых, которые полностью отрицают факт насилия даже после индивидуальной терапии;

- взрослые, которые сомневаются в правдивости своих детей и сохраняют близкие отношения с отрицающим свою вину насильником, могут активно противодействовать терапии;

- приверженцы строгих религиозных систем, где запрещено открытое обсуждение сексуальной сферы, могут усложнить групповую работу;

- серьезные внутрисемейные разногласия между супругами могут отвлекать группу от ее целей. В таких случаях в занятиях группы должен участвовать только один из супругов.

Следует особо подчеркнуть правило конфиденциальности относительно всего, что обсуждается на групповых занятиях. Кроме того, важно, чтобы у взрослых сложилось ясное представление о требованиях, предъявляемых к участникам групповой терапии. Для этого им предлагают контракт, в котором оговариваются основные правила группы; вопросы пропусков и опозданий; условия досрочного выхода из группы; описание структуры и основного содержания работы группы.

Родители, оказавшиеся после случившегося в эмоциональной изоляции, часто опасаются, что другие члены группы или психолог будут обвинять их в происшедшем. Этот страх, порожденный собственным чувством вины, как правило, глубоко скрыт и выражается косвенно – в форме враждебности и цинизма. Взрослые скрывают тревогу по поводу группы и могут опасаться неприятия со стороны других ее членов. С другой стороны, работа в группе дает им возможность получить поддержку и понимание, поэтому психолог должен укрепить желание родителей участвовать в групповой терапии, несмотря на страхи и сомнения.

Семейная или супружеская терапия также подходящий способ для работы с жертвами изнасилования. Так как реакция окружающих чаще обвинительная по отношению к жертве, иногда даже происходит отвержение жертвы, – члены семьи должны участвовать в терапии. Типичные реакции родителей и супругов на изнасилование – чувство беспомощности, гнев, фрустрация и фантазии об убийстве насильника (Emm, McKenry, 1988). Поэтому участие в терапии может способствовать реорганизации и восстановлению целостности семьи. В рамках семейной/супружеской терапии члены семьи смогут обсудить когнитивные и эмоциональные компоненты своих реакций на травму.

В СП выделяются 4 этапа:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;

- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается определение типологии нарушенных семейных отношений с учетом личностных свойств членов семьи и характеристик патологии одного из них. Диагностика семейных отношений осуществляется психотерапевтом, выдвигающим и проверяющим проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает СП на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики заключается в ее стереоскопическом характере. Это означает, что информация, полученная от одного из членов семьи на односторонних встречах, должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и общим впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников СП. На втором этапе осуществляется выявление семейного конфликта и прояснение его истоков, а затем – его ликвидация посредством эмоционального отреагирования каждого вовлеченного в конфликт, на фоне создания адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется прием «робот-манипулятор». Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жестов, соотнося экспрессивность жестов с чувствительностью и толерантностью участников. На этой стадии ведущая роль принадлежит таким психотерапевтическим методам, как: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознанных аспектов отношений, а также методы групповой психодинамики. На этапе реконструкции семейных отношений происходит обсуждение актуальных семейных проблем: либо в одной семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных условиях жизни семьи закрепляются приобретенные на предыдущих этапах навыки эмпатического общения и расширенный диапазон ролевого поведения, заслушиваются отчеты о динамике внутрисемейных отношений, проводится коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс СП и обосновывает порядок применения тех или иных методов в зависимости от целей и от объема диагностических данных. Чаще всего в СП применяются психотехнические приемы, используемые в групповой психотерапии:

- 1) использование молчания;
- 2) слушание;
- 3) обучение с помощью вопросов;
- 4) повторение (резюмирование);
- 5) уточнение (прояснение) и отражение эмоций;
- 6) конфронтация;
- 7) проигрывание ролей;
- 8) создание «живых скульптур»;
- 9) анализ видеоманитофонных записей.

Основным теоретическим базисом СП является принцип системности семейных отношений, т. е. взаимодетерминированность отдельных личностей и межличностных отношений. Согласно этой теории, стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи – с другой, образуют замкнутый постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл. СП является методом разрушения такого цикла, когда он становится патологическим, и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

Параметры семейной системы. Семейная система может быть описана по нескольким параметрам. Можно выделить шесть информативных параметров:

- 1) особенности взаимоотношений членов семьи;
- 2) гласные и негласные правила жизни в семье;
- 3) семейные мифы;
- 4) семейные границы;
- 5) стабилизаторы семейной системы;
- 6) история семьи.

Последний параметр важен, поскольку для успешной работы с семьей необходимо знать не только сегодняшнее положение дел, которое описывается этими параметрами, но и то, каким образом семья достигла этого положения.

Более подробно о различных теориях семейной терапии можно прочесть в следующих работах: Бендлер и др., 1999; Варга, 2001; Витакер, 1998; Минухин, Фишман, 1998; Витакер, Бамберри, 1997; Кратохвил, 199-1; Маданес, 1999; Мягер, Мишина, 1979; Пезешкиан, 1993; Пэпп, 1998; Ричардсон, 1994; Саймон, 1996; Сатир, 1992, 1999; Фримен, 2001; Хейли, 1995; 1998; Черников, 1997; Шерман, Фредман, 1997; Эйде-миллер, Юстицкий, 1989.

ТЕХНИКИ

ТЕХНИКА 1. «Циркулярное интервью»

Это основная и широко используемая техника. Психотерапевт по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на терапевта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно.

Начинающему системному семейному психотерапевту полезно будет выучить наизусть список тем, которые необходимо затронуть в беседе с семьей с помощью круговых вопросов:

1. С какими ожиданиями пришла семья? Кто направил их на консультацию, к кому они обращались прежде?
2. Как семья видит свою актуальную проблему?
3. Какова ситуация в семье в настоящее время?
4. Как раньше семья справлялась с трудностями и проблемами? Какие использовались способы их решений?
5. Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.
6. Какая система понимания проблемы и причин ее возникновения существует в семье?
7. Какие существуют ключевые, триггерные ситуации?
8. Как ситуация может развиваться наилучшим образом? Как можно усугубить проблему?
9. Какие положительные стороны есть у проблемы?
10. Вопросы о психологических ресурсах каждого.
11. Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее.
12. Какой была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?

Разумеется, весь этот круг тем невозможно затронуть за один сеанс. Ему можно посвятить две-три встречи. После этого системная гипотеза приобретает достоверность. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом психотерапевта, его способностью строить контакт с семьей.

ТЕХНИКА 2. «Положительное переформулирование»

Это техника подачи обратной связи семье после того, как психотерапевт утвердился в своей гипотезе на текущий момент работы.

Психотерапевт рассказывает семье о том, как он понимает содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам.

Рекомендуется снять тревогу семьи по поводу происходящего. Для этого используется прием *нормализации*: содержание семейной дисфункции подается в расширенном социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить клиентам о закономерности и повсеместной распространенности происходящего. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и ауру уникальности. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицинской практике: люди получают определенность и надежду, услышав, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая дисфункция, существующая в семье, имеет положительную сторону. Каждая семейная дисфункция «работает» как стабилизатор. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события.

Включение в текст обратной связи противоречия, *парадокса*. Это необходимо для того, чтобы парадокс психотерапевта мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Типичные парадоксы, которые легко вскрывает циркулярная логика: мама хочет, чтобы ребенок хорошо учился, и делает все, чтобы лишить его навыков самостоятельной работы. Супруги хотят улучшить свой брак и делают все, чтобы не попадать в супружеские роли, оставаться лишь родителями и не сближаться. Контрпарадокс в последнем случае был бы таким: «Вы так цените свой брак и отношения друг с другом, что стараетесь не общаться, чтобы ненароком не испортить то, что есть».

Можно положительно переформулировать в семейной системе любой симптом, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

ТЕХНИКА 3. «Предписание»

Это предписание определенного поведения членам семьи. Психотерапевт просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном – конкретные действия. Предписания могут быть прямыми или парадоксальными.

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания – дать семье возможность подумать и затем обсудить с психотерапевтом, почему данное предписание для этой семьи невыполнимо.

Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуют неделю прожить так: никто не имеет своего места для сна; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители – где найдут место. Это предписание доводит до абсурда хаотическое, неструктурированное поведение в данной семье и вызывает протест у ее членов. На следующей встрече обсуждают, кто как себя чувствовал при эксперименте, и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения обязанностей и т. п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, на первый взгляд они просты для исполнения. Например, семье, в которой неадекватно распределяются роли и функции, в которой основная тема – борьба за власть и контроль, можно предложить следующее: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, а жена и дети подчиняются; во вторник, четверг и субботу все решает жена; в воскресенье предлагается спорить и ругаться; как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

ТЕХНИКА 4. «Парадоксальные предписания»

Коммуникация в семейной системе может быть неконгруэнтной и парадоксальной. Психотерапевтический парадокс является структурированной разновидностью парадоксальных посланий.

Парадоксальные вмешательства можно использовать в тех случаях, когда симптоматическое поведение клиентов исполняет в семье определенную роль и заранее понятно, что прямые инструкции не будут выполняться семьей или отдельными ее членами.

Парадоксальные сообщения только выглядят противоречивыми. Они содержат двойное послание семье: одно послание указывает на то, что им надо измениться, а второе – на то, что это будет не так уж хорошо. При этом оба послания передаются одновременно.

Парадоксальные сообщения основаны на противодействии, поскольку есть надежда на то, что члены семьи начнут сопротивляться той части сообщения, которая удерживает их от изменения.

При разработке системного парадокса психотерапевт соединяет симптом с выполняемой им в системе позитивной функцией. Перечисляются последствия ликвидации симптома, и психотерапевт рекомендует семье продолжать разрешать свою дилемму через симптом.

В разработке системного парадокса выделяют три главных этапа:

Переопределение – симптом переопределяется как выполняющий позитивную функцию. В случаях насилия, инцеста или противоправных поступков положительно определяется мотивация, стоящая за поведением.

Предписание. Получившие позитивное определение, и симптом, и выполняемая им функция предписываются семье. Предписание должно быть кратким и сжатым. Чтобы выглядеть убедительным, психотерапевт должен представить веские доводы в пользу такого предписания и говорить очень убежденно.

Сдерживание. Если психотерапевт хочет быть последовательным на двух вышеописанных этапах, то ему следует сдерживать семью каждый раз, когда в ней будут проявляться признаки изменения. Если семья настойчиво требует изменения, то психотерапевту необходимо применять эту тактику с большой осторожностью и осмотрительностью.

ТЕХНИКА 5. «Реверсирование»

Реверсирование – это вмешательство, в ходе которого психотерапевт предлагает одному из членов семьи изменить свою позицию или поведение на прямо противоположные – в надежде на то, что это вызовет парадоксальную реакцию у другого члена семьи.

Реверсирование основано одновременно и на противодействии, и на согласии. Оно требует осознанного содействия одного члена семьи – того, кто получает инструкции от психотерапевта, – и противодействия другого.

Реверсирование может быть использовано при работе с семьями, супружескими парами или при индивидуальной работе.

Если член семьи отказывается проходить курс психотерапии: один из супругов отвергает супружескую терапию или проблемный ребенок не является на семейные сеансы, – то присутствующим членам семьи можно дать указания, как коренным образом изменить данную ситуацию, изменив свое поведение дома на прямо противоположное. Когда же на терапию приходит вся семья, тот ее член, который становится объектом реверсирования, не должен присутствовать на сессии, поскольку успех зависит от того, насколько удастся заставить человека врасплох, и от его спонтанной реакции на неожиданное изменение поведения других.

Реверсирование планируется и проводится в три этапа:

Побуждение. Эффективность реверсирования зависит от умения терапевта побудить члена семьи к тому, чтобы он изменил свою позицию, касающуюся важной проблемы, на прямо противоположную.

Поддержка. После того как удалось добиться начального содействия, психотерапевт должен обеспечить этому члену семьи постоянную поддержку перед лицом могучей системы, которая неуклонно противодействует любому движению в противоположном направлении. Чаще всего семья начинает с удвоенной силой восстанавливать старый порядок. Следует предвидеть такую реакцию. Возможно возвращение к парадоксальному вмешательству, при этом отказ от выполнения задания объясняют интересами семьи.

Пересмотр отношений. Если человеку удалось изменить свою позицию на противоположную и удержать её на какое-то время, возникнет необходимость выработать

новые отношения, основанные на этой позиции.

Психотерапевт должен быть готов и к отрицательным, и к положительным реакциям, и помогая своему клиенту оговаривать взаимоотношения на различных условиях.

Результатом парадоксальных вмешательств являются устойчивые позитивные изменения отношений между членами семьи.

ТЕХНИКА 6. «Прояснение коммуникации»

Эта техника применяется для налаживания коммуникации в супружеской паре или между родителем и ребенком. В идеале тут должны работать двое терапевтов. Однако при определенной тренировке технику может применять и один специалист.

Техника особенно эффективна в ситуации острого семейного кризиса, когда клиенты испытывают сильные и противоречивые чувства по отношению друг к другу. «Прояснение коммуникаций» позволяет организовать конструктивное выражение этих эмоций и добиться более глубокого принятия друг друга. Самое подходящее место для данной техники – это супружеская терапия. С парой родитель – ребенок она также работает, однако тут существуют возрастные ограничения. То же самое касается любых коммуникативных стратегий, которые работают тем хуже, чем меньше возраст детей.

По сути, техника прояснения коммуникаций является развитием психодраматической техники дублирования. Клиентов просят обсудить одну из семейных тем. По мере того как диалог между ними становится все более и более эмоционально насыщенным, возникает удобный момент для перехода к прояснению коммуникации. При этом психотерапевты пересаживаются, располагаясь чуть сзади и сбоку каждый от своего клиента. Далее терапевты, как и при дублировании, стараются подключиться к эмоциональному состоянию клиентов, озвучить их переживания от первого лица и помочь выразить себя более полно, не прибегая к защитным маневрам. Терапевты время от времени останавливают клиентов и просят оценить, насколько верно они отражают их сообщения.

«Перевод» должен соответствовать внутреннему состоянию клиента, настолько, что у того создается впечатление, что терапевт выражает его чувства лучше него самого. Сообщения партнеров становятся более ясными, проявляются скрытые ранее страхи, супруги переходят к реальному живому диалогу, все глубже продвигаясь в понимании себя и друг друга.

Одновременно происходит обучение клиентов модели открытого общения. Терапевты переводят обвиняющие «Ты»-высказывания клиентов в «Я»-высказывания, что позволяет управлять переговорным процессом, сдерживают поток обвинений и взаимных нападок, обучая клиентов более конструктивному взаимодействию.

В случае разнополой пары терапевтов при работе с супругами мужчина, как правило, озвучивает жену, в то время как женщина-терапевт озвучивает мужа. Таким образом удастся избежать коалиции по признаку пола. Для эффективной работы у психотерапевтов должны быть «чистые» каналы коммуникации, а трудности взаимодействия между ними должны быть заранее проанализированы.

ТЕХНИКА 7. «Незаконченные предложения»

Настоящая техника помогает видоизменить характер коммуникаций членов семьи, а именно:

- стимулировать диалог дистанцированных членов семьи;
- структурировать общение двух человек и сделать его более безопасным для них (формулировки в виде Я-высказываний, баланс выражения негативных и позитивных чувств, обозначение направления изменений). Озвучивание позитивных характеристик особенно важно в ситуации семейного конфликта, когда члены семьи обмениваются в основном негативными заявлениями, провоцируя нарастание ссоры;
- обеспечить равный вклад в разговор, сдерживая многословного и поощряя молчаливого члена семьи.

Помимо изменения процессуальных характеристик общения, данная техника позволяет исследовать основное содержание взаимных претензий.

Выбираются два члена семьи, отношения между которыми заслуживают

исследования. Их просят расположиться друг напротив друга и поочередно заканчивать ряд незавершенных предложений:

Мне нравится, что ты... Я расстраиваюсь, когда... Я злюсь, когда... Я благодарен тебе за... Мы могли бы по-другому...

Эмпирическим путем было выявлено, что оптимальным количеством в такой работе является пять предложений. Члены семьи должны пройти по этому списку 3–4 раза. Обычно это не занимает более двадцати минут и, как правило, не встречает сильного сопротивления – наоборот, может стимулировать шутки и смех. Все присутствующие могут наглядно убедиться, с какой скоростью продуцируются негативные утверждения и в каких муках рождается признание достоинств друг друга. Часто подростки говорят, что они впервые услышали о себе что-то хорошее. Ограничением в использовании этой техники может быть только возраст ребенка. Данная процедура может использоваться самостоятельно или служить хорошим разогревом для дальнейшей работы.

ТЕХНИКА 8. «Семейные правила»

Упражнение 1 «Выяснение семейных правил»

Соберите всех членов семьи и задайте им вопрос: «Какие правила сейчас действуют у вас?» Выберите для этого такой момент, когда у вас будет час или два, чтобы осуществить эту задачу. Выберите секретаря, чтобы он записывал правила. Это поможет вам не запутаться. Во время выяснения правил избегайте споров по поводу того* подходит ли семье это правило или нет, а также: выполняются ли эти правила. Вы не стараетесь никого поймать. Упражнение проходит в духе исследования.

Обычно легче всего выявить правила, связанные с тем, как распоряжаться деньгами, с выполнением домашних обязанностей и с нарушениями правил. Но существуют правила, регулирующие любые взаимодействия в семье, некоторые из них скрыты, и их трудно обсуждать. Для начала мы исследуем открытые правила.

Вы можете обнаружить, что те правила, которые кажутся очевидными, разными членами семьи понимаются по-разному. Для многих семей просто сидеть и выяснять эти правила – это нечто новое и познавательное. Многие родители уверены, что каждый человек в семье знает правила. Часто это неверно. После первого шага причины недопонимания и проблем в поведении могут стать более очевидными. Разумно сначала выяснить, все ли понимают правила до конца, прежде чем решать, кто им не подчиняется.

Упражнение 2 «Поправки к семейным правилам»

После того как члены семьи записали все правила, которые им вспомнились, и прояснили все недоразумения по поводу правил, нужно решить, какие правила являются точным отражением семейных ценностей на сегодняшний день, а какие уже неактуальны.

Дайте членам семьи следующую инструкцию: «Люди растут, и мир меняется. Поскольку правила принадлежат вам и вашей семье, у вас есть право менять и совершенствовать их или полностью отбросить. Одним из характерных признаков семейной системы, в которой есть удовлетворение и забота, является то., что правила можно изменить, когда это необходимо.

Теперь обсудите со своим партнером, какие семейные правила вам помогают, а какие – мешают. Чего вы хотите достигнуть с помощью этих правил? Насколько эффективно вы этого достигаете? Хорошие правила помогают семье; плохие правила ее ограничивают.

Правила могут быть устаревшими, несправедливыми, неясными или неподходящими, и их можно изменить. Теперь давайте исследуем, как можно изменить правила.

Обратите внимание на то, каков процесс изменения правил в вашей семье. Кому позволено просить об изменении? Кто принимает решение? В юридической системе можно обжаловать решение. Можно ли обжаловать решение в вашей семье?

Давайте пойдем дальше. Обсудите, как создаются правила в вашей семье? Их создает один человек? Это самый старший, самый тактичный, самый ограниченный, самый влиятельный человек? Вы берете эти правила из книг? У соседей? Из семей, в

которых выросли ваши родители? Откуда берутся эти правила?»

До этого момента обсуждались очевидные правила, которые легко обнаружить. Однако есть и другой набор правил, они часто являются скрытыми, и их трудно уловить. Это влиятельная и незримая сила, она управляет жизнью всех членов семьи.

Упражнение 3 «Выявление скрытых правил»

Последнее и самое сложное в работе с семейными правилами – выявление скрытых правил, которые могли остаться за рамками обсуждения. Спросите у членов семьи: могут ли они говорить в своей семье о том, что они думают, чувствуют, видят, слышат; о вкусах и запахах, которые они ощущают? Могут ли они комментировать только то, что должно быть, или также и то, что есть на самом деле?

Свободу комментирования можно разделить на 4 подкласса:

1. Что вы можете сказать о том, что вы видите и слышите? Вы только что видели, как два члена вашей семьи сильно

поссорились. Можете ли вы выразить свой страх, беспокойство, гнев, агрессию?

Можете ли вы выразить свое одиночество, нежность, потребность в утешении?

2. Кому вы можете это сказать?

Вы ребенок, и вы только что услышали, как отец выругался. Существует семейное правило, запрещающее ругаться. Можете ли вы указать ему на это?

3. Как вы можете прокомментировать тот факт, что не согласны с чьим-нибудь поведением или не одобряете его?

Если пятнадцатилетний сын (или дочь) напивается, можете ли вы прямо об этом сказать?

4. Можете ли вы свободно попросить объяснения, если вы не понимаете кого-нибудь из членов семьи?

Если слова и тон голоса вашего партнера взаимно противоречивы, можете ли вы прокомментировать это противоречие?

Каждый день члены семьи видят и слышат разные вещи. Некоторые из них приносят удовольствие. Другие вызывают замешательство и даже боль, третьи могут вызвать чувство стыда. Если членам семьи не позволено признавать и комментировать то, что они замечают, и выражать чувства, которые это вызывает у них, тогда эти чувства подавляются и начинают подтачивать семейное благополучие.

Есть ли такие темы, которые никогда не должны подниматься в семье?

Не ведете ли вы себя так, как будто этих фактов семейной жизни не существует?

Семейные запреты против обсуждения того, что есть и что было, создают плодородную почву для конфликтов.

Предположим, что существует такое неписаное семейное правило: члены семьи могут говорить только то, что правильно, хорошо, значимо, уместно. В этом случае значительную часть действительности нельзя комментировать. Никто не бывает постоянно хорошим, уместным, значимым и т. д.

Когда правила запрещают комментировать многие вещи о себе и других членах семьи и запрещено обсуждать то, что есть на самом деле, – что тогда происходит? Некоторые люди лгут, некоторых одолевает ненависть, а некоторые становятся чужими в своей семье. Самое худшее состоит в том, что у членов семьи появляется низкая самооценка, которая выражается в беспомощности, враждебности, глупости и одиночестве.

3.7 НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

Нейролингвистическое программирование (НЛП) – психотерапевтическая концепция, согласно которой за счет изменения в сознании психического образа жизненной ситуации изменяется психическое состояние человека, что способствует эффективной реализации себя в жизни и удовлетворению актуальных потребностей. Теория и практика НЛП подробно описаны во многих работах, как новых, так и ставших уже классическими (Альдер, 1998, 2000; Андреас, Андреас, 1999а, 1999б; Андреас и др. 2000; Бэндлер, 1998; Бэндлер, Гриндер, 1992, 1994; Гриндер, Бэндлер, 1996; Дилтс, 1994; 1997, 1998;

О'Коннор, Сеймор, 1997; Мак-Дермотт, О'Коннор, 1998; Таланов, Малкина-Пых, 2003). В данном разделе мы приводим только те испытанные техники НЛП, которые уже себя хорошо зарекомендовали в лечении ПТСР.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-терапевта является обеспечение доступа клиента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение клиента тому, как ими пользоваться. Выполнение этих задач достигается использованием различных техник, таких, как: «интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», «взмах».

Техника интеграции якорей. Методика проста, обладает большой терапевтической широтой и позволяет значительно редуцировать невротическую симптоматику у участников экстремальных ситуаций уже на начальных этапах работы. Ее применение особенно желательно при фиксации клиента на негативных аспектах своего жизненного опыта, связанных с травматической ситуацией. Она может использоваться как основная или же как вспомогательная в составе других технических приемов НЛП-терапии.

Якорение – процесс, посредством которого любое внутреннее или внешнее событие (звук, слово, поднятие руки, интонация, прикосновение) может быть связано с некоторой реакцией или состоянием и запускать ее проявление. Якоря могут возникать естественным образом и устанавливаться намеренно.

Положительный якорь – якорь, вызывающий ресурсное состояние (приятное переживание).

Отрицательный якорь – якорь, вызывающий проблемное состояние (неприятное переживание).

При установке якоря лучше пользоваться тремя правилами:

1. Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать. Это очень важно. Только в этом случае произойдет связывание: мозг свяжет состояние и внешнее событие.

2. Якорем может быть движение, звук, прикосновение.

3. Воспроизводить якорь следует чрезвычайно точно: точно такой же звук или слово, произнесенное с точно такой же интонацией, точно такое же движение или прикосновение.

Тактильные якоря. Одни из самых надежных и удобных в установке – тактильные якоря. Это якоря, которые ставятся прикосновением к телу клиента. Они действительно достаточно удобны и надежны, потому что прикосновение – всегда прикосновение. Аудиальный якорь обычно трудно удерживать, визуальный неудобен тем, что клиент может отвернуться или закрыть глаза, а прикосновение всегда замечается и срабатывает.

- При установке важно запомнить, что куда поставил. Одна из рекомендаций – разделять, какой рукой ставить положительные (ресурсные) якоря, какой – отрицательные.

- Следует учитывать, что некоторые люди по самым разным причинам вообще не любят прикосновений, и если попытаться поставить им тактильный якорь реакция может быть непредсказуемой.

- Внезапное прикосновение обычно вызывает напряжение у клиента. Так что или стоит задать «кинестетический» стиль общения, при котором прикосновение естественно и органично, или использовать другие якоря.

Хорошо поставленный якорь обычно органично вписывается в ситуацию, он там естественен и незаметен.

Визуальные якоря. Визуальным якорем может быть «поза гипнотизера», характерное движение, положение в пространстве, мимика. Но следует помнить о том, что большинство якорей желательно удерживать продолжительное время. Обычно рекомендуется использовать позу или положение в пространстве. Но предпочтительнее выбирать такие позы, которые больше не будут использоваться при общении с клиентом,

чтобы якорь не сработал в совершенно ненужном месте.

Аудиальные якоря. Можно разделить все аудиальные якоря на два типа: голосовые и звуковые.

Голосовые ставятся определенной характеристикой голоса: интонации, высота, скорость и т.п. или их сочетанием. Естественно, не следует употреблять эту высоту или скорость для чего-либо, кроме якорения и воспроизведения якоря.

Звуковые якоря ставятся с помощью подручных предметов (можно использовать дудочку, колокольчик и т.д.).

Вызов состояния. Самая важная задача при работе с якорями – это не сама установка якоря, а получение состояния, которое потом можно использовать.

Терапевт может просто дожидаться того момента, когда клиент сам войдет в подходящее вам состояние. Это удобно, если общение происходит в виде монолога, но при условии, что вы можете поставить якорь, то есть клиент на вас изредка смотрит или вы можете издать звук, который он может услышать. Недостаток этого пассивного способа – ждать иногда приходится долго.

Но существуют активные способы вызова состояния:

- прямолинейный: попросить клиента войти в нужное вам состояние;
- можно предложить клиенту вспомнить ситуацию, в которой он испытывал нужное вам состояние;
- можно подстроиться к клиенту и повести его в нужное состояние, а потом поставить якорь.

Техника визуально-кинестетической диссоциации. Это одна из самых эффективных и быстродействующих психотехник при работе с людьми, перенесшими тяжелую психотравму – экстремальную ситуацию, участник которой чувствует себя беспомощным и незащищенным. Это ведет к формированию своеобразной фобической реакции, имеющей, как правило, охранительный, защитный характер в специфическом контексте, связанном с опасностью для клиента. В дальнейшем эта реакция генерализируется, т.е. этот паттерн реагирования переносится в другие – неадекватные и отличные от первоначального – контексты. Это, в свою очередь, приводит к формированию патологического реагирования в самом широком диапазоне ситуаций, т.е. к дезадаптивному поведению и разнообразным формам невротических проявлений и делинквентного поведения, а в дальнейшем к патохарактерологическому развитию.

В большинстве случаев после подобной ситуации человек не отдает себе сознательного отчета в том, насколько сильно психотравмирующее переживание накладывает отпечаток на его жизнь и деформирует систему отношений. При таком характере психической травмы найти позитивное переживание достаточной интенсивности для совмещения обоих состояний (техника якорения) просто невозможно. Здесь уместно говорить о наличии некой отщепленной части человека, которая продолжает страдать, вновь и вновь переживать прежнюю ситуацию и взаимодействует с миром через призму боли и страдания. Отсюда становится понятной необходимость отреагировать на «ущемленный аффект», психотравмирующую ситуацию, изменить к ней отношение, позволить страдающей части получить поддержку и сострадание и, в конечном итоге, интегрировать ее с личностью клиента.

В технике визуально-кинестетической диссоциации эти задачи решаются посредством диссоциации клиента от негативных чувств, пережитых во время психической травмы. Клиент должен посмотреть на происшедшее с ним со стороны, т.е. перейти от ассоциированного повторного переживания психотравмирующего события к диссоциированному. Вспоминая психотравмирующее событие в ассоциированной форме, человек вновь и вновь переживает его, словно оно происходит «здесь и сейчас», он как бы снова возвращается назад в прошлое, чтобы вновь переживать чувства безнадежности, страха и боли. Но существует другой способ восприятия и переработки информации, обеспечивающий способность, оставаясь эмоционально невовлеченным, посмотреть со стороны на свой прошлый психотравмирующий опыт, располагая при этом всеми ресурсами и знаниями, всем опытом прошлого, жизнеощущением настоящего и

целеполаганием на будущее. Таким способом является диссоциированная форма восприятия. Обычно приятные события запоминаются в ассоциированном, а негативные – в диссоциированном виде. При диссоциированном отношении к собственному жизненному опыту можно оставаться сострадающим, сопереживающим, пережившим и во многом постигшим происшедшее, но в то же время пребывать в настоящем и смотреть на все происшедшее со стороны. Находясь в такой новой, более конструктивной позиции, клиент может изменить отношение к происшедшему, вернуть психотравмирующую ситуацию в ее ограниченный контекст, оказать эмоциональную поддержку страдающей части себя, повернуться к ней душой и сердцем, интегрировать ее в себя.

Шестишаговый рефрейминг. В самом общем виде круг проблем, решаемых с помощью этой психотехники, можно разделить на два типа.

К первому, основному, относятся паттерны когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования, часто возникающие при ПТСР. Больной воспринимает их как неадекватные, не устраивающие (не удовлетворяющие) его в данном контексте, но, несмотря на понимание, он не может изменить или исправить их. К этому часто примешиваются некоторая навязчивость в их возникновении и развитии, чувство их автоматичности, неуправляемости, неподвластности сознательному контролю. Ко второму типу относятся самые разнообразные психосоматические проблемы, также часто встречающиеся у участников военных действий. С помощью этой техники можно: сформировать новые, более адекватные способы поведения; сделать личность более цельной, интегрированной; построить чувство доверия к себе, веру в свои способности; вывести на сознательный уровень истинные мотивы и цели поведения; разрешить возникшие в результате перенесенных трагедий и **ПТСР** внутриличностные и межличностные конфликты.

Рефрейминг (от английского frame – рамка) – переформирование. Смысл любого события зависит лишь от того, в какую рамку мы его вставим, с какой точки зрения на него посмотрим. Меняется рамка – меняется смысл. Когда меняется смысл – реакции и поведение тоже становятся иными. Умение помещать события в различные рамки и придавать им различное значение очень важно и дает человеку больше свободы выбора. Существуют два основных вида рефрейминга: рефрейминг контекста и рефрейминг содержания.

Рефрейминг контекста. Практически любое поведение может оказаться полезным в соответствующих обстоятельствах. Лишь очень немногие формы поведения начисто лишены ценности и целесообразности. Рефрейминг контекста лучше всего работает с утверждениями типа «Я слишком...» или: «Я бы хотел прекратить...». Спросите себя:

Когда это поведение было бы полезным?

При каких обстоятельствах это поведение является ценным ресурсом?

Когда клиент найдет тот контекст, в котором данное поведение является подходящим, он может мысленно прорепетировать его именно в этом контексте и выработать уместное поведение для первоначального контекста.

Рефрейминг содержания. Содержание опыта – это то, на чем человек фокусирует свое внимание, придавая ему то значение, какое ему нравится. Рефрейминг содержания полезно применять к утверждениям типа: «Я начинаю сердиться, когда мною командуют» или: «Я впадаю в панику, когда приближается крайний срок».

Задайте себе вопросы:

Что еще это могло бы означать?

Какова позитивная направленность этого поведения?

Как еще я мог бы описать это поведение?

Техника взмаха. Эта техника позволяет быстро и эффективно изменять ригидные стереотипы на более адекватные и приемлемые для клиента способы реагирования. В результате формируются не только новые, более позитивные реакции, но и более продуктивный «Я-образ». Подробнее про технику взмаха см. ниже (Техника 5).

ТЕХНИКИ

Здесь и далее приводятся примеры указаний, которые терапевт дает клиенту для обучения данной технике. В обращении с клиентом вполне допустимо применять формулировки, пусть и не совпадающие с использованными здесь терминами НЛП, зато более понятные клиенту.

ТЕХНИКА 1. «Постановка ресурсных якорей»

1. Выявите ситуацию, в которой вам не хватает ресурсов (это может быть ситуация постоянного мысленного переживания травматической ситуации).

2. Определите необходимый ресурс (например, уверенность или чувство спокойствия).

3. Убедитесь в том, что ресурс действительно является подходящим – спросите себя: «Если бы у меня был этот ресурс, улучшилось бы мое восприятие этой ситуации и мои действия в ней?» (Если да, продолжайте, если нет, вернитесь к шагу 2).

4. Вспомните несколько случаев из жизни, когда у вас был этот ресурс, и выберите из них один-два, когда он проявился интенсивнее всего.

5. Определите якоря, которые вы собираетесь использовать (визуальные, аудиальные, кинестетические).

6. В воображении полностью вернитесь в переживание ресурсного состояния, переживите его снова.

7. Когда переживание достигнет пика интенсивности, выйдите из него.

8. Снова переживите свое ресурсное состояние, и в тот момент, когда оно достигнет пика, поставьте якорь. Повторите это несколько раз.

9. Проверьте качество якорения, убедившись, что вы действительно входите в это состояние, включив якоря. Если вы не удовлетворены, повторите шаг 6.

ТЕХНИКА 2. «Создание цепочки якорей»

1. Определите, как именно вы узнаете, что испытываете неприятные переживания, связанные с травматическим событием. Что дает вам узнать об этом – мысли, поза, движения, дыхание и т. д.?

2. Решите, к какому первому состоянию вы хотели бы перейти, как только получите этот внутренний сигнал. К какому второму после этого? К какому третьему и т. д. (Например, ваша «цепочка» может выглядеть следующим образом «волнение»– «спокойствие»–«любопытство»– «творчество» .)

3. Вспомните о времени, когда вы были очень спокойны и закрепите это состояние тактильным якорем (удобнее всего использовать касание определенным пальцем определенной части тела).

4. Выйдите из этого состояния спокойствия, вспомните, когда вас обуревало любопытство, и поставьте якорь этого состояния, заметно отличающийся от предыдущего.

5. Прделайте это для состояния творчества (тоже «заякорите» его).

6. Вернитесь к переживанию волнения (например, вспомните то, из-за чего вы серьезно волновались в последний раз).

7. Как только вы почувствуете сигнал волнения, включите якорь спокойствия, когда это состояние достигнет максимума, «запустите» якорь любопытства, а после – творчества.

ТЕХНИКА 3. «Интеграция якорей»

Принцип «смешивания» двух противоположных неврологических процессов положен в основу очень мощной техники сталкивания, или интеграции, якорей.

Сядьте поудобнее, вспомните случай, когда вы были особенно уверены в себе, полны творческой энергии или просто здоровы (выберите что-то одно).

1. Заякорите это воспоминание на своем правом колене легким нажатием своей правой руки. Убедитесь, что вы ставите якорь именно в момент, когда вы наиболее интенсивно переживаете данное воспоминание.

2. Теперь вспомните травматическую ситуацию, которая вызывает у вас негативные воспоминания. Установите якорь левой рукой на своем левом колене.

3. Двумя руками одновременно нажмите на оба якоря. В результате две модели поведения столкнутся в одном месте и времени, так что неврологически будет необходимо интегрировать их. Ресурсное и нересурсное состояния сольются, заставляя ваш мозг искать новые возможности в ситуации, которая раньше воспринималась как проблемная, и/или менять состояние с нездорового на более здоровое.

4. Теперь вообразите себе проблемную или травматическую ситуацию в будущем. Если ваша работа была успешной, вы обнаружите, что вам куда легче найти ресурсы в данной ситуации (по мере того как вы будете представлять ситуацию, будут появляться признаки ресурсного состояния). И будьте уверены в том, что впоследствии вы сможете действительно испытать «доступность ресурса», попав в соответствующую проблемную ситуацию, или просто выздороветь значительно быстрее.

ТЕХНИКА 4. «Круг совершенства»

Цель этой техники заключается в том, чтобы восстановить, описать, укрепить и дополнить ресурсные состояния тела и психики человека. По своей сути это интеграция якорей с многократным нахождением ресурса.

1. Определите ваше совершенное состояние. Выберите из вашего прошлого состояние, в котором все ваши ресурсы были для вас доступны настолько, что это позволяло вам быть в наилучшей форме и действовать в полную меру своих способностей.

2. Создайте «круг совершенства». Нарисуйте воображаемый круг на полу. Вообразите, что это – ваш «круг совершенства». Попробуйте представить, что в нем появляется цвет – какой?

3. Вспомните состояние совершенства, достигните, опишите его, дополните, если надо, и ассоциируйте с кругом (просто войдя в него в «совершенном» состоянии):

a) переживите вновь ваш опыт совершенного состояния, как будто это происходит сейчас;

b) опишите – осознайте свою позу, дыхание, внутренние образы, звуки и особенно – то, как вы видите и слышите все, что происходит;

c) дополните ощущение, если оно не совсем полно, путем систематического повторения упражнения, пока вы не получите сильного и полного переживания. Определите наиболее яркие или «выпуклые» ощущения (чувства, тип дыхания, образ или звук), которые создают «дополненное» состояние совершенства, и определите, как вы выглядите и как звучит ваш голос в этом состоянии.

4. Осуществите разделение состояний. Выйдите из круга и вернитесь в ваше обычное состояние.

5. Теперь вступите в круг и проверьте, возвращаются ли к вам спонтанно все физиологические ощущения совершенства. Выйдите из круга. Еще несколько раз повторите вход и выход. Если вам не удастся полностью достичь чувства совершенства без сознательного усилия, вернитесь к шагу 3.

6. Создайте необходимый контекст. Определите будущую ситуацию, которая для вас, как правило, проблематична, но в которой бы вы хотели быть способным в любой момент автоматически получить чувство совершенства. Найдите триггер этой ситуации (то, что вы видите, слышите и чувствуете такого, что дает вам знать, что сейчас вы столкнетесь с проблемой).

7. Установите связи. Мысленно поставьте себя в эту ситуацию, вступите в круг и, получив доступ к совершенству, посмотрите, каким образом все это совершенство отражается на ситуации. Заметьте виды связи, которую вы можете установить со своим совершенством. Выйдите из круга.

8. Проверьте себя. Опять подумайте о той будущей ситуации. Можете даже задать себе несколько вопросов о ней (например: «Что происходит сейчас, когда я думаю о том, что обычно бывает для меня неприятным или трудным?»). Главное здесь – быстро и автоматически достигнуть состояния совершенства. Вы можете проверить это, замечая, присутствуют ли определяющие ощущение совершенства признаки из вашего описания (шаг 3).

ТЕХНИКА 5. «Взмах»

1. Определите свою нежелательную реакцию (поведение) – например, ощущение тревоги, сердцебиение и т. д. – теперешнее состояние.

2. Выясните картину-триггер:

а) определите, какие именно состояния предшествуют нежелательной реакции, например: возникновение чувства тревоги или страха – что вы такого видите (слышите, чувствуете), что заставляет вас волноваться? Если вы можете определить только аудиальные или кинестетические ключи (триггеры), сделайте наложение на визуальный ключ: «Если бы этот звук или чувство было бы картинкой, как бы она выглядела?».

б) создайте большой яркий ассоциированный образ того, что вы видите как раз перед началом нежелательного поведения. Откалибруйте свое «внешнее поведение» (должно проявиться нежелательное чувство или поведение!) и мысленно отложите эту картинку в сторону.

3. Создайте новую картину – желаемое состояние. Представьте картинку-себя – каким бы вы были, если бы у вас больше не было этой трудности. Каким другим человеком вы бы видели себя, если бы освободились от этого нежелательного поведения? Убедитесь в том, что вы представляете себе диссоциированную картинку себя как другого человека – более способного и имеющего большую свободу выбора. Убедитесь в том, что картинка:

а) отражает ваше новое качество, а не какое-нибудь конкретное поведение;

б) диссоциирована и остается таковой;

с) нравится вам;

д) не имеет узкого контекста (сделайте фон вокруг образа как можно более размытым).

4. Проведите экологическую проверку. Глядя на это изображение самого себя таким, каким вы хотите быть, подумайте, есть ли у вас какие-нибудь колебания относительно того, чтобы стать таким человеком? Используйте любые возможности изменить эту картинку так, чтобы полностью согласиться с новым образом себя.

5. Подготовьтесь к взмаху. Создайте большой яркий ассоциированный образ триггера (шаг 2) и поместите небольшую темную картинку желаемого образа себя (шаг 3) в середину этого образа.

6. Сделайте взмах. Представьте, как картинка желаемого образа быстро становится больше и ярче, а картина

триггера в то же время уменьшается в размерах и становится тусклой и не столь яркой. Затем откройте глаза или сотрите изображение со своего визуального «экрана», представив себе что угодно другое.

7. Повторите эту процедуру пять раз, всякий раз ускоряя процесс. Не забудьте делать перерыв после каждого взмаха для того, чтобы последовательность взмаха шла в одном направлении.

8. Проверьте успешность упражнения. Представьте себе ту самую ситуацию: что происходит? Если техника взмаха удалась, то удержать картинку триггера (шаг 2) будет нелегко; естественным путем ее заменит новый желаемый образ себя (шаг 3). Если образ (шаг 2) все еще сохраняется, то надо еще несколько раз проделать этап 6, после чего провести еще одну проверку.

ТЕХНИКА 6. «Буквальный рефрейминг»

1. Подумайте о ситуации, при мысли о которой вы чувствуете себя плохо. Это может быть все, что угодно: воспоминание о травмирующем событии, нынешняя проблемная ситуация или чувство страха, а может быть, и что-нибудь еще.

2. Тщательно рассмотрите визуальную часть своего проблемного опыта, затем мысленно шагните из него назад, так, чтобы вы видели себя в этой ситуации (диссоциируйтесь). Если вы не сможете создать эту диссоциацию осознанно, то просто «почувствуйте», что проделываете это, или притворитесь, что сделали.

3. Теперь поместите вокруг этой картины большую золотую раму в стиле барокко примерно в два метра шириной. Отметьте, как это изменяет ваше восприятие

проблемной ситуации.

4. Если изменения недостаточны, поэкспериментируйте. Используйте овальную рамку, какие употреблялись много лет назад для старых семейных портретов; раму из нержавеющей стали с острыми краями или цветную пластиковую рамку.

5. После того как рама выбрана, поразвлекайтесь, украшая картину и пространство вокруг нее. Музейное яркое освещение, приподнятое над картиной, проливает иной свет на предмет, нежели тусклая свеча, стоящая на подставке под ней. Видение реальной обрамленной картины среди других картин на стене в музее или в чьем-то чужом доме может создать совершенно другую перспективу. Если хотите, то даже просто мысленно выберите знаменитого – или не очень – художника и превратите свою картину в полотно, исполненное этим художником или в его стиле.

ТЕХНИКА 7. «Шестишаговый рефрейминг»

1. Идентифицируйте стереотип X, который вы хотите изменить (ваше навязчивое воспоминание или повторное переживание травматической ситуации). «Я хочу прекратить делать X, но не могу», или «Я хочу делать Y, но меня что-то останавливает». Например, «Я хочу прекратить болеть» или «Я хочу выздороветь, но мне что-то мешает».

2. Установите коммуникацию с частью, ответственной за стереотип X.

а) «Будет ли та часть моей личности, которая отвечает за стереотип X, общаться со мной в сознании?» Обратите внимание на любые ощущения, которые возникают после того, как вы зададите себе этот вопрос.

б) Установите значение сигналов «да» и «нет». Пусть яркость, громкость или интенсивность сигнала возрастает, если имеет место ответ «да», и уменьшается, если вы получаете ответ «нет». В качестве сигнала часто удается воспользоваться произвольным движением пальца вверх и вниз.

3. Отделите поведение стереотипа X от позитивного намерения той части, которая отвечает за X – ведь это поведение является всего лишь способом достичь какой-либо позитивной цели.

а) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Не хочешь ли ты дать мне возможность осознать, что ты стараешься делать для меня с помощью стереотипа X?»

б) Если вы получите ответ «да», попросите эту часть пойти дальше и сказать открыто об этом своем намерении. Если вы получите ответ «нет», оставьте намерение бессознательным, предполагая, однако, что оно существует.

с) Теперь (если ответ был «да») определите, приемлемо ли это намерение для вашего сознания, то есть хотите ли вы иметь часть, которая бы выполняла эту функцию?

д) Спросите часть, которая отвечает за стереотип X: «Если бы тебе были известны способы достижения той же самой цели, которые были бы настолько же хороши, как X, или даже лучше, была бы ты заинтересована в том, чтобы реализовать их?» Добейтесь ее согласия, при необходимости переосмысливая выражения.

4. Получите доступ к *творческой части* и попросите ее о том, чтобы она генерировала новые поведенческие реакции для достижения данной позитивной функции.

а) Получите доступ к переживаниям творчества и закрепите их с помощью якоря. Или же спросите себя: «Осознаю ли я, что у меня есть творческая часть?»

б) Попросите часть, ответственную за стереотип X, сообщить свою позитивную функцию творческой части и разрешите творческой части создать новые способы для достижения этой позитивной цели. Предложите части, ответственной за X, принять по крайней мере три варианта, которые являются настолько же хорошими или лучшими, чем X. Пусть часть X дает сигнал «да» каждый раз, как только она примет какой-либо вариант как хорошую альтернативу X.

5. Спросите часть X: «Не хочешь ли ты взять на себя ответственность за то, чтобы использовать 3 новых варианта поведения в соответствующих ситуациях?» Это обеспечит присоединение к будущему. Кроме того, вы можете просить часть X на бессознательном уровне определить сигналы, которые будут запускать функционирование новых вариантов поведения и дать вам полностью пережить то

состояние, в котором вы будете находиться, когда эти сигналы будут автоматически запускать новые реакции.

6. Осуществите экологическую проверку. Спросите: «Есть ли внутри меня какая-либо часть, которая бы возражала против хотя бы одного из этих трех вариантов поведения?» Если получен ответ «да», возвратитесь на шаг 2.

ТЕХНИКА 8. «Визуально-кинестетическая диссоциация»

1. Представьте себя сидящим в центре пустого кинотеатра.

2. На экране вы видите черно-белый фотоснимок. На нем вы видите себя в ситуации за мгновение до возникновения сильного эмоционального переживания.

3. Выйдите из своего тела и переберитесь в проекционную будку. Оттуда вы можете, видеть себя в центре кинотеатра, наблюдающего за собой на экране.

4. Включите кинопроектор, и черно-белый снимок превратится в черно-белый фильм о ситуации, которая вызвала переживание. Для контроля над состоянием диссоциации держите руку на выключателе. Если вы начнете ассоциироваться с ситуацией, то одновременно с выходом из будки выключится кинопроектор, и вы «потеряете» ситуацию.

5. Просмотрите фильм от начала до конца и остановите его в кадре сразу после окончания переживания.

6. Из проекционной будки перейдите в свое тело в зале, а затем – в тело на экране. Другими словами, ассоциируйтесь с ситуацией на экране. Чтобы изображение не исчезло, нажмите предварительно выключатель кинопроектора посильнее, и он зафиксируется.

7. Сделайте фильм цветным и прокрутите его в обратном порядке. Вы имеете дело со своим воображением, а в воображении можно сделать все, что угодно.

8. Прodelайте процедуру шага 7 за две секунды.

9. Повторите процедуру шага 7 за одну секунду. Сделайте это три или пять раз.

10. **Проверка.** Подумайте о ситуации, вызывавшей у вас ранее сильное переживание. Другой способ проверки – это в реальной жизни пройти через беспокоившую ситуацию. Эта процедура используется при работе с сильными эмоциональными переживаниями, которые существенно нарушают внутреннее равновесие человека.

ТЕХНИКА 9. «Работа с негативными переживаниями»

1. Представьте травмирующую ситуацию и увидите все происходящее своими собственными глазами – ассоциируйтесь с ситуацией. Это делается для того, чтобы проверить, действительно ли событие до сих пор доставляет человеку неприятные переживания. Как только вы ощутите негативные эмоции, тут же посмотрите на все происходящее со стороны, т.е. диссоциируйтесь от ситуации.

2. Просмотрите всю ситуацию в диссоциированном состоянии.

3. Отложите эту картинку в сторону. Она понадобится чуть позже.

4. Найдите веселую, бодрую мелодию или песню, которая вам нравится. Мелодия сопровождается каким-либо видеорядом, все это напоминает видеоклип. Прослушайте мелодию вместе с изображением от начала до конца. Важно проверить, действительно ли у вас возникают положительные переживания. Если нет, то найдите другую мелодию.

5. Помещайте на заднем плане изображение с мелодией, а на переднем – картинку негативной ситуации. Просматривайте одновременно два ряда событий с начала и до конца. При этом звучит выбранная на шаге 4 мелодия или песня.

6. Можно повторить процедуру шага 5 три или четыре раза. Прodelайте ее быстро – за одну-две секунды.

7. **Проверка.** Чтобы установить результат процедуры, ассоциируйтесь с негативной ситуацией и переживите ее еще раз. Обратите внимание, как изменилось ваше восприятие события и ваши ощущения.

ГЛАВА 4 ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Участие в боевых действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительного характера, которое может вызвать общий дистресс практически у любого человека. В отличие от многих других стрессовых ситуаций, участие в войне может явиться психической травмой с отдаленными последствиями.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов, таких, как: 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; 2) ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у непосредственного участника боя; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать; 3) воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна); 4) невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания); 5) необычный для участника войны климат и рельеф местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.) (Пушкарев и др., 2000).

Социально-психологическая адаптация ветеранов войн, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. Впервые синдром, очень сходный с современным ПТСР, был описан Da Costa у солдат во время Гражданской войны в Америке (Da Costa, 1864) и назван «синдромом солдатского сердца», ведущее место в описании занимали вегетативные проявления. Впоследствии влияние стрессов военного времени на последующее психическое состояние комбатантов (т.е. участников боевых действий) глубже всего было изучено на материале войны во Вьетнаме. С.F.Figley (1978) описывает «поствьетнамский синдром», для которого характерны повторяющиеся навязчивые воспоминания, часто приобретающие форму ярких образных представлений – флэш-бэков (flashbacks) и сопровождающиеся угнетением, страхом, сомато-вегетативными расстройствами. У вьетнамских ком-батантов были выявлены состояния отчуждения и безразличия с утратой обычных интересов, повышенная возбудимость и раздражительность, повторяющиеся сновидения «боевого» характера, ощущения собственной вины за то, что они остались живы.

Связанные со стрессом во время военных действий психические расстройства являются одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к обычной жизни. После возвращения к мирной обстановке на уже имеющееся связанное с войной ПТСР наслаиваются новые расстройства, обусловленные стрессами, связанными с социальной дезадаптацией ветеранов. Ветераны войны, как правило, сталкиваются с непониманием, осуждением, сложностями в общении и профессиональном самоопределении, с проблемами в сфере финансов, образования, создания или сохранения семьи и др.

По воздействиям на психику человека и их последствиям войны конца XX века очень похожи на войну во Вьетнаме. По данным национального исследования ветеранов вьетнамской войны, в 1988 г. у 30,6% участвовавших в ней американцев наблюдалось ПТСР. У 55,8% лиц, имеющих ПТСР, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства; вероятность оказаться безработным у них в 5 раз больше по сравнению с другими, разводы были у 70%, проблемы с воспитанием детей у 35%, крайние формы изоляции от людей у 47,3%, выраженная враждебность у 40%, совершение более 6 актов насилия в год у 36,8%, попали в тюрьму или были арестованы 50%.

К сожалению, отсутствие данных о числе ветеранов в странах СНГ, страдающих ПТСР, и о выраженности этого расстройства не позволяет получить полное представление о соответствующих потребностях в медицинской и социально-психологической помощи.

Участие в войне приводит к заметным качественным изменениям сознания ветерана (Еремина и др.). Согласно результатам исследований военных медиков и психологов, особенности жизни в боевых условиях приводят к тому, что после возвращения к мирной жизни у ветерана развивается так называемый кризис идентичности, то есть утрата целостности восприятия себя и своей социальной роли. Это проявляется в нарушении

способности адекватно участвовать в сложных социальных взаимодействиях, в которых происходит самореализация человеческой личности.

Многие из таких людей потеряли интерес к общественной жизни, снизилась их активность при решении собственных жизненно важных проблем. Нередко наблюдаются утрата способности к сопереживанию и снижение потребности в душевной близости с другими людьми. Так, почти половина опрошенных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в Чечне, жалуются, что они не могут найти понимания ни в обществе, ни в семье. Каждый четвертый заявил, что испытывает трудности при общении в трудовом коллективе, а каждый второй менял место работы по три-четыре раза. Нарушенная способность поддерживать социальные контакты сказывается и на семейных отношениях: почти каждый четвертый находится в разводе.

Необычайно острую психологическую драму испытывают инвалиды, а также те, кто потерял близких. Жизненный опыт этих людей уникален; он резко отличается от опыта невоевавших людей, что и порождает непонимание со стороны окружающих. Как правило, к бывшим бойцам относятся с непониманием и опаской, что только усугубляет болезненную реакцию ветеранов на непривычную обстановку, которую они оценивают с присущим им фронтовым максимализмом. Свидетельством того, что бывшие участники военных действий испытывают трудности процесса адаптации к условиям мирной жизни, является их конфликтное поведение в социальной среде: неспособность принять новые «правила игры», нежелание идти на компромиссы, попытки разрешить споры мирного времени привычными силовыми методами. Ветераны подходят к мирной жизни с фронтовыми мерками и переносят военный способ поведения на мирную почву, хотя и понимают, что это неадекватно.

После «фронтowej ясности» конфликты мирного времени, когда «противник» формально таковым не является и применение силовых методов борьбы запрещено законом, нередко оказываются сложными для восприятия тех, у кого выработалась мгновенная реакция на любую опасность. Многим ветеранам трудно сдержаться, проявить гибкость, отказаться от привычки чуть что хвататься за оружие, в прямом или в переносном смысле.

4.1 ДИАГНОСТИКА ПТСР У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и калек – каждый третий. Но это лишь часть гигантского айсберга – всего массива разнообразных нарушений, которые остаются после экстремальных воздействий. Другие последствия начинают проявляться спустя несколько месяцев после возвращения к нормальным условиям жизни. Это различные психосоматические заболевания.

Основными проблемами бывших комбатантов являются страх (57%), демонстративность поведения (50%), агрессивность (58,5%) и подозрительность (75,5%). К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Кроме того, отмечают: неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на самоубийство; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив; идентификация себя с убитыми. Для участников боевых действий характерны также эмоциональная напряженность и эмоциональная обособленность, повышенная раздражительность и агрессивность, беспричинные вспышки гнева, приступы страха и тревоги. Отмечаются повторяющиеся яркие «боевые» сны и ночные кошмары, навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, внезапные всплески эмоций с «возвращением» к психотравмирующей ситуации.

К другим психическим явлениям, присутствующим у ветеранов войн, относятся состояние пессимизма, ощущение заброшенности; недоверие; неспособность говорить о войне; потеря смысла жизни; неуверенность в своих силах; ощущение нереальности того, что происходило на войне; чувство, что «я погиб на войне»; ощущение невозможности

влиять на ход событий; неспособность быть открытым в общении с другими людьми; тревожность; потребность иметь при себе оружие; неприятие ветеранов других войн; негативное отношение к представителям власти; желание выместить на ком-либо злость за то, что был послан на войну, и за все, что там происходило; отношение к женщинам только как к объекту удовлетворения сексуальных потребностей; склонность участвовать в опасных «приключениях»; попытка найти ответ на вопрос, почему погибли твои друзья, а не ты.

Выделяются следующие основные симптомы посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов войны (Колод-зин, 1992):

1. *Сверхбдительность*. Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Но эта опасность не только внешняя, но и внутренняя – она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения. Это физическое напряжение, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть, может создать немало проблем. Во-первых, поддержание высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Во-вторых, ветерану начинает казаться, что это и есть его основная проблема и что как только напряжение удастся уменьшить или расслабиться, все будет хорошо. На самом деле, физическое напряжение может защищать сознание, и нельзя убирать психологические защиты, пока не уменьшилась интенсивность переживаний. Когда же это произойдет, физическое напряжение уйдет само.

2. *Преувеличенное реагирование*. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит и т.д.

3. *Притупленность эмоций*. Иногда ветеран полностью или частично теряет способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, недоступны радость, любовь, творческий подъем, дух игры и спонтанность. Многие ветераны жалуются, что после травмирующих событий им стало намного труднее испытывать подобные чувства.

4. *Агрессивность*. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

5. *Нарушения памяти и концентрации внимания*. Ветеран испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, в определенных обстоятельствах. В иные моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться.

6. *Депрессия*. В состоянии посттравматического стресса депрессия усиливается, доходя до отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Ей сопутствуют нервное истощение, апатия и негативное отношение к жизни.

7. *Общая тревожность*. Проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления – например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

8. *Приступы ярости*. Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости. Многие ветераны сообщают, что такие приступы чаще возникают под действием наркотических веществ и особенно алкоголя. Однако подобное поведение наблюдается и вне зависимости от алкоголя или наркотиков, так что было бы неверно считать опьянение основной причиной этих приступов.

9. *Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами*. В попытке

снизить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны начинают злоупотреблять табаком, алкоголем и (в меньшей степени) другими наркотическими веществами.

10. *Непрошенные воспоминания.* Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся «в то время», т.е. во время травмирующего события: запахи, зрительные стимулы, звуки. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические «непрошенные воспоминания» сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Непрошенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У ветеранов войны эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями. Сны такого рода бывают, как правило, двух типов: первые, с точностью видеозаписи, воспроизводят травмирующее событие так, как оно запечатлелось в памяти; в снах второго типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые элементы (люди, ситуация, ощущение) подобны пережитой травме. Человек пробуждается от такого сна совершенно разбитым; его мышцы напряжены, он весь в поту.

В медицинской литературе ночной пот иногда рассматривают как самостоятельный симптом, поскольку многие пациенты просыпаются мокрыми от пота, но не помнят, что им снилось. Тем не менее, очевидно, потливость является реакцией именно на сновидение, независимо от того, запоминается оно или нет. Иногда во время подобного сна человек мечется в постели и просыпается со сжатыми кулаками, словно готовый к драке.

Такие сновидения являются, пожалуй, самым пугающим аспектом ПТСР, и ветераны неохотно соглашаются говорить об этом.

11. *Галлюцинаторные переживания.* Это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях – с той разницей, что при галлюцинаторном переживании воспоминание о случившемся настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными. В этом «галлюцинаторном» отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему приходилось спасать свою жизнь.

Галлюцинаторные переживания свойственны не всем: это всего лишь разновидность непрошенных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако могут появиться и в трезвом состоянии, даже у того, кто никогда не употреблял наркотических веществ.

12. *Проблемы со сном* (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары есть основания думать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: он боится заснуть и вновь увидеть ужасный сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса.

13. *Мысли о самоубийстве.* Ветеран нередко думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге должны привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Многие участники боевых действий сообщают, что в какой-то момент достигали той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение. Все те, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство – и со временем появляются более светлые перспективы.

14. *«Вина выжившего».* Чувство вины из-за того, что ты выжил в тяжелых испытаниях, унесших жизнь других, нередко присуще тем, кто страдает от «эмоциональной глухоты» (неспособности пережить радость, любовь, сострадание и т.д.) после травмирующих событий. Многие жертвы ПТСР готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины иногда

провоцирует приступы самоуничижительного поведения.

Таковы основные симптомы посттравматического стресса, которые были положены в Основу диагностического опросника посттравматического стресса, рекомендуемого для применения в индивидуальной работе с участниками боевых действий (см. главу 2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS)).

На процесс адаптации к новым жизненным условиям влияют характерные особенности личности. В поведении человека, вернувшегося с войны, соединяются способы поведения, сформировавшиеся под воздействием стресс-факторов боевой обстановки, и прежние (довоенные) способы поведения.

Психика каждого человека по-своему защищается от экстремальных воздействий: механизмами защитного поведения может стать двигательная возбудимость и активность, агрессия, апатия, психическая регрессия или же употребление алкоголя и наркотических веществ. Л. Китаев-Смык (Китаев-Смык, 1983) разработал следующую типологию участников боевых действий с деструктивными постстрессовыми изменениями личности:

1. «Надломившиеся», которым присущи постоянное переживание страха, неполноценности и неуравновешенность, склонность к жесткости. Часто они стремятся к уединению и употребляют алкоголь и наркотики.

2. «Дурашливые», склонные к инфантильным поступкам, неуместным шуткам. Как правило, они недооценивают реальную угрозу для собственной жизни.

3. «Остервеневшие», которые за время боевых действий выработали в себе гиперагрессивность. Они опасны и для себя, и для окружающих, особенно когда в руках у них оружие.

Разнообразные отсроченные реакции на психотравмирующие события войны проявляются в зависимости от индивидуальных свойств комбатантов. Согласно исследованиям А. Кардинера, это могут быть фиксация на травме, типичные сны, снижение общего уровня психической деятельности, раздражительность или взрывные агрессивные реакции (Kardiner, 1941). Существуют несколько точек зрения на природу различий посттравматических стрессовых реакций у ветеранов.

По наблюдениям М. Горовица, «длительность процесса ответного реагирования на стрессовое событие обуславливается значимостью для индивида связанной с этим событием информации» (Horowitz, 1986).

При благоприятном осуществлении данного процесса он может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев после окончания психотравмирующего воздействия. Это нормальная реакция на стрессовое событие. При обострении ответных реакций и сохранении их проявлений в течение длительного времени следует говорить о патологизации процесса ответного реагирования.

М. Горовиц выделяет четыре фазы ответной реакции на стрессовые события:

– фазу первичной эмоциональной реакции;

– фазу «отрицания», выражающуюся в эмоциональном оцепенении, подавлении и избегании мыслей о случившемся и ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии;

– фазу чередования «отрицания» и «вторжения» {«вторжение» проявляется в «прорывающихся» воспоминаниях о психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает психотравмирующее событие);

– фазу дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта, которая заканчивается его ассимиляцией или аккомодацией к нему (Horowitz, 1986).

Преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стрессоров боевой обстановки зависит не только от успешности когнитивной переработки травматического опыта, но и от взаимодействия трех факторов: характера психотравмирующих событий, индивидуальных характеристик ветеранов и особенностей условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны (Green, 1990).

К характеристикам психотравмирующего события относят: степень угрозы для

жизни; тяжесть потерь; внезапность события; изолированность от других людей в момент события; воздействие окружающей обстановки; наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события; моральные конфликты, связанные с событием; пассивная или активная роль ветерана: был ли он жертвой или активно действующим лицом во время события; непосредственные результаты воздействия данного события.

Среди индивидуальных характеристик ветерана выделяются: уровень развития совладающего поведения, эффективность психологической защиты, имевшиеся до травмы трудности адаптации, психические отклонения, а также демографические показатели.

Послевоенное окружение ветерана характеризуют: уровень поддержки, культурные особенности, отношение окружающих к войне, социальная помощь.

Взаимодействие этих трех факторов с процессом когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к росту психического напряжения, либо к постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта. В результате возможны два исхода: психическая «рестабилизация» или возникновение посттравматических стрессовых расстройств.

По мнению ряда специалистов, полное избавление от боевого посттравматического синдрома невозможно (Литвин-цев, Шамрей, 2001). Его признаки имеют тенденцию не только сохраняться продолжительное время, но и нарастать, а также проявляться внезапно на фоне внешнего благополучия. Состояние ветерана можно улучшить только с помощью системы реабилитационных мероприятий. Реабилитация может иметь временный, но значительный успех, приводящий к резкому улучшению качества жизни.

Клиническая картина ПТСР обычно включает в себя (Пушкарев и др., 2000):

- Нарушения сна. Для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, поэтому данное расстройство следует предполагать у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно, с криком, нападая на лежащего рядом в постели.

- Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи. При несоответствии прежнему складу личности такого рода поведение должно наводить на подозрение о наличии ПТСР.

- Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию.

- Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.

- Антисоциальное поведение или противоправные действия. При отсутствии такого поведения в подростковом возрасте следует думать о ПТСР.

- Депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства.

- Высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости.

- Неспецифические соматические жалобы (например, головная боль). У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артрита-подобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе Горовица (Hogowitz) и соавт. (1994) было показано, что у 75% пациентов с ПТСР встречаются головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56% – тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле», и наконец, 40% обследованных беспокоило затруднение дыхания.

Острое ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 месяцев после перенесенной травмы и сохраняются не более 6 месяцев. Прогноз хороший. О *хронических* ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 месяцев. И, наконец, для *отсроченных* ПТСР характерно появление симптомов после латентного

периода (месяцы, годы). При отсроченном и хроническом ПТСР симптоматология появляется через 6 месяцев после травмы и длится более 6 месяцев.

Для развития ПТСР у ветеранов войны характерны пять фаз:

- 1) начальное воздействие;
- 2) сопротивление/отрицание;
- 3) допущение/подавление;
- 4) декомпенсация;
- 5) совладание с травмой и выздоровление.

Как видно из приведенной выше схемы, выздоровлению предшествует период декомпенсации. Однако, по мнению многих авторов, существует значительно большее разнообразие ответных реакций на травматическое событие, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания.

Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Второй путь – дезадаптивное разрешение ПТСР в виде одной из форм, основанной:

- на генерализованной реакции страха;
- на генерализованной реакции гнева;
- на диссоциации;
- на реакции «ухода в себя»;
- на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническим ПТСР не «просто застряли» между 2-й и 3-й фазами. В попытке «прийти к соглашению с травмой» у них изменяется представление о себе и окружающем мире. Личностные изменения, наблюдаемые у лиц с ПТСР, являются отражением достигнутого типа разрешения.

Практически у всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР. К ним относятся:

1) Повторное переживание травмы, которое имеет несколько форм (для диагноза ПТСР достаточно наличия одной формы). Самый частый (у 80% пациентов) вариант повторного переживания травмы – *повторяющиеся ночные кошмары*, которые в первые 2–4 года после войны беспокоят практически всех ветеранов. Для таких сновидений характерны чувство беспомощности, одиночества в ситуации угрозы для жизни, преследование врагами, выстрелы и попытка убийства, отсутствие оружия для защиты. Подобного рода сны нередко являются частью сновидений о войне. Сильнее всего ночные кошмары беспокоят пациентов с последствиями контузии головного мозга. Часто сновидения сопровождаются различными движениями.

Второй по выраженности проявлений вариант повторного переживания травмы – это *психологический дистресс*, возникающий обычно под воздействием событий, символизирующих травматическое переживание или имеющих сходство с различными его аспектами, *включая* празднование военных годовщин. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70% обследованных. Многие внешние события являются своего рода триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (низко летящий вертолет; столкновение с информацией о войне; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие *воспоминания о военных событиях* (еще одна форма «вторжения») отмечаются более чем у 50% обследованных. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери, сопровождающаяся острой эмоциональной болью, прокручивание тех или иных аспектов травматических событий.

Предполагается, что, несмотря на вызываемый дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятных повторных переживаний травмы чаще ведут к патологическому разрешению.

2) Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой,

является второй важной клинической чертой ПТСР. Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность личной жизни значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до или сразу после войны, отмечается большое число разводов.

Кроме того, ветеранам свойственно ощущение «отсутствия завтрашнего дня» (расстройство временной перспективы), что проявляется в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), представления о кратковременности предстоящего отрезка жизни, ожидания несчастья в будущем.

3) Симптомы повышенной возбудимости. Они проявляются прежде всего *расстройствами сна*, связанными или не связанными с ночными кошмарами. У обследованных ветеранов выделены следующие варианты нарушения сна: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические – в форме ночных кошмаров).

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, склонность к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95% случаев наблюдается выраженное снижение устойчивости внимания. О повышенной осторожности, сверхбдительности сообщают 80% обследованных ветеранов.

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение Эго-функ-ционирования.

В структуре жалоб, которые анализировались по Гиссен-скому психосоматическому опроснику, у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, относящиеся к состоянию сердечно-сосудистой системы – 36% всех жалоб. Несколько меньше жалоб связано с проявлением нервного истощения – 24,6%. Жалобы, связанные с болями различной этиологии и локализации – 20,2%. Жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта – 19,1%. Общая интенсивность жалоб у ветеранов с признаками ПТСР почти в 2 раза больше, чем у ветеранов без ПТСР. Общая интенсивность жалоб у ветеранов без ПТСР практически не отличается от этого показателя у здоровых людей, не участвовавших в военных действиях. Особенностью группы ветеранов без ПТСР является (в отличие от здорового контингента) превалирование жалоб (40,5%), связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы (в контрольной группе этот фактор не более 20%).

Психопатологические нарушения у ветеранов Афганской войны были представлены следующими синдромами: истеро-ипохондрический (32%); астено-ипохондрический (35%); обсессивно-фобический (33%); астено-депрессивный (26%); астено-невротический (38%). При этом, по сравнению с ветеранами, не имеющими признаков ПТСР, у ветеранов с признаками ПТСР в 3,7 раза чаще выражен астено-невротический синдром (особенно его субклинические формы); в 4,7 раза – астено-ипохондрический синдром; в 9,5 раза – обсессивно-фобический синдром; в 7,3 раза – истеро-ипохондрический синдром; в 7,5 раза – астено-депрессивный синдром.

В отечественной литературе описываются типы психической дезадаптации ветеранов, выделенные в зависимости от целостной поведенческой стратегии (Карвасарский и др., 1990).

Первый тип – *активно-оборонительный* (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У части ветеранов этого типа выражено стремление обследоваться и лечиться амбулаторно. Второй тип – *пассивно-*

оборонительный (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе – отступление, примирение с болезнью. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться с болезнью, нередко ориентация на «выигрыш» от нее. Психический дискомфорт проявляется в жалобах соматического характера. Третий тип – *деструктивный* (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для разрядки отрицательных аффектов пациенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидальным попыткам.

Описаны разнообразные психопатологические симпто-мокомплексы, наблюдаемые у ветеранов (Цыганков, 1992).

Для *астенического* симптомокомплекса характерны выраженные возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость. *Обсессивно-фобический* симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события. При *истерическом* симптомо-комплексе наблюдаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения. Для *депрессивного* симптомокомплекса характерны пониженное настроение, чувство пессимизма. Для *эксплозивного* симптомокомплекса характерны повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность. *Психоорганический* симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна). Возможны кратковременные эпизоды дереализации, делириозные и онейроидные расстройства.

4.2 ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Выявляемые у ветеранов с ПТСР сексуальные нарушения носят психогенный характер и проявляются преимущественно нарушениями эрекции, реже снижением полового влечения и сглаженностью оргастических ощущений, а также ускоренной эякуляцией (Пушкарев и др., 2000).

Наиболее типичный вариант развития половых расстройств в этой группе – невротическая фиксация пациентов на половой сфере после повторных неудачных попыток осуществить коитус на фоне усиления симптомов ПТСР. Дополнительным фактором, способствующим возникновению половых расстройств на фоне ПТСР, являются характерологические особенности пациентов: их отчужденность и отгороженность, неспособность проявлять нежность и любовь по отношению к близким, конфликтность, склонность к вспышкам гнева, эгоцентризм. Естественно, эти качества крайне затрудняют коммуникацию с другими людьми и препятствуют гармоничным семейным и сексуальным отношениям.

Таким образом, в развитии сексуальной дисфункции у ветеранов с ПТСР играет роль сочетание нескольких негативных факторов: неблагоприятные личностные особенности, включая эмоциональную неустойчивость, раздражительность и неадекватную самооценку, а также нарушения отношений с супругой, склонность к возникновению тревожного ожидания сексуальной неудачи. Установлено, что сексуальные расстройства у ветеранов могут нарушать социально-психологическую адаптацию, приводят к росту аффективной напряженности и увеличивают вероятность алкоголизации, а также конфликтного поведения.

Были выделены два основных варианта развития сексуальных расстройств у больных с ПТСР.

1. Невротическая фиксация на половой сфере возникает после повторных неудачных попыток совершить половой акт на фоне усиления клинических симптомов ПТСР. Эмоциональные колебания с преобладанием депрессивного аффекта, навязчивые

мысли ипохондрического содержания, пессимистический взгляд на настоящее, тревога и страх перед будущим, наплывы воспоминаний о войне, нарушение сна, усиление астении и вегетативной лабильности повышают вероятность сексуальных срывов, а при первых же неудачных попытках способствуют быстрому формированию тревожного ожидания неудачи при половом акте. Страх потерпеть фиаско тормозит генитальные реакции в ситуации интимной близости, что приводит к очередному срыву, замыкая порочный круг и подтверждая наихудшие прогнозы пациентов. В свою очередь, возникновение по-

ловых расстройств на фоне симптоматики ПТСР способствовало дальнейшему нарастанию депрессивно-ипохондрических и обсессивно-фобических проявлений, усиливало аффективную напряженность и взрывчатость, еще больше ухудшало супружеские отношения, приводя к частым конфликтам и алкогольным эксцессам, которые также оказывали негативное влияние на половую сферу. При этом к эрекционным дисфункциям на фоне все более редких сексуальных контактов у большинства пациентов присоединялись ускоренная эякуляция и снижение либидо; 2. При втором варианте развитие половых расстройств обусловлено не столько усилением психопатологических нарушений в рамках ПТСР, сколько крайне конфликтными партнерскими отношениями, со взаимными обвинениями и упреками, что ведет к снижению сексуальной привлекательности партнерши. В сочетании с нерезко выраженными симптомами ПТСР это способствовало ослаблению или отсутствию эрекции при попытках совершить коитус, приводя к формированию тревожного ожидания новых сексуальных неудач. Использование дезадаптивных стратегий совладания, например, стремление переложить всю ответственность за сексуальную неудачу на женщину, обесценивание ее как личности и сексуального партнера, провоцирование ссор, частое употребление алкоголя, «чтобы забыться», дополняют сложную картину сексуальных проблем ветеранов с ПТСР.

4.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕМ ПСИХОТЕРАПИЯ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

К фундаментальным принципам терапии ПТСР у ветеранов боевых действий относят (Пушкарев и др., 2000):

- принцип нормализации;
- принцип партнерства и повышения достоинства личности;
- индивидуальный подход.

В современной терапевтической практике основной упор делают на том, что *нормальный индивид* столкнулся с *ненормальным случаем*. Таким образом, чтобы нейтрализовать последствия травмы, необходимо главным образом делать ставку на мобилизацию механизмов совладания клиента. Это в корне отличается от устаревшего убеждения в том, что ПТСР является продуктом личностной несостоятельности и патологических, невротических механизмов. Кроме того, очень важен междисциплинарный подход к лечению ПТСР. Знание биологического и психологического аспектов и социальной динамики позволяет консультанту и клиенту смотреть на травму в широком контексте и находить объяснения имеющимся симптомам и средства для их коррекции в различных областях жизни.

Все методы, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР, можно разделить на четыре категории.

1. **Образование.** Эта категория включает в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Образовательный процесс позволяет установить двусторонний обмен. Клиенты могут искать собственные ресурсы для восстановления. Например, одно лишь простое знакомство с клинической симптоматикой ПТСР помогает клиенту осознать то, что его переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает ему возможность надеяться, что специалист может понять его страдания и обеспечить необходимые поддержку и лечение.

2. Вторая группа методов лежит в области **холистического** (целостного) отношения к здоровью. Специалисты в области формирования здорового образа жизни справедливо

отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают **социальную поддержку и социальную интеграцию**. Сюда можно отнести семейную и групповую терапию. Кроме того, это развитие сети самопомощи, создание общественных организаций и участие в их деятельности. Тут важна точная оценка социальных навыков и их тренировка, уменьшение иррациональных страхов, способность идти на риск при формировании новых отношений.

4. Последняя, четвертая, категория включает собственно **терапию**. Это работа с реакцией потери, фобическими реакциями (работа с сопутствующими травмирующими образами), беседы о травматическом переживании, ролевые игры, гештальт-терапия и многие другие показанные виды психотерапии.

Все четыре перечисленных метода можно объединить понятием «социально-психологическая реабилитация». Другими словами, термин «психологическая реабилитация» (от латинского *rehabilitatio* – восстановление) наиболее точно отражает процесс и результаты деятельности психолога при оказании помощи в процессе социально-психологической адаптации.

Психологическая реабилитация – это помощь на всех этапах формирования новой системы значимых отношений. Психолог помогает военнослужащим и членам их семей восстановить и утвердить свои связи с природным, социальным и культурным пространствами жизни, реструктурировать в сознании реальности внешнего мира, соотнося их с реальностями мира внутреннего. Психологическая помощь бывшим комбатантам должна включать несколько направлений:

1. Диагностика синдрома социально-психологической дезадаптации (психоэмоционального состояния до травмы, используемых стратегий адаптации, особенностей поведения) на основании результатов психодиагностики индивидуальных особенностей.

2. Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). При индивидуальной работе необходимо дать клиенту возможность высказать все накопившееся, проявляя заинтересованность. Затем целесообразно объяснить, что переживаемое им состояние – временное, оно присуще всем, кто принимал участие в боевых действиях. Очень важно, чтобы он почувствовал понимание и увидел готовность помочь не только со стороны специалистов, но и со стороны близких и родных.

Мощным средством психологической реабилитации является искреннее проявление понимания проблем ветерана и терпения. Отсутствие этих качеств у близких приводит порой к трагическим последствиям.

3. Психокоррекционная работа. Психологическая коррекция, или психокоррекция, определяется как направленное воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности (Исурина, 1983).

Квалифицированная психотерапевтическая помощь необходима тем ветеранам, у которых отмечаются резко выраженные и запущенные нарушения адаптации (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.).

4. Обучение навыкам саморегуляции (снятие напряжения с помощью релаксации, аутотренинга и другие методы).

5. Социально-психологические тренинги, направленные на повышение адаптивности и личностное развитие клиента.

Модель психологической реабилитации:

1. Взаимная адаптация психолога и пациента.

2. Обучение пациента навыкам саморегуляции.

3. Катарсический этап (повторное переживание).

4. Обсуждение наиболее типичных форм поведения (на примере жизненных ситуаций).

5. Апробирование новых навыков поведения через игру.

6. Определение жизненных перспектив.

Психотерапия при ПТСР ставит своей целью помочь пациенту «переработать» проблемы и «совладать» с симптомами, которые продуцируются в результате соприкосновения с травмирующей ситуацией. Один из эффективных подходов к этой цели – помочь пациенту отреагировать травматический опыт, обсуждая и заново переживая мысли и чувства, связанные с травмой, в безопасности терапевтической обстановки. Это приводит к совладанию с реакциями, которые ранее были неуправляемыми. Такой подход может потребовать, чтобы пациент вновь погружался в содержание пережитых событий, рассматривая и анализируя свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали происходившее. Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от 6 месяцев до нескольких лет.

Оценка предполагаемой продолжительности терапии – важный параметр для прогноза эффективности реабилитации, и еще более она важна для экспертного психиатрического заключения, когда очень осторожно определяется общий уровень ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. Например, пациент с ПТСР, который хорошо адаптируется на новой работе, успешно регулирует взаимоотношения с близкими, не имеет проблем в интимных отношениях, старательно и настойчиво участвует в терапии, – скорее всего подтвердит благоприятный реабилитационный прогноз и вряд ли его состояние потребует расширения и углубления терапии.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим, или образовательным. Как правило, пациенту тем или иным образом сообщают о том, чего он может ожидать через несколько дней, недель или месяцев. Если ожидаемые изменения не появляются, пациент может ощущать утрату контроля или «ненормальность». Это может усилить травматизацию пациента, поскольку временно повысит тревогу и задержит восстановление. Такая ситуация нуждается в проработке либо на индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должна осуществляться под руководством подготовленного психотерапевта, который имеет опыт как в проведении групповой работы с больными ПТСР, так и в индивидуальной помощи лицам с такими состояниями.

В терапии с клиентом, пережившим военные травмы, можно выделить три стадии (Пушкарев и др., 2000):

- 1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;
- 2) терапия, сфокусированная на травме, с исследованием травматического материала, анализом интрузивных («вторжение») проявлений, работа с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;
- 3) стадия, помогающая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями и обществом.

Было отмечено, что клиенты на третьей стадии готовы сконцентрироваться почти исключительно на проблемах «здесь и сейчас», касающихся брака, семьи и разнообразных актуальных событий.

Некоторые направления психотерапии подчеркивают роль конфликтов, возникших из-за столкновения личностных ценностей и внутренней картины мира пациента с действительностью травмирующей ситуации. Поэтому коррекция тут состоит в исследовании воздействия травмы на систему ценностей и потребностей человека; в разрешении соответствующих сознательных и бессознательных конфликтов; в переводе разрушительной энергии в созидательную.

Выведение вытесненных событий на уровень сознания, эмоциональное отреагирование освобождает человека от амнезии, связанной с тенденцией избегать негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются проективные методики.

Это также работа над восстановлением самоуважения и самоконтроля, развитие

чувства ответственности, восстановление целостности Я.

Основная задача психотерапевта – помочь пациенту осознать возможность трансформации его кризисного состояния, увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни. Прежде всего консультант информирует пациента о необходимости соблюдения психологической гигиены, предлагает изменить его установку по отношению к другим людям: учит отделять личность от поведения. Терапевт помогает пациенту выразить свои чувства, посмотреть на ситуацию со стороны, завершить незавершенное, найти опору в себе. На следующей стадии идет работа над осознанием причин появления кризиса и принятием ответственности за свое состояние самим пациентом. В результате пациент приходит к пониманию происходящего и к осознанию конечности кризиса. Ослабевает страх перед будущим. Таким образом, психотерапевт помогает клиенту трансформировать, изменить свое состояние, научиться не быть жертвой. Заключительная стадия работы – это «кристаллизация идеи будущего», обсуждение новых возможностей и новых действий, принятие ответственности за предстоящие изменения, психологическая поддержка новых действий пациента.

При работе с ветеранами боевых действий хорошо зарекомендовали себя такие направления психотерапии, как гештальт-терапия, семейная терапия, нейролингвистическое программирование, символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия), метод десенсибилизации и переработки движениями глаз и ряд других.

4.4 ТРЕНИНГ ПО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Картина психического состояния и поведения человека, которая получила название «синдром посттравматического стресса», описывает определенный способ существования в этом мире. Чаще всего при работе с данным синдромом используются методы социальной реабилитации и/или адаптации. Идея, заложенная в понятие «социальной адаптации», предполагает, что получивший психическую травму человек должен изменить свое поведение так, чтобы включиться в мирную жизнь сограждан. Недостаток этой концепции состоит в том, что «социальная адаптация» вряд ли поможет человеку, пробывшему долгое время в экстремальных условиях, вернуть душевный покой и радость жизни. Фактически, этот подход предлагает лечить симптомы заболевания, а не его причину, и цель такого симптоматического лечения не здоровье, а соответствие общепринятым нормам поведения. Создателям концепции тренинга представляется, что путь «социальной адаптации» неспособен привести к истинному выздоровлению.

Поскольку одним из базисных компонентов предлагаемого тренинга является анализ поведения клиента в лично значимой ситуации, тут использован известный постулат об адаптивной либо защитной семантике любого поведения в конкретном экологическом окружении. Поэтому если в процессе анализа поведения клиента удастся установить неэффективность использованного им способа адаптации или защиты, задача психотерапевта сводится к тому, чтобы помочь клиенту выбрать оптимальный вариант поведенческого приспособления к сложившимся обстоятельствам. Поэтому термин «реадаптация» при описании предлагаемого тренинга представляется более точным и реалистичным.

Истинное физическое и душевное здоровье состоит не в том, чтобы соответствовать чьим-то нормам и стандартам, а в том, чтобы прийти к согласию с самим собой и реальными фактами своей жизни. Исцеление состоит в том, чтобы примириться с самим собой, увидеть себя таким, каков ты есть на самом деле и, внося изменения в свою жизнь, действовать не вопреки своей индивидуальности, а в союзе с ней. Изменить прошлое человек не в силах: но актуальные чувства, представления о себе, о прошлом, о том, какой смысл заложен в нем, – могут стать другими. Исцеление.– это открытие новых возможностей и перспектив, искусство жить в гармонии с собой и окружающим миром.

Цели тренинга подразделяются на основные (первичные) и дополнительные (вторичные). Основные цели связаны с освобождением клиента от основных симптомов ПТСР. Вторичные цели включают в себя философию поведения, которая, если ее

принять, даст клиенту возможность прожить долгие годы счастливой и эмоционально здоровой жизнью.

Основные (первичные) цели. По окончании тренинга у клиента должны быть сведены к минимуму:

- 1) чувство тревоги, безотчетного страха;
- 2) чувство раздражения, гнева и враждебности;
- 3) состояние депрессии;
- 4) чувство вины.

Кроме того, необходимо научить клиента методу самонаблюдения и самооценки; это позволит ему в будущем нейтрализовывать негативные эмоции.

Дополнительные (вторичные) цели:

1) Интерес к самому себе. Эмоционально здоровый человек заботится в первую очередь о самом себе. В отличие от мазохистов-альтруистов, он не жертвует собой во имя интересов других людей. Тогда почему же он внимателен к другим людям? Потому, что, если он способен наслаждаться свободой от страданий и ограничений, он должен создать мир, в котором уважают все права человека.

2) Управление самим собой. Эмоционально здоровый человек берет на себя ответственность за свою жизнь. При этом каждый должен в большинстве случаев самостоятельно, не обращаясь ни к кому за помощью, решать свои проблемы. Хотя люди очень часто предпочитают сотрудничество, на самом деле часто можно обойтись без него.

3) Терпимость к чужому мнению. Эмоционально здоровый человек признает за другими право ошибаться. Хотя ему может не нравиться поведение окружающих, а иные выходки просто вызывают отвращение, он не должен обвинять или упрекать окружающих. Нормальный человек мирится с тем, что все люди несовершенны; он принимает как должное все неизбежные ошибки, которые все совершают в жизни, не обвиняя людей и не стремясь их наказывать.

4) Признание изменчивости бытия. Эмоционально здоровый человек признает, что живет в мире неопределенности, вероятности и случайности. Он полагает, что это делает жизнь скорее увлекательной, захватывающе интересной, нежели ужасной.

5) Гибкость эмоционально здорового человека сохраняет открытость к миру и готовность к переменам. Он способен воспользоваться благоприятной возможностью или счастливым случаем, как только они представятся.

6) Научное мышление. Эмоционально здоровый человек отличается объективным, рациональным и научным мышлением. Он применяет законы логики как к себе, так и к окружающим. Человек отличается от животных тем, что умеет думать – и даже думать о том, что он умеет думать. Поэтому он способен влиять на свои эмоции с помощью сознания и мышления.

7) Вовлеченность. Эмоционально здоровый человек всегда увлечен чем-нибудь вне самого себя, он предпочитает творческую работу или работу с людьми. Эти интересы и увлечения наполняют жизнь смыслом, целью и радостью.

8) Умение рисковать. Эмоционально здоровый человек умеет рисковать. Но это не безрассудный риск. Он всячески стремится преодолеть рутину жизни, найти дело по душе, даже если успех не гарантирован.

9) Признание себя как личности. Эмоционально уравновешенный человек жизнелюбив. Он не дает оценки ни самому себе в целом, ни своим достоинствам, ни своему значению для окружающих, ни своим внешним успехам или достижениям. Он принимает или отвергает только те или иные формы своего поведения, но не себя как личность в целом.

Таким образом, комплексные цели предлагаемого тренинга – это избавление от симптомов посттравматического стресса, достижение эмоционального и психофизиологического здоровья и изменение взаимоотношений с окружающим миром. Эти задачи неразделимы, т.к., по концепции авторов тренинга, достижение любой одной из этих целей невозможно без достижения всех остальных.

Предлагаемый тренинг не ставит своей целью глубокое изменение личности, но является уникальным инструментом, дающим клиенту возможность самостоятельного изучения и изменения самого себя и своей жизни.

Групповая работа – основной метод, используемый в тренинге. Тренинг состоит из трех блоков, или ступеней, органически переплетающихся и дополняющих друг друга. С позиции теории интегральной индивидуальности деятельность человека определяется как внешними обстоятельствами, так и внутренними свойствами, присущими данному человеку. Интегральная индивидуальность образует ряд иерархических уровней:

1. Индивидуальные свойства организма (биохимические, общесоматические, свойства нервной системы).

2. Индивидуальные психические свойства (темперамент, психические особенности личности).

3. Социально-психологические свойства (роли в группе, в коллективе и в социально-исторической общности).

Поэтому в предлагаемом тренинге работа осуществляется по трем основным направлениям: работа с телом (психосоматика), работа с личностью и работа с коммуникацией.

Ступень 1. Психосоматика

Этот раздел тренинга включает непосредственно телесную работу с посттравматическими симптомами, то есть методики данного блока основаны на использовании физиологических механизмов для воздействия на информацию, хранящуюся в нервной системе дисфункциональным образом.

Работа с телом необходима потому, что у людей с ПТСР очень часто наблюдается синдром «выключенного тела», когда человек не принимает «телесные чувства», избегает любых прикосновений.

Травмирующее событие – это угроза столь сильная, что у пережившего ее человека полностью утрачивается ощущение безопасности, способность чувствовать себя комфортно в этом мире. На первом этапе тренинга страх и боль могут быть настолько велики, что полностью блокируют сознательное прорабатывание проблемы. На данном этапе совершенно бесполезно указывать клиенту на его проблемы. Возможно, он поймет это интеллектуально, но нет гарантии, что интеллектуальное понимание действительно поможет ему на практике их преодолеть. Поэтому клиента просто ставят в ситуацию, в которой он начинает субъективно понимать и прорабатывать свои проблемы.

На данном этапе работы предполагается, что проблемы эти связаны с внутренним разделением между сознанием (душой) и телом. Это разделение характерно для западной культуры, более того, без него невозможно осознать своеобразие личности (т.к. чтобы размышлять о себе, необходимо разделить, расщепиться на 2 части: одна анализирует другую). Но когда в силу травмы или стресса одна из частей, обычно тело, отвергается, блокируется, возникает проблема диссоциации.

В длительной травмирующей ситуации, которую нельзя избежать, формируется привычка диссоциироваться от своего тела, чтобы не чувствовать физическую или душевную боль.

Привычка отчуждать от себя свои чувства приводит к потере контакта со своим телом, так что человек перестает доверять сигналам, которые оно посылает (не только о боли, но и том, в чем оно нуждается).

Эта потеря чувствительности искажает, а иногда и затормаживает ощущение личностного своеобразия, ценности Я как такового. В такой системе социальные роли и правила становятся очень жесткими, что поддерживает внутреннее расщепление.

Следующая проблема, о которой пойдет речь, получила название реакции «бей или беги». Человек не задумываясь проигрывает ее всякий раз, когда чувствует приближение угрозы, когда чего-то боится. Стоит организму воспринять сигнал опасности, как происходит целая цепочка физиологических и биохимических изменений: учащаются сердцебиение и дыхание, возрастает напряжение мышц, меняется состав крови и других жидких сред тела и т.д. Весь этот комплекс реакций и называется реакцией «бей или

беги». Как всякая человеческая функция, эта реакция обостряется по мере тренировки и притупляется при редком использовании. У людей, прошедших через суровые испытания, нервная система хорошо натренирована в определенном направлении: она мобилизуется с невероятной быстротой и при малейшем намеке на опасность. Излишняя активация реакции «бей или беги» приводит ко множеству симптомов стресса, в числе которых – мышечное напряжение, повышенное кровяное давление, депрессия, раздражительность, агрессивность, нарушения сна, общая тревожность – все то, что ассоциируется с ПТСР.

На психосоматическом (телесном) уровне диссоциация с собственным телом и постоянная немотивированная готовность к реакции «бей или беги» приводит к потере чувства равновесия (опоры), нарушению ощущения физических границ и контактов с другими людьми, к деформации представления о своем физическом теле (физический образ Я) и возникновению мышечных напряжений, постепенно ведущих к соматическим заболеваниям (бронхиальной астме, язве желудка, нейродермитам и т.д.).

Таким образом, данный блок тренинга состоит из пяти тем:

1. Работа с опорами (внутреннее равновесие).
2. Работа с агрессией.
3. Работа с границами.
4. Работа с физическим образом Я.
5. Работа с мышечными зажимами.

Качество заземления человека отражает его внутреннее чувство безопасности. Когда человек хорошо заземлен, он чувствует себя безопасно на ногах, уверен, что имеет почву под ногами. Это не зависит от силы ног, но только от того, как их ощущают. Проблема недостатка чувства безопасности неразрешима, пока человек не осознает свое недостаточное заземление.

Одно из понятий телесной психотерапии – принципиальный вклад Лоуэна в развитие теорий Райха (1976) – обозначается термином «заземление». Под заземлением понимается не только способность твердо стоять на ногах в физическом смысле, но это еще и метафора известного фрейдовского «принципа реальности». «Чем лучше человек ощущает свой контакт с почвой (реальность), чем прочнее он держится за нее, тем большую нагрузку этот человек может выдержать и с тем более сильными чувствами он способен совладать» (Лоуэн, 1975). Лоуэн обратил внимание на то, что многим его клиентам недостает ощущения твердой почвы под ногами и контакта с реальностью. Заземление означает энергетический контакт с почвой, ощущение опоры, которая обеспечивает устойчивость и возможность двигаться.

Агрессивность, как уже говорилось, – это один из симптомов ПТСР, часто это повышенная готовность прибегать к насилию – физическому, умственному, эмоциональному или вербальному – для достижения своей цели, даже если ситуация не является жизненно важной. По сути дела, солдата обучают всегда отвечать на чувство страха агрессивным поведением. При достаточной тренировке этот навык доводится до автоматизма: человек реагирует не задумываясь; он даже не осознает, что именно его напугало. Все происходит само собой: по какой-то причине появляется страх – и человек автоматически и моментально реагирует на него агрессивным поведением.

Кроме того, у каждого человека существуют устойчивые шаблоны реализации накопленной агрессии, то есть работают определенные принципы сортировки. Если говорить точнее, это зоны важности, определяемые Я-концепцией человека.

Вне зависимости от того, насколько ограничено окружающее пространство, у каждого человека имеется зона или территория – та область, которую он старается охранять от внешнего вторжения. Способы охраны границ наших личных зон и уважение к чужим границам определяют характер наших взаимоотношений с другими людьми. Человек определенным образом реагирует на окружающее его пространство и определенным образом это пространство использует, что само по себе является способом передачи информации другим людям.

Образ тела, т.е. то, как человек ощущает свое тело, что думает о нем, удовлетворен он им или нет, тесно связан с самооценкой и мировоззрением. Человек действует в

соответствии с образом себя. Этот образ себя определяется тремя факторами (в различных соотношениях): наследственностью, воспитанием и самовоспитанием. И с нарушением образа тела связаны многие эмоциональные расстройства.

Этот образ состоит из четырех компонентов, вовлеченных в каждое действие: движение, ощущение, чувствование и мышление.

Систематическое исправление образа себя – более эффективный подход, чем исправление отдельных действий и ошибок в поведении, количество которых тем больше, чем внимательнее рассматривать детали. Создание с самого начала более или менее полного, хотя бы и смутного образа улучшает динамику в целом, в отличие от попыток совершенствования отдельных действий (что можно сравнить с попыткой усовершенствоваться в игре на плохо настроенном инструменте). Улучшение общей динамики образа можно сравнить с настройкой фортепиано – а на таком инструменте, разумеется, легче добиться правильной игры.

Мышечный зажим, или мышечный блок, есть не что иное, как телесный аспект вытеснения и сохранения травмирующих переживаний. Напряжение никогда не поражает отдельные мышцы, это всегда происходит с мышечными комплексами, образующими физиологически функциональное единство. Если, например, подавляется импульс плача, то напрягается не только нижняя губа, но и вся мускулатура рта и челюсти, а также соответствующая шейная мускулатура, то есть мышцы, действующие при плаче как функциональное единство.

Выделяют следующие мышечные блоки. Первый блок – глаза и затылок, как мышечное кольцо. Он перекрывает плач, страх. Второй – ротовой: губы, язык, нижняя челюсть и верхняя часть шеи. Здесь блокируется гнев, плач, обида. Третий – шея, горло, блокирующий гнев, крик, очень сильная обида. Горло это как бы мост, соединяющий разум с ощущениями – напряженное горло означает «я не хочу чувствовать». Блокировка задней поверхности шеи означает «я не умею чувствовать, я не знаю, как это». Следующий блок – руки, связанные с любовью, агрессией и сексуальностью. Затем диафрагмальный блок. В теле человека страх обитает в трех местах: в диафрагме, внизу живота и в ногах. У животных нормальный страх живет в ногах и внизу живота, он мобилизует организм спасти свою жизнь. А в диафрагме живут социальные страхи – страх быть непонятым, непринятым. Они не несут угрозу жизни, но человек их так воспринимает. Следующий блок – тазовый, куда входят и ноги. Здесь живет страх, который возникает при прямой угрозе жизни, и страхи, связанные с сексуальными табу.

Упражнения, приведенные в данном блоке тренинга, взяты из следующих работ: Березкина-Орлова, 2001; Березки -на-Орлова, Баскакова, 1997; Грачева, 2003; Сергеева, 2000; Шкурко, 2003.

РАБОТА С ОПОРАМИ (ЗАЗЕМЛЕНИЕ)

Упражнение 1 «Разминка»

Стоя закройте глаза, определите центр тяжести тела (в районе солнечного сплетения) и положите на него ладонь. Сделайте два-три цикла глубокого дыхания с закрытыми глазами, почувствуйте свое тело и попытайтесь определить, какую его часть вы сейчас чувствуете лучше всего. Найдя эту часть, представьте себе, что вы издаете ею какой-нибудь звук.

Вытяните руки перед собой, пальцы вперед, пальцы к себе, покрутите кистями, локтями, плечами, наклонитесь вперед, вбок, поворачивайте ногами в коленях, ногами по одной – бедром, ступней, коленом, бедром. Поднимите руки, вращайте тазом по кругу в одну сторону, потом – в другую. Потрясите кистями, руками в локтях, в плечах. Потрясите коленями. Потрясите головой и сделайте «бр-р-р-р-р». А теперь трясите всем, чем можете, сразу (и ушами тоже!).

Закройте глаза, прислушайтесь к своему телу. Постарайтесь не блокировать дыхание.

Откройте глаза. Ноги на ширине плеч, стопы параллельно. Покачайтесь вперед-назад-вбок, определите, что вам легче и приятнее. Попробуйте покачаться по кругу; если вы ощутили напряжение в бедрах, это хорошо. Раскачивайтесь слева направо,

удерживая равновесие в крайних положениях.

Разбейтесь на пары. «Поклюйте» партнера сложенными в горсть пальцами. Похлопайте по всему телу ладонями. Постучите кулаками по всему телу. Поменяйтесь ролями.

Упражнение 2 «Ходьба»

Во время ходьбы постарайтесь осознанно почувствовать, как стопы прикасаются к земле при каждом шаге. Для этого ходите очень медленно, позволяя весу тела полностью переноситься попеременно на каждую из стоп. Расслабьте плечи и обращайтесь внимание на то, чтобы не сдерживать дыхание и не блокировать коленные суставы.

Ощущаете ли вы, что центр тяжести тела спустился вниз? _ Ощущаете ли лучший контакт с землей? Чувствуете ли вы себя в безопасности, более расслабленным? Такая манера ходьбы может показаться вначале странной. Если это так, то вы должны осознать, что под давлением пресса современной жизни вы утратили естественную грацию тела.

Вначале ходите медленно, чтобы развить чувствительность в ногах и стопах. Когда вы станете лучше чувствовать землю, можете изменять ритм шагов в зависимости от настроения.

Ощущаете ли вы в результате лучший контакт со своим телом? Реже ли вы погружаетесь в свои мысли во время ходьбы? Чувствуете ли вы себя расслабленнее и свободнее?

Упражнение 3 «Танец хула»

Это упражнение похоже на основной шаг в традиционном гавайском танце хула.

Стопы параллельны на расстоянии около 30 см. Колени немного согнуты, ладони на коленях. Цель упражнения – выполнить колебательное движение тазом из стороны в сторону при помощи только ног и стоп. Верхняя часть тела должна быть расслаблена и неактивна.

Перенесите вес тела на переднюю часть отдел правой стопы, без напряжения выпрямите правое колено и позвольте тазу отклониться вправо. Перенесите вес тела на левую стопу, после чего согните правое и немного распрямите левое колено. Вы должны почувствовать, что таз передвигается влево. Снова переместите вес на правую ногу и повторите движение, стараясь вызвать смещение таза вправо без участия верхней половины тела. Продолжайте упражнение, перенося попеременно вес тела с одной стопы на другую около 5 раз.

Большинство людей может двигать тазом, изгибая верхнюю часть тела, но так как это движение не соединяется с землей, оно выполняется без грации и не приносит никакого удовольствия.

РАБОТА С АГРЕССИЕЙ

Упражнение 1 «Групповое дыхание»

Встаньте в круг. Ноги расставьте на две ширины плеч (около 90 см), перенесите вес тела на пальцы ног, слегка согните колени, расслабьте тело.

Возьмитесь за руки и начните дышать все вместе, одновременно. Дышите животом, медленно и глубоко; выдох можно озвучивать, не напрягая голосовых связок. Выберите одного из участников, стоящих в круге напротив вас, и смотрите ему в глаза. Внимательно прислушивайтесь к возникающим в вашем теле ощущениям. (Цикл дыхания повторяется не менее 16 раз.)

Теперь отпустите руки соседей. Дышите свободно. Встряхните всем телом, свесив руки, сгибая и выпрямляя колени. Попрыгайте, еле отрывая ноги от пола и делая небольшие паузы между прыжками.

Упражнение 2

«Освобождение мышц подбородка»

Напряжение мышц подбородка ассоциируется с чувством гнева или ярости. Осознание этого напряжения позволяет, расслабив мышцы, снять негативные эмоции и дает возможность управлять своими чувствами.

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см одну от другой. Слегка

согните колени. Наклонитесь вперед, перенося вес тела на подушечки стоп. Выдвиньте подбородок вперед и удерживайте его в этом положении 30 секунд. Дыхание равномерное. Подвигайте напряженной челюстью вправо-влево, удерживая ее выдвинутой вперед. Это может вызвать боль в затылке. Откройте рот как можно шире и проверьте, сможете ли вы положить между зубами три средних пальца ладони. У многих людей напряжение мышц подбородка настолько сильное, что они не могут широко раскрыть рот.

Позвольте подбородку расслабиться. Снова выдвиньте его вперед, сожмите кулаки и скажите несколько раз: «Нет!» или: «Не буду!» соответствующим тоном. Звучит ли ваш голос убедительно? Произносить «Не буду!» и «Нет!» надо как можно громче для утверждения своей воли.

Упражнение 3 «Борьба взглядов»

Участники разбиваются на пары и рассаживаются друг напротив друга.

Посмотрите друг другу в глаза. Сейчас вы находитесь в равных позициях. Пусть один из вас (заранее договоритесь, кто будет первым) начнет постепенно подавлять другого взглядом. В тот момент, когда партнер будет окончательно «подавлен», замрите на 2–3 секунды (один – на высоте позиции, другой – «отброшенный» вниз). После этого взгляд «подавленного» партнера начинает набирать силу, взгляд «подавлявшего» – терять ее. Ваши позиции опять сравнялись. Теперь уже тот, кто только что был «подавленным», начинает сам подавлять взглядом противника. И снова, когда партнер будет окончательно «подавлен», замрите на 2–3 секунды.

Повторите такую смену позиций 2–3 раза... А теперь заканчивайте упражнение – вернитесь в позиции «на равных».

РАБОТА С ГРАНИЦАМИ

Упражнение 1

«Нарушение пространства»

Это диагностическое упражнение, позволяющее определить, как человек ведет себя в ответ на внешнее воздействие. Клиент лежит на полу, развалившись, в удобной позе, и определяет «свое пространство». Вначале следует осмотреть положение тела клиента: наблюдается ли перекося и асимметрия, и если да – в какую сторону. После этого терапевт нарушает личное пространство клиента с разной интенсивностью, наблюдая, что при этом клиент делает и чувствует. Для этого терапевт начинает сдвигать вместе и складывать руки и ноги клиента, с каждым разом складывая их все плотнее. Клиент должен оценивать, как реагирует на действия терапевта его тело, насколько каждая последующая поза (более «сжатая», чем предыдущая) для него неудобнее, чем предыдущая, и начать сопротивляться при появлении дискомфорта. Сложите руки клиента на груди, положите его ногу на ногу и смещайте их до тех пор, пока клиент не начинает активно сопротивляться. Если окажется, что клиент уже давно испытывал дискомфорт и хотел сопротивляться, но терпел, это говорит о его желании приспособиться к обстоятельствам.

То же упражнение можно проделать, когда клиент сидит на стуле или лежит на боку – в этом случае терапевт «складывает» его в позу эмбриона, наблюдая, что клиент разрешает с собой делать, а что – нет.

Упражнение 2 «Внутреннее движение».

Это парное упражнение позволяет измерить персональное пространство каждого. Мы попробуем представить себе границы своего личного пространства и показать, как мы их охраняем. Разбейтесь на пары и сядьте на пол лицом друг к другу. Чтобы определить оптимальное расстояние между вашими телами, один из вас будет медленно приближаться, а другой должен без слов попытаться его остановить – сделать отстраняющее движение, отодвинуться и т. п. Какие ощущения при этом испытывает каждый из участников в своем теле?

Теперь пары расходятся на расстояние около 10 метров. Один участник стоит, другой медленно приближается к нему до тех пор, пока не почувствует, что дальше приближаться тяжело. Стоящий неподвижно партнер должен отметить про себя, когда

ему захотелось сказать «стоп». Какие ощущения каждый из участников испытывает в теле? Где они локализируются?

Разойдитесь снова и повторите упражнение, но на этот раз тот участник, который стоит на месте, держит глаза закрытыми.

Кто как чувствует психологическую дистанцию? Кто пересек границу чужого персонального поля, не почувствовав ее? Кто до нее не дошел? Кто ее верно почувствовал? Кто кого и на какое расстояние подпустил к себе? Кто ближе, кто дальше – и почему?

Упражнение 3 «Близость»

Близость здесь понимается не как уменьшение дистанции между телами, но как созвучие, соприкосновение душ, «настрой на одну волну». Часто общение без прикосновений гораздо ярче выявляет подобную близость.

Разбейтесь на пары. Сейчас вы будете по очереди выполнять роли ведущего и ведомого. Ведущий взаимодействует с партнером, держась на некотором расстоянии, не дотрагиваясь до его тела, но как бы прикасаясь к его «ауре». Ведомый, стоя на месте с закрытыми глазами, реагирует на эти «прикосновения» непроизвольно, так, как «просит его тело»: мускулатура напрягается или расслабляется, дыхание становится свободным, глубоким или сдавленным, поверхностным и т. д. Задача ведущего – попытаться выявить то расстояние, на котором удастся воздействовать на партнера, вызывая его непроизвольные реакции, а также почувствовать характер прикосновений, порождающий те или иные реакции. Задача ведомого – отследить, ощущает ли он дистантные «прикосновения», выполняемые ведущим, и понаблюдать за собственными ощущениями в процессе выполнения упражнения.

РАБОТА С ОБРАЗОМ Я

Упражнение 1

«Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками»

С помощью этого упражнения можно выявить мышечный блок, связанный с основной проблемой участника.

Встаньте в круг. По очереди каждый делает шаг вперед и говорит: «Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками». Обратите внимание на мимику, интонацию и другие особенности выполнения этого простого упражнения у себя и у других членов группы. Что было трудно? Где в теле вы ощущали сопротивление?

Упражнение 2

«Танец - визитная карточка»

Группа садится в круг. Консультант дает инструкцию: «Мы с вами – члены племени, где основное средство общения – танец. Там при знакомстве люди спрашивают друг у друга: «Как ты танцуешь?» Ваша задача – протанцевать танец, который позволил бы остальным участникам познакомиться с вами, танец – визитную карточку». Один из участников выходит в центр круга и танцует свой танец под выбранную им музыку. По окончании танца каждого члены группы обмениваются впечатлениями. Упражнение длится до тех пор, пока все не побывают в центре круга.

Возможны разнообразные вариации этого упражнения, связанные с выражением в танцевальной форме традиционных компонентов Я-концепции: «Я – реальное», «Я – идеальное», «Я – глазами других». Например: один из участников выходит в центр круга и танцует сначала танец «Какой я есть на самом деле», затем – танец «Каким бы я хотел быть», после этого – «Каким меня видят другие». Для начала тренинга такой вариант слишком сложен. Его можно использовать, когда для группы станут актуальными проблемы общения, групповых и межличностных ожиданий, вопрос «что я есть для себя и других?». Танец в данном случае является материалом для последующего обсуждения.

Упражнение 3 «Танец с самим собой»

Встаньте перед зеркалом. Всматривайтесь несколько секунд в свое отражение. Вы слышите медленную музыку. Делайте спонтанные движения головой, руками, всем телом. Следуйте за вашими чувствами, за вашим внутренним ритмом. Вглядывайтесь в

свое отражение в зеркале. Представьте себе, что вы видите себя впервые. Каково ваше первое впечатление? Как бы вы отнеслись к человеку, которого вы видите в зеркале? Что в вашем танце характеризует именно вас, вашу индивидуальность, что отличает вас от других? Танцуйте, пробуйте совершенно новые движения, не бойтесь экспериментировать!

Упражнение 4 «Ум, чувства, тело»

Участник выбирает из группы троих человек, которые будут его «умом», «чувствами» и «телом». Затем он придает каждому из них форму, выражающую типичное состояние данной части своей личности, и составляет из них скульптурную группу, показывающую взаимодействие этих частей. После того как партнер побывал в ролях «частей» участника, они должны поделиться своими впечатлениями, рассказать, каково им быть его чувствами, телом и умом.

Упражнение позволяет увидеть разницу в степени осознания различных частей своего Я. В дальнейшем это может привести к их гармонизации.

ОБЩАЯ РАБОТА С БЛОКАМИ

Упражнение 1 «Мышечная гимнастика»

При выполнении этого упражнения – и при напряжении, и при расслаблении отдельных групп мышц – не забывайте о дыхании. Дышите животом, медленно и глубоко. Следите за тем, чтобы напрягались только те мышцы, которые необходимы для выполнения каждого движения. Остальные мышцы должны быть свободны и расслаблены. Мышцы надо напрягать как можно сильнее и удерживать в этом состоянии до полного изнеможения. После этого следует максимально расслабить их. При выполнении каждого движения необходимо сосредоточить внимание на ощущениях в напряженных и расслабленных мышцах.

Лицо: поднимите брови как можно выше и держите их в этом состоянии до полного изнеможения участвующих в этом движении мышц. Расслабьтесь. Теперь сильно зажмурьте глаза, затем расслабьте их. **Рот:** улыбка до ушей; губы вытянуты в трубочку – «поцелуй»; раскройте рот как можно шире – нижняя челюсть максимально отведена вниз. В каждом движении чередуются напряжение и расслабление.

Плечи: дотянитесь плечом до мочки уха, не наклоняя голову. Расслабьтесь. То же самое – со вторым плечом. Почувствуйте, как плечи становятся тяжелее.

Руки: обе кисти крепко сожмите в кулаки. Задержитесь в таком положении. Расслабьтесь. Должны появиться тепло и покалывание в пальцах.

Бедра и живот: сидя на стуле, поднимите ноги перед собой. Держите ноги на весу до изнеможения в бедрах. Расслабьтесь. Напрягите противоположную группу мышц – попытайтесь зарыть ступни в землю. Зарывайте тверже! Расслабьтесь и сосредоточьтесь на расслаблении, которое чувствуется в верхней части ног.

Ступни: сидя на стуле, поднимите пятки высоко вверх. Только пятки! Должно появиться напряжение в икрах и ступнях. Расслабьтесь. Поднимите носки. Почувствуйте напряжение в ступнях и передней части ног. Расслабьтесь. Прислушайтесь к ощущению в мышцах нижней части ног.

Следующий этап: лежа, не совершая движений, напрягайте отдельные группы мышц, пользуясь памятью ощущений. Дыхание брюшное!

Упражнение 2 «Познай свое тело»

Участники рассаживаются там, где им удобно, и закрывают глаза. «Вы одни. Потрогайте свою руку: запястье, ладонь, пальцы, ногти. Познакомьтесь с ней... Что вы почувствовали? Знаете ли вы свою руку? Если – нет, то насколько вообще мы знаем себя?»

Упражнение 3

«Диалог с напряженной частью тела»

Закройте глаза. Мысленным взором пройдите по всему вашему телу, почувствуйте напряженные и расслабленные участки. Сосредоточьте внимание на наиболее напряженной части тела. Может быть, этот зажим вы ощущаете всегда; может быть – в трудных ситуациях; может быть, вы осознали его, делая одно из предыдущих

упражнений. Почувствуйте эту часть вашего тела, будьте внимательны к любым ощущениям. Ничего не придумывайте, отдайтесь свободному течению образов (зрительных, слуховых, кинестетических). Что за образы возникают, когда вы сосредотачиваетесь на своем зажиме? Если это зрительный образ, рассмотрите его внимательнее. Что это (или кто это)? Какого цвета? Это что-то теплое или холодное? Приблизьтесь к нему. Спросите, чего оно от вас хочет.

Обратитесь к своей памяти, попытайтесь вспомнить моменты своей жизни, когда вы чувствовали себя абсолютно счастливым. Что происходит с образом?

Пропустите через все ваше тело ощущение абсолютного благополучия, направляя его особенно на те участки тела, с которыми у вас бывают проблемы. Что происходит?

Представьте и почувствуйте, как все болезни и недомогания исчезают под воздействием сил, идущих от переживания полного телесного благополучия.

Ступень 2. Личность

Вторая ступень тренинга в большей степени посвящена взаимоотношениям клиента с самим собой. В ней затрагиваются следующие вопросы: что для меня важно, какие цели я ставлю перед собой в жизни, что мне мешает их достичь, что мне помогает их достигать, какие жизненные стратегии управляют мной и способствуют ли эти стратегии достижению того образа жизни, к которому я стремлюсь, каким мне нужно сделать себя, над какими своими качествами поработать, чтобы всегда жить эффективно, и т. п. В основу данной ступени положены два основных понятия транзактного анализа Э. Берна – модель эго-состояний и жизненный сценарий.

В работу данной ступени входят темы:

1. Самодиагностика – кто я (эго-состояния)?
2. Мой жизненный сценарий.

Иерархия личностных ценностей претерпевает значительные изменения под воздействием экстремальных условий. Так, у комбатанта формируется уникальная система ценностей, в которой главенствующую роль занимают те, которые позволяют выжить на войне. Цена жизни тут определяет приоритет ценностей, которые далеко не всегда играют ведущую роль в обычном мирном существовании с его проблемами, интересами и потребностями. При возвращении к мирным условиям внутренняя система ценностных ориентации не соответствует окружающей реальности, и тогда поведение ветерана является по меньшей мере неадекватным, как с точки зрения социализации личности, так и с точки зрения удовлетворения ее потребностей. Конфликт системы ценностных ориентации, возникающий в мирных условиях, неизбежно приводит к сложным психическим последствиям, которые обобщенно можно определить как дезадаптация. В таком состоянии человек часто пытается реализовать свою «боевую» систему ценностей («бей или беги») агрессивными и насильственными методами. Иными словами, здесь можно говорить о стрессовой реакции, вызванной ценностно-ориентационным несоответствием. Тип реакции зависит от множества различных факторов, но речь в данном случае идет о дезадаптации, как психической, так и социальной.

Психическая дезадаптация характеризуется разрушением прежней системы ценностей и отсутствием необходимых ресурсов для ее реструктуризации. Именно это в сочетании с другими неблагоприятными факторами психофизиологического характера является источником депрессии, неврозов, пограничных состояний, предваряющих суицидальные действия и серьезные психические расстройства. Это обосновывает необходимость работы с ценностно-ориентационной сферой при психологической реадaptации участников боевых действий.

Методы работы с системой личных ценностей клиента и их иерархией могут быть самыми разнообразными. В настоящем тренинге используются две концепции из теории транзактного анализа – модель эго-состояний и сценарий жизни (Берн, 1998).

Структура личности в транзактном анализе характеризуется наличием трех эго-состояний: Родитель, Ребенок и Взрослый. Каждое эго-состояние представляет собой особый паттерн мышления, чувств и поведения. Взрослое эго-состояние – это

способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые адекватные ситуации решения. Анализируя информацию, Взрослый решает, какое поведение адекватнее данному обстоятельству, от каких стереотипов желательно отказаться, а какие желательно включить.

Эго-состояние Ребенок – это эмоциональное начало человека, которое проявляется в двух видах. Свободный Ребенок включает в себя качества, присущие обычному ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность и изобретательность. Он придает человеку обаяние и теплоту, но в то же время является источником капризов, обид, легкомыслия, упрямства и эгоцентризма. Приспособившийся Ребенок – это та часть личности, которая желает угодить родителям и уже не позволяет себе поведения, не соответствующего родительским ожиданиям и требованиям. Для Приспособившегося Ребенка характерны конформность, неуверенность в общении, стыдливость. Разновидностью Приспособившегося Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отвергающий авторитеты и нормы, нарушающий дисциплину.

Родитель – это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетов лиц: наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы. С одной стороны, Родитель представляет собой набор полезных и проверенных временем правил, а с другой – предрассудки и предубеждения. Это эго-состояние бывает двух видов: Контролирующий Родитель (представляет запреты, санкции) и Опекающий Родитель (представляет советы, поддержку, опеку).

Согласно представлениям транзакционистов, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, истоки которого лежат в раннем детстве. Первоначально сценарий записывается невербально, затем дети получают от родителей вербальные сценарные послания, которые могут относиться к общим установкам («ты станешь знаменитым», «ты никогда ничего не достигнешь, потому что ты...») или касаются различных частных сторон жизни: так ребенку предписывается профессиональный сценарий, тендерный сценарий, сценарии образования, женитьбы-замужества и т.п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть как конструктивными, так и деструктивными и непродуктивными.

Сценарий проявляется в движениях, жестах, позах, манерах человека. Важную роль в создании жизненных сценариев играют запомнившиеся с детства фантазии и волшебные сказки.

Сценарий лежит вне пределов сознания. Человек искажает реальность с целью «оправдания» своего сценария.

Берн выдвинул идею о том, что еще на раннем этапе формирования сценария маленький ребенок уже имеет определенные представления о себе и окружающих его людях. Эти представления, по-видимому, остаются с ним на всю жизнь и могут быть классифицированы следующим образом: «я – ОК» или «я – не ОК»; «ты – ОК.» или «ты – не ОК».

Если объединить эти положения во всех возможных комбинациях, мы получим четыре установки по отношению к себе и другим людям:

- я - ОК, ты - ОК;
- я - не ОК, ты - ОК;
- я – ОК, ты – не ОК;
- я – не ОК, ты – не ОК.

Анализ жизненных сценариев позволил выделить всего шесть основных паттернов сценарного процесса. Это: *Пока не*; *После*; *Никогда*; *Всегда*; *Почти*; *Открытый сценарий*. Каждый из этих паттернов имеет собственную тему, которая описывает, как человек проживает свой сценарий.

Сценарий «Пока не»: «Я не могу радоваться, пока не закончу работу».

Сценарий «После»: «Я могу радоваться сегодня, однако завтра должен буду за это заплатить».

Сценарий «Никогда»: «Я никогда не получаю того, что больше всего хочу».

Сценарий «Всегда»: «Почему это всегда случается со мной?».

Сценарий «Почти»: «В этот раз я почти достиг своего».

Открытый сценарий: Напоминает сценарии «Пока не» и «После» тем, что в нем присутствует момент, после которого все меняется. Человеку с открытым сценарием время после этого момента представляется пустотой.

Сценарные решения представляют собой наилучшую стратегию ребенка с целью выживания в мире, который часто кажется враждебным и даже угрозой его жизни.

Выделяют сценарии победителя (выигрывающего), побежденного (проигрывающего) и «не-победителя». Победителем можно назвать человека, решившего достичь определенной цели в жизни и в конечном итоге добившегося своего.

Если же человек увяз в долгах, получил физическую травму или провалил экзамен – то он побежденный. «Не-победитель» – это тот человек, который может быть прекрасным гражданином, сотрудником, прилежным и благодарным судьбе лояльным человеком. Такой тип людей старается не создавать проблем окружающим – в отличие от победителей, так как те борются, вовлекая в борьбу других, и (в еще большей степени) в отличие от побежденных (неудачников), которые, попадая в беду, пытаются увлечь в нее рядом стоящих.

Практика терапии в транзактном анализе базируется на теории, согласно которой принятое в раннем детстве решение о сценарном паттерне поведения, мыслей и чувств можно изменить. Основная цель этого психотерапевтического метода при работе с вопросами социально-психологической дезадаптации – актуализация Взрослого в человеке, реконструкция личности на основе пересмотра непродуктивных стереотипов поведения и жизненных позиций, формирование новой системы ценностей. В процессе терапии учитывается актуальный психологический конфликт и влияние социальных факторов.

Описание приведенных ниже техник предполагает достаточно глубокое знакомство с положениями транзактного анализа. Для этого можно порекомендовать следующие работы: Берн, 1998; Гулдинг, Гулдинг, 1997; Стюарт, Джойнс, 1996. Приводимые ниже упражнения данного блока тренинга взяты из книг «Современный транзактный анализ» (Стюарт, Джойнс, 1996) и «Рожденные выигрывать» (Джеймс, Джон-гвард, 1993).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭГО-СОСТОЯНИЙ

Упражнение 1

«Я человек, который...»

Возьмите лист бумаги и озаглавьте его: «Я человек, который...». Затем за две минуты напишите все возможные способы закончить это предложение. После этого расслабьтесь и в течение некоторого времени осматривайте комнату, в которой вы находитесь. Для того чтобы помочь себе «войти» в своего Взрослого, сядьте на стуле прямо. Ногами упритесь в пол. Посмотрите на ваш лист. Проверьте каждый вариант законченного предложения на то, является ли он отражением реальной действительности или написан с участием Ребенка. Если вы решите, что какие-то варианты составлены под влиянием Ребенка, подумайте, какова реальная действительность. Выделите свойственные Ребенку слова и употребите слова Взрослого. Например, если вы написали: «Я человек, который не умеет ладить с людьми», то это предложение можно переделать и так: «Я разумный и дружелюбный человек и вполне способен ладить с людьми». Измените подобным образом все продиктованные Ребенком варианты.

Теперь возьмите другой лист бумаги. За две минуты напишите все девизы и убеждения, которые вы слышали от родителей или значимых взрослых. Затем, как и раньше, «включите» Взрослого. Посмотрите ваш список Родительских девизов и убеждений. Отметьте, какие варианты отражают реальность, а какие продиктованы Родителем. Если вы решите, что некоторые варианты нуждаются в изменении в соответствии со «взрослой» реальностью, вычеркните их и замените на новые. Например, можно вычеркнуть: «Если у тебя сначала что-то не получается, пытайся еще и еще» и написать вместо этого: «Если у тебя сначала что-то не получается, измени

поведение так, чтобы получилось». Это упражнение можно делать в часы отдыха.

Упражнение 2 Изучение эго-состояний»

Выберите место, где вам никто не мешает. Выделите на упражнение достаточное количество времени и подумайте о следующих вопросах:

Ваш Родитель

Найдите в вашем поведении что-нибудь, что вы заимствовали от родителей. Вспомните какое-нибудь родительское утверждение, которое вы до сих пор слышите внутри себя и которому вы следуете, с которым вы боретесь или перед которым чувствуете смущение.

Ваш Взрослый

Вспомните недавнюю ситуацию, в которой вы собрали факты и на их основе приняли разумное решение.

Вспомните ситуацию, в которой вы чувствовали себя враждебно настроенным и агрессивным (рассерженным, подавленным и т. д.) – и при этом были способны разумно и правильно действовать, несмотря на ваши чувства.

Ваш Ребенок

Вспомните, как вы манипулировали людьми в детстве. Что из этого вы продолжаете делать до сих пор?

Вспомните, что доставляло вам радость в детстве и что вы с удовольствием делаете до сих пор.

Упражнение 3 «Прикосновение к детству»

Возьмите семейный альбом или вашу любую детскую фотографию. Медленно изучайте фотографии. Дайте появиться воспоминаниям.

Это были счастливые времена? Или печальные? Ничем не примечательные? Что происходило тогда в вашей жизни?

Вспомните себя в возрасте младенца, дошкольника, школьника. Сравните эти образы себя.

Что вы видите на этих фотографиях из того, что видите в себе сейчас? Видите ли вы на фотографиях то, что вам хотелось бы увидеть в себе сейчас?

Изучив фотографии, представьте себя этим ребенком, сидящим в тихом, уединенном месте, возможно, в любимом укрытии вашего детства. Прислушайтесь к болям, радостям, сильным желаниям вашего внутреннего Ребенка. Что этот Ребенок думает о себе?

Продолжайте оставаться там, пока вы не узнаете что-нибудь значимое и новое о себе как о Ребенке.

Упражнение 4 «Ваш Ребенок в настоящее время»

Попытайтесь понять, как активизируется ваше эго-со-стояние Ребенка в настоящем. Начните с осознания того, как вы себя ведете: когда вы напряжены, больны, устали, расстроены и т. д.; когда кто-то выступает Родителем по отношению к вам; когда Ребенок другой личности раздражает или привлекает вашего Ребенка; когда вы идете в гости; когда вы хотите чего-либо от кого-нибудь.

Теперь попытайтесь увидеть, нет ли у вас привычки совершать ненужные глупости в роли Ребенка.

Может быть, вы делаете или говорите то, что вызывает неодобрительные взгляды или насмешки окружающих? То, что заставляет людей прервать разговор или приводит их в замешательство? Существуют ли люди, на которых вы реагируете из эго-состояния Ребенка? Если существуют, почему это происходит? Когда вы с ними общаетесь, что вы чувствуете и как себя ведете? Отвечаете ли вы за характер взаимоотношений с ними?

Если вы найдете неадекватные формы поведения вашего Ребенка, поищите альтернативы.

Упражнение 5 «Детские типы адаптации»

Вспомните, как вы добивались того, чего хотите, и как вас этому научили – словами и невербально. Попробуйте сравнить, что вы хотели сделать (например, влезть к папе на колени, не спать допоздна, играть с детьми), с тем, что вы должны были делать

(например, вести себя прилично, рано ложиться спать, сначала выполнять задания, потом играть).

Какие слова, взгляды и т. д. использовали взрослые, чтобы вас контролировать? А чтобы подбодрить? Как ограничивали ваше поведение и какими способами это осуществляли? Были эти запреты разумными и необходимыми или ущемляли ваши права?

Теперь выберите какое-то событие из детства и переживите его заново. Посмотрите, кто в нем участвовал. Прислушайтесь к тому, какие тогда звучали слова. Снова почувствуйте свои тогдашние чувства.

Спросите себя, в какие моменты сегодня вы чувствуете себя подобным образом. Поступаете ли вы по отношению к кому-нибудь сейчас так же, как поступали ваши родители по отношению к вам тогда?

Какой способ приспособиться к требованиям родителей вы нашли? Вы соглашались? В каких ситуациях? Вы отдалялись? Как это было? Вы «тянули резину»? Когда и как? Была ли среди этих форм поведения одна, используемая чаще других? Как детские типы адаптации действуют в вашей жизненной драме сегодня? Насколько они соответствуют вашей теперешней жизни? Какие умения приспособиваться остались полезными для вас? Какие вас смущают? Ограничивают ваши возможности? Какие разрушительны для вас или окружающих?

Если вы обнаружите типы адаптации, которые мешают вам теперь, представьте прямо противоположное поведение. Если вы обычно уступаете людям, что будет, если вы не проявите уступчивости? Если вы обычно отдаляетесь от других, что будет, если вы попытаетесь вовлечь их в свои проблемы?

Если «тянуть резину» – это ваш стиль, что будет, если вы прекратите медлить и мгновенно примете решение?

Когда вы размышляли над противоположным поведением, не активизировались ли в вашем сознании старые слова Родителя? Если так, то прокрутите эти слова снова. Затем произнесите их громко вслух. Какую реакцию в вашем Ребенке пробуждают эти слова?

Сядьте на стул, представьте, что ваш Родитель сидит перед вами. Используя слова, которые вы услышали, начните ваш диалог. Скажите Родителю, что вы собираетесь поступать, исходя из позиции Взрослого, но не намерены делать что-либо деструктивное по отношению к себе или к кому-либо еще.

Упражнение 6 «Ваш Маленький Профессор»

Цель упражнения – помочь клиенту осознать, как он использует свое эго-состояние Ребенка для достижения позитивных результатов.

1. Проверьте, насколько точна ваша эмпатия – способность настраиваться на невербальные сообщения и понимать чувства других людей.

Вспомните несколько ситуаций с участием знакомых вам людей, которые могли бы честно открыть вам свои мысли и чувства – членов вашей семьи, коллег, Соседей по дому или даче и т. д. Желательно, чтобы эти люди отличались друг от друга по полу, возрасту, национальности и т. д.

Спросите себя: что этот человек чувствовал по отношению ко мне или к данной ситуации? Что он думал?

Напомните им о тех событиях и опишите свое представление об их чувствах. Попросите их помочь вам проверить, насколько точна ваша интуиция.

Она оказалась в основном правильна? Лишь временами? Крайне редко? Вы «читаете» одних людей легче, чем других? Оцените ваши творческие возможности.

2. Вспомните события прошлой недели.

Не пытались ли вы сделать что-нибудь по-новому? Придать чему-либо новую форму, предложить оригинальную идею, вести себя с людьми как-то иначе?

Можете ли вы отметить, как ваша творческая изобретательность или ее недостаток проявились в каком-нибудь событии детства? Нет ли в вашей памяти «записей», которые содержат осуждающие или одобряющие сообщения про ваши творческие возможности? Если вам кажется, что вам недостает творчества, попытайтесь на этой

неделе проявить активность, сделать что-нибудь по-новому.

3. вспомните, как вы манипулировали людьми.

Что вы делали в детстве для того, чтобы получить то, что вы хотели? Разыгрывали из себя больного? Послушного? Пускали в ход обаяние? Обижались? Что-то еще? Кем вам было легче манипулировать? Существовал ли кто-нибудь, на кого вы были неспособны повлиять?

Теперь вспомните людей, с которыми вы встречаетесь сегодня. Вы манипулируете ими? Если вы думаете, что манипулируете, спросите у них, что вы для этого делаете.

3. Вы помните, что вам в детстве казалось волшебным?

Наблюдать, как что-то возникает и исчезает? Чувствовать себя великаном или карликом среди великанов? Верить, что кто-то или что-то вас спасет? Обладать счастливым амулетом?

Как это переносится во взрослую жизнь? Вы по-прежнему хотите, чтобы вас спасали? Чувствуете ли вы иногда себя карликом? Полагаетесь на «волшебство» вашей улыбки? Вашего прикосновения? Манеры говорить? Жестов? Не кажется ли вам, что некоторые люди, окружающие вас, обладают волшебными качествами? Кто в вашей жизни похож на колдунью? Великана? Фею? Волшебника? Не напоминают ли они вам кого-нибудь из прошлого? Может быть, они персонажи вашего сценария?

Упражнение 7 «Естественный Ребенок»

Это упражнение даст вам возможность полнее почувствовать свои ощущения, новым, неповторимым образом воспринимать мир.

1. Выберите место, где вы чувствуете себя уютно, лучше не дома.

Сосредоточьтесь на каком-нибудь предмете так, как будто вы никогда не видели его прежде. Начните сознать его размер, форму, цвет, строение и т. д. Затем пусть он постепенно исчезнет и в фокусе вашего внимания появится задний план. Повторите то же с другими предметами.

Прислушайтесь к звукам. Какие из них непрерывны? Какие неожиданны? Осознайте их интенсивность и высоту.

Сосредоточьтесь на запахах. Когда вы вбираете воздух через ноздри, какие запахи кажутся знакомыми?

Сосредоточьтесь на ощущениях во рту. Что они напоминают? Проведите языком по зубам. Что вы чувствуете?

Сосредоточьте внимание на поверхности кожи. Что вы чувствуете: тепло, холод, боль? Концентрируйте ваше внимание на разных частях тела, от макушки до пальцев ног.

Повторяйте это упражнение в течение нескольких минут каждый день. Пусть осознание ощущений и тела станет привычкой.

2. вспомните, что вам по-настоящему доставляло удовольствие в раннем детстве? Выберите что-нибудь, чем было бы интересно заняться, но что вы не делали уже очень давно. Попробуйте это сделать снова.

Если вы любили лежать на спине и наблюдать за причудливой игрой облаков, выберите время и найдите место, где вы можете снова полежать на спине и последить за облаками. Если вы любили бегать босиком по земле, бродить по морскому песку или пробивать себе дорогу среди осенних листьев, почему бы не заняться этим снова при первой же возможности? Подставьте свое тело под солнечные лучи и сосредоточьтесь на ощущениях, которые возникают в теле. Залезьте на дерево. Посидите там какое-то время. Запустите бумажного змея. Совершите путешествие пешком. Съешьте мороженое. Веселитесь как ребенок. Получайте удовольствие. Выигрывающие так и поступают.

Упражнение 8. «Родитель, Взрослый и Ребенок, которые всегда с вами»

1. Может быть, вы слишком часто бываете в эго-состоянии Родителя и ведете себя неадекватно в этом состоянии?

Не обвиняют ли вас в том, что вы думаете за других, отвечаете за них, никогда не позволяете им проявить самостоятельность, раздаете всем советы, поучаете? Или читаете проповеди, пропагандируете, принуждаете других?

Представьте себе детально группы людей, с которыми вы связаны. Есть ли какой-либо предмет для разногласий в каждой группе или большинство ее членов придерживаются единой точки зрения? Могли бы ваши родители принадлежать к этим группам? Ценят в этих группах творческое мышление или подавляют? Каких общих взглядов придерживаются

группы, в которые вы входите? Они действительно решают проблемы или только говорят о них? Они подходят к проблемам только с одной стороны или с разных сторон? Зависит ли деятельность группы от ваших решений? Советуете вы им, что делать? Поощряете их поиск и самостоятельность?

Как часто вы говорите другим «должны», «обязаны» и «вам следует»? Вы говорите это в эго-состоянии Взрослого или Родителя? О каких предметах вы говорите с возмущением и по многу раз? Бывает ли, что вы выражаете чужое мнение, не обдумав и не проверив его?

2. Может быть, вы слишком часто бываете в эго-состоянии Взрослого и злоупотребляете им?

Не кажется ли вы себе большую часть времени слишком рассудительным, слишком рациональным, неспонтанным и похожим на автомат? Вы постоянно имеете дело с обработкой информации и редко проявляете родительские убеждения или детскую непосредственность? Вы всегда рационально используете деньги, никогда не «шикуете» или слишком балуете кого-нибудь подарками, о которых они всегда мечтали? Вы много работаете и с трудом выкраиваете время для отдыха или вы ничем не заняты? Вы входите только в профессиональные группы – те, что собираются в основном для обмена информацией?

Вспомните своих близких друзей. Входят ли в их число те, с кем вас связывают деловые отношения? В компании вы всегда говорите о своих профессиональных интересах или находите укромный угол и листаете журналы? Не обвиняют ли вас в том, что вы «невеселы» или «совсем не заботитесь о детях»? Нет ли у вас склонности быть «человеком-компьютером», перерабатывающим информацию и ищущим решения?

Не используете ли вы своего Взрослого для рационализации – для оправдания своих недостатков и предрассудков? Не используете ли вы его для того, чтобы сохранять мнения Родителя, которые некогда были слишком страшны для вас, чтобы вы осмелились их проверить? Не используете ли вы своего Взрослого для того, чтобы помогать своему Ребенку управлять другими или чтобы оправдывать его игры?

3. Может быть, вы слишком часто бываете в эго-состоянии Ребенка и злоупотребляете им?

Вы позволяете управлять собой? Может быть, другие думают за вас, отвечают за вас, вас подавляют, дают советы, часто приходят на помощь и ставят вас на место?

Группы, в которые вы входите, в основном собираются, чтобы веселиться? Для ниспровержения или критики авторитетов? Для того, чтобы посоветовать вам, как строить жизнь?

Вы отступаете, приходите в отчаяние и чувствуете себя бессильным, когда надо решить проблему или принять решение? Вы постоянно обращаетесь к другим за одобрением, критикой или поддержкой?

Вспомните десять самых близких своих друзей. Нет ли у них какого-то общего признака? Это ваши приятели по развлечениям? Не играют ли они для вас роль родителей?

Вы часто говорите: «Я не могу» вместо: «Я не хочу это делать»?

Упражнение 9 «Портрет эго-состояний»

Используя окружности разных диаметров, нарисуйте портрет своих эго-состояний, каковыми по большей части вы себя воспринимаете.

Есть у вас постоянное излюбленное эго-состояние? Не меняется ли ваш образ при смене обстановки? На работе? Дома? В институте? На вечеринке? Где-нибудь еще? Че меняется ли он с определенными людьми? С начальником? Подчиненными? Мужем (женой)? Детьми? Друзьями? Г кем-нибудь еще?

Потом попросите детей, мужа (жену), друзей, родственников, коллег нарисовать такую же схему, отражающую то, как они воспринимают вас. Заметили ли вы какие-нибудь различия?

После того как вы сравнили эти портреты – каким вы сами себя воспринимаете и какими вас воспринимают другие – спросите себя: они мне нравятся? Если нет, что необходимо изменить? Какие контракты мне необходимо заключить? Какие вопросы Взрослого мне необходимо поставить?

Упражнение W «Изучение проекций»

Другие часто служат для нас зеркалом. Когда вы смотрите на кого-нибудь, то можете увидеть в нем себя самого. Изучение проекций является полезным методом самопознания.

Вообразите кого-нибудь, кто вам особенно не нравится. Что вам не нравится в этом человеке? Не знаете ли вы других людей с подобным качеством? Они также не нравятся вам?

Представьте, что вы обладаете этим же качеством. Представьте себя в действии: делайте в воображении то, что делают люди, которые раздражают вас. Поступайте так, как они.

Теперь спросите себя: «Может ли так быть, что я сам веду себя подобным образом или что эти черты принадлежат мне самому?»

Представьте себе кого-нибудь, кто особенно восхищает вас. Что вам нравится в этом человеке? Вы знаете других людей, которые обладают подобными чертами? Вы также восхищаетесь этими людьми?

Представьте себе, что вы говорите, ходите, ведете себя так же, как и те, кто восхищает вас. Представьте, что вы обладаете их чертами.

Задайте себе вопрос: «Может быть, я обладаю этими качеством»? В течение недели ведите два списка:

- В одном записывайте все, в чем вы обвиняете других (она отвергает меня, он глуп, мой муж волочится за женщинами, она всегда сердита, он ненавидит меня и т. д.).
- В другом отмечайте все, что вызывает у вас восхищение (она такая нежная, он смывленный, моя жена всегда делает полезные замечания, он прекрасно обращается с детьми, она очень изящно одевается и т. д.).

В конце недели проверьте ваши списки. Не видите ли вы каких-нибудь шаблонов?

Задайте себе вопрос типа: «Может быть, что я...»?

Например, «Может быть, я *отвергаю* ее лишь потому, что полагаю, будто она *отвергает меня!*»; «Может быть, это я хотела бы избежать брака – и поэтому обвиняю его в том, что он того желает?».

Упражнение 11 «Метод решения проблем»

Если у вас есть проблемы, которые необходимо решить, – например: найти работу, изменить стиль поведения, улучшить семейные отношения, – активизируйте вашего Взрослого, используя следующие приемы. Некоторые из них могут не подойти к данной проблеме, но по крайней мере рассмотрите их.

1. Определите проблему и запишите ее (вы можете обнаружить, что то, что вы считали главной проблемой, вовсе таковой не является).

2. Каковы мнения, знания и поведение вашего Родителя по отношению к этой проблеме? Напишите, что каждый из ваших родителей сказал бы или сделал в связи с этой проблемой. Прислушайтесь к словам родителей в вашей голове. Запишите то, что они считают необходимым, обязательным и т. д. Запишите, чего они избегали, а также их невербальные сообщения.

3. Рассмотрите чувства, установки и знания вашего Ребенка, касающиеся проблемы. Запишите чувства, связанные с данной проблемой. Это ярлыки или настоящие чувства? Не играете ли вы в какую-нибудь игру в связи с этой проблемой? Соответствует ли эта игра вашему конструктивному сценарию или деструктивному и непродуктивному? Не исполняются ли при этом какие-либо манипулятивные роли?

4. Оцените влияние, которое оказывают на ваши мысли, чувства и поступки ваши

Родитель и Ребенок, с помощью Взрослого. Какие установки Родителя мешают решить проблему? Какие установки Родителя помогают? Какие чувства и способы адаптации Ребенка мешают решить проблему? Какие помогают? Какое решение было бы приятно вашему Родителю? Поможет его мнение решить вашу проблему или помешает вам? Какое решение было бы приятно вашему Ребенку? Поможет вам точка зрения Ребенка или затруднит решение проблемы?

5. Представьте различные пути решения проблемы. Не отвергайте никакую идею. Вместо этого используйте вашего Маленького Профессора. Привлеките все свои способности, какие только сможете, даже если некоторые решения покажутся смешными.

6. Рассмотрите внутренние и внешние ресурсы, необходимые для каждого решения. Являются ли эти ресурсы доступными? Подходящими?

7. Оцените вероятность успеха каждого из придуманных способов решения проблемы. Отбросьте те, которые являются невозможными.

8. Выберите два или три наиболее вероятных способа. Опираясь на факты и творчество воображения, выберите наиболее подходящий вам.

9. Осознайте чувства, которые вызовут решения. Если они оставляют хорошие чувства, то могут удовлетворить все эго-состояния. Решение, которое оставляет неприятные чувства, может провоцировать вашего Родителя и/или Ребенка на сопротивление, может оказаться вредным для вас или окружающих или просто неправильным.

10. Заключите контракт, необходимый для того, чтобы исполнить решение. Представьте соответствующие поступки Взрослого, которые подходят к вашему контракту.

11. Приведите в действие ваше решение. Если это возможно, испытайте его в малом. Затем двигайтесь вперед с большей энергией.

12. Оценивайте сильные и слабые стороны вашего плана по мере его осуществления. Сделайте необходимые поправки.

13. Радуйтесь своим успехам. Не впадайте в уныние при неудачах. Изучите их и начинайте снова.

Упражнение 12 «Этика Взрослого»

Чтобы построить ваш этический кодекс Взрослого, подумайте про все области, в которых ваша жизнь связана с жизнью других людей-и то, как ваши взгляды влияют на других, даже на тех, кто живет далеко от вас или сильно отличается от вас.

Обдумайте ваше поведение и установки по отношению ко всему окружающему, включая неживую природу.

Спросите вашего Взрослого: кого и что я ценю в жизни? Для кого и для чего я живу? Ради кого и за что я мог бы умереть? Что значит для меня моя жизнь сейчас? Что она могла бы значить? Что моя жизнь значит для других сейчас? Что она значит для потомков? Может быть, я действую так, потому что думаю о благе общества, сохранении и развитии рода человеческого?

Что для вас является действительно важным? Составьте список из пяти пунктов – то, что вы цените больше всего в жизни. Расположите эти ценности по степени их важности.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Изучите этот список. Спросите у себя: какое отношение имеют мои ценности к моей личной, общественной жизни, работе? Какое отношение они имеют к моему эго-состоянию Родителя и Ребенка? Соответствует, ли мой нынешний образ жизни тем ценностям, которые, по моему утверждению, для меня важнее всего?

Упражнение 13 «Вопросы Взрослого о вашей жизни»

Если вы начали задумываться над тем, кто вы на самом деле, зачем вы

существуете, как вы в действительности живете и куда ведут ваши модели поведения вас, сделайте вашего Взрослого более сознательным, спрашивая себя: Кем я себя чувствую (по ощущению моего Ребенка)? Кем я себя считаю – по мнению моего Родителя? Кем я себя считаю – по информации, обработанной моим Взрослым? Другие люди – муж (жена), дети, друзья, коллеги – как они ко мне относятся: как к родителю, взрослому или ребенку? Кем я хочу быть (сегодня, через пять, десять, двадцать лет)? Какие способности позволят мне стать таким, как я хочу? Какие препятствия могут возникнуть на этом пути? Что я собираюсь делать со своими возможностями и ограничениями? Ценю ли я то, что увеличивает мой потенциал? Ценю ли я то, что помогает другим развивать их способности? Как я бы мог развить в себе побольше качеств Выигрывающего, кем я и рожден быть?

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ

Упражнение 1 «Ваш сценарий»

Возьмите карандаш и бумагу и напишите ответы на следующие вопросы. Работайте быстро, полагаясь на интуицию, записывайте первый ответ, который придет в голову.

Какое название у вашего сценария? Что это за сценарий? Веселый или печальный? Победный или трагичный? Интересный или скучный? Затем опишите последнюю сцену: чем заканчивается ваш сценарий?

Сохраните ваши ответы, к которым можно вернуться снова, собрав побольше информации о сценарии жизни.

Упражнение 2

«Расшифровка личного сценария»

Сны, фантазии, сказки и детские истории могут содержать разгадку вашего сценария. Не сдерживайте воображение при выполнении расшифровки сценария. Не думайте о том, для чего они нужны и что означают. Не контролируйте себя и не пытайтесь угадать, что вам нужно сказать. Просто представьте какие-то образы и ощутите связанные с ними чувства.

После этого можно приступить к анализу и расшифровке. Наилучшего результата можно добиться при работе в группе или с партнером, но можно выполнять это упражнение и индивидуально. Желательно (особенно при самостоятельной работе) записывать ваши ответы на магнитофон. После этого прослушайте пленку несколько раз и доверьтесь вашей интуиции. Вы будете, несомненно, удивлены тому, как много вы узнали о себе и своем сценарии.

Возможно, в процессе выполнения упражнений вы будете испытывать сильные эмоции, отражающие ваши детские чувства, которые всплывают на поверхность вместе с вашими сценарными впечатлениями. Если вы будете испытывать подобные чувства, то можно прекратить упражнение в любой момент. Если вы захотите остановиться, сконцентрируйте внимание на каком-то предмете в комнате. Скажите себе, что это за предмет, какого он цвета и для чего он нужен. Подумайте об обычной теме взрослого разговора, например, ято у вас будет на обед или когда вам в следующий раз нужно быть на работе.

Герой. Кто ваш любимый герой или героиня? Возможно, это персонаж детской сказки, а может быть, герой пьесы, книги или фильма, который вы помните, или реальный человек. Начните с героя, который первым пришел вам в голову. Затем включите магнитофон. Станьте этим героем, войдите в его образ и говорите о себе столько, сколько вам хочется, при этом начинайте со слова «Я...».

Сказка. Снова выберите то, что вам нравится, первое, что придет в голову. Это может быть детская сказка, басня, миф – все, что хотите. Для того, чтобы извлечь максимум пользы из рассказа, перескажите его, а если хотите – можете его изменить или продолжить, став каким-нибудь персонажем или предметом. При этом, как и в предыдущем варианте, говорите от первого лица.

Сон. Выберите какой-то из ваших снов. Больше всего можно узнать из недавнего или же повторяющегося сна, хотя для этого упражнения подойдет любой сон. Расскажите ваш сон, при этом говорите не в прошедшем, а в настоящем времени. Затем, как и в

упражнении со сказкой, станьте каким-либо человеком или вещью из сновидения и начните говорить о себе от его имени. После того, как вы закончите, сразу же скажите, что вы чувствовали. Было вам приятно или нет? Вам понравилось окончание сна? Если нет, вы можете заменить его конец. Новое окончание сновидения тоже рассказывайте в настоящем времени. Убедитесь в том, что вы вполне удовлетворены концовкой сна. Если нет, придумайте еще один конец, и так далее, сколько вам будет угодно.

Предмет. Осмотрите вашу комнату и выберите какой-нибудь предмет, лучше всего тот, о котором вы подумали в первую очередь. Затем станьте им и начинайте говорить о себе. Для того чтобы получить максимум пользы от упражнения, попросите партнера поговорить с вами как с выбранным предметом. Партнер должен просто разговаривать с вами, как будто вы дверь, камин и т. д.

Пьеса вашей жизни. Для этого упражнения необходим человек, который бы разговаривал с вами, исполняя роль ведущего. Если есть возможность, надиктуйте свой спектакль на пленку, чтобы после прослушивать эти записи и, при желании, вносить в спектакль изменения. Ведущий может предложить это упражнение целой группе. Он не должен повторять слово за словом. Лучше, если он наметит для себя последовательность рассказа, а затем начнет импровизировать. Между предложениями необходимо делать паузы, чтобы дать участникам возможность сконцентрироваться на том, что они видят, а в конце каждого отрывка делать достаточно долгую паузу, чтобы участники могли осознать и/или надиктовать содержание каждой сцены.

Сядьте или лягте поудобнее. Расслабьтесь. Можете закрыть глаза. После этого ведущий начинает говорить: «Представьте, что вы в театре. Вы ожидаете начала спектакля. Это спектакль о вашей жизни. Что за спектакль вы собираетесь смотреть? Комедию или трагедию? Драму или мыльную оперу? Интересный это спектакль или скучный, героический или заурядный – или какой-то еще? Что театр – заполнен, полупустой или пустой? Будет публика восхищаться или скучать? Веселиться или плакать? Будет она аплодировать или уйдет со спектакля – или что-то еще? Как называется ваш спектакль – спектакль о вашей жизни? А сейчас свет потушен. Поднимается занавес. Спектакль начинается. Вы видите первую сцену. Это самая первая сцена вашей жизни. Вы – младенец. Что вы видите вокруг себя? Кто там? Видите ли вы лица? Если видите лицо, обратите внимание на его выражение. Что вы слышите? Осознавайте то, что чувствуете. Может быть, у вас появилось какое-то телесное ощущение или эмоции? Чувствуете ли вы какой-нибудь запах или вкус? А теперь на какое-то время осознайте эту первую сцену вашего спектакля». (Пауза.)

Ведущий продолжает: «А сейчас вторая сцена. В этой сцене спектакля вы – ребенок от трех до шести лет. Где вы? Что видите вокруг? Есть ли кто-нибудь рядом? Кто это? Что они говорят вам? Что вы отвечаете? Слышите ли какие-нибудь другие звуки? Что вы чувствуете в этой сцене? Испытываете ли какие-то телесные ощущения или эмоции? Запах? Вкус? Осознайте то, что видите, слышите, чувствуете во второй сцене спектакля». (Пауза.)

После этого ведущий теми же словами вводит вас в следующие сцены спектакля: сцену юности, от десяти до шестнадцати лет; актуальную сцену, где вам столько лет, сколько сейчас; сцену десять лет спустя; последнюю сцену вашего спектакля – сцену вашей смерти. В репликах ведущего к этой сцене должен звучать вопрос: «Сколько вам лет в этой последней сцене спектакля?»

Наконец ведущий просит вас вернуться в настоящее, потратив на это столько времени, сколько необходимо. Поделитесь с группой или партнером вашими ощущениями.

Упражнение 3

«Культурный и семейный сценарий»

Вообразите, что вы движетесь назад во времени. Кfb были ваши предки, жившие семьдесят пять лет или сто пятьдесят лет назад? Влияет ли на вас каким-либо образом ваше культурное наследие (в вашей тендерной роли, в работе, в стремлении к образованию)? вспомните хотя бы одну тему, которой вы следуете теперь и которая

определяется культурным сценарием. Вспомните ваши нынешние жизненные сцены. Включают ли какие-либо из них субкультурные сценарии? Вспомните роли в сценарии семьи, в которой вы выросли. Повторяете ли вы какие-либо из них сейчас? Какие роли вы изменили?

Упражнение 4 «Невербальные и вербальные сообщения вашего сценария»

Прочтите все описание упражнения до конца и лишь потом выполняйте.

Закройте глаза и попытайтесь увидеть выражения лиц окружающих – самые ранние, что вы можете припомнить. Если возникают только части лица, такие как глаза или рот, взгляните в них повнимательнее. Чьи лица вы увидели?

Теперь попытайтесь вспомнить невербальные сообщения, полученные вами от родителей через действия (подзатыльник, сжатый кулак, сердитый шлепок, нежный поцелуй).

Какие приятные или неприятные чувства возникли у вас? Какие сообщения передавались вам через выражения лиц и телесные действия?

Опять представьте себе, что вы ребенок. На этот раз прислушайтесь к словам, которые говорились о вас в вашей семье. Что говорилось о вашей ценности? Вашем лице? Сексуальности? О ваших способностях? Уме? Морали? Здоровье? О вашем будущем?

Произнесите вслух фразы, которые вы вспомнили и которые отражают то, что думал про вас каждый из родителей.

Связана каким-либо образом ваша нынешняя самооценка с мнением ваших родителей о вас?

Упражнение 5

«Ролевые отождествления»

Вспомните ваши отношения с различными людьми в течение нескольких последних дней. Не играли ли вы какую-либо из трех драматических ролей – Жертвы, Преследователя, Спасителя? Менялась ли ваша роль при смене обстоятельств? Играли ли вы одну роль чаще, чем остальные? Не напоминают ли ваши роли персонажей .ваших любимых книг, сказок, притч и т. п.?

Упражнение 6 «Жизненные сцены»

Представьте свою жизнь в виде вращающейся сцены. На ней несколько типов обстановки – соответствующих обстановке вашей жизни. Возьмите типичный месяц жизни. Исключите время сна, если оно не представляет для вас особой важности. Соответствует ли энергия, которую вы расходуете на каждой сцене, количеству времени, проводимому на ней? Есть ли у вас реальный интерес к той области, где вы тратите свое время и энергию? Кто, по вашему мнению, направляет вашу жизненную драму на каждой сцене? Чувствуете ли вы удовлетворение от того; как вы используете свои возможности в различных окружениях?

Упражнение 7

«Список действующих лиц»

Вспомните наиболее важных людей, которые участвуют в вашей жизненной драме. Расположите их в соответствии со временем, энергией, которые вы расходуете на них, и реальным интересом, который вы испытываете к ним.

Измените ситуацию. Сколько времени, энергии они тратят и какой реальный интерес, по вашему мнению, испытывают к вам?

Вы считаете, что они каким-либо образом способствуют вашим жизненным планам?

С кем и в каких сценах вы притворяетесь? С кем и в каких сценах вы действительно являетесь своей ролью, а не только играете ее?

Упражнение 8 «Идентичность и имя»

Обдумайте, как связаны ваше имя и сценарий. Какую идентичность имя вам дает?

Кто дал вам имя? Почему? Вас называли в честь кого-то? Если да, то не несло ли имя груз каких-то особых ожиданий? Вы гордились своим именем или не любили его? Называли ли вас именем, которое не соответствовало вашему полу, или обидным прозвищем? Ваше имя настолько распространено, что вы чувствовали себя частью

толпы, или настолько редкое, что вы чувствовали себя неповторимым? Есть ли у вас прозвище? Ласковое имя? Как вы получили их? Как ваши имена или другие определения, полученные от окружающих, влияют на ваше представление о себе? Как вас называют теперь? Кто? Если вы женаты или замужем, не называете ли вы своего мужа или жену мамой или папой? Почему? Вас называют разными именами дома и на работе? Если да, то с чем это связано? Как вы предпочитаете, чтобы вас называли? Почему? Хотели бы вы иметь другое имя? Почему? Есть у вас доводы Взрослого для изменения имени? Для сохранения прежнего?

Упражнение 9

«Список вопросов по сценарию»

Быстро прочтите следующее задание. Пишите первое, что приходит вам в голову. Затем вернитесь и заполните пропуски в ответах после дополнительных размышлений.

* * *

Оцените, что вы думаете о других и о себе, большую часть времени.

Я ок _____

Я не ОК

Другие ОК _____

Другие не ОК

То, что я считаю _____

То, что я считаю – не ОК _____

Теперь оцените вашу половую идентичность.

Я как мужчина (женщина) ОК _____

Я как мужчина (женщина) не ОК _____

Мужчины ОК _____ Мужчины не ОК

Женщины ОК _____ Женщины не ОК

Любимые игры, в которые я играю: как Преследователь – с кем?

как Спаситель – с кем? как Жертва – с кем?

Вид моего сценария _____

(конструктивный, деструктивный, непродуктивный)

Тема сценария _____

Тип драмы _____

(фарс, трагедия, мелодрама, сага, комедия и т. д.)

Реакция зрителей на мою драму _____

(аплодисменты, скука, страх, слезы, враждебность)

Эпитафия, если бы ее надо было написать сейчас _____

Новый сценарий, если я его хочу создать. _____

Новая эпитафия, если вы ее хотите написать _____

Договор с собой для нового сценария _____

Упражнение 10

«Сцена смертного ложа»

Найдите тихое место, где вам не смогут помешать. Представьте, что вы уже старый человек и находитесь на смертном одре. Ваша жизнь мысленно проходит перед вами. Закройте глаза. Спроецируйте вашу жизненную драму на воображаемый экран перед вами. Следите за ней с самого ее начала до настоящего момента. Не спешите. После этого опыта рассмотрите вопросы:

Какие воспоминания были для вас самыми болезненными? Самыми приятными? Какие обязательства, переживания и достижения придают смысл вашей жизни? Испытали ли вы сожаление о чем-либо? Если да, что вы могли бы сделать иначе? Что сейчас вы можете сделать иначе? Не хотите ли вы проводить с кем-нибудь побольше или поменьше времени? Осознавали ли вы выбор сценария вашей жизни? Или, возможно, вы просто боялись сделать его? Вы нашли то, что вы цените? Ваши ценности оказались такими, какими вы хотели? Вы обнаружили что-либо, что вы хотели бы теперь изменить?

Упражнение 11 «Ваш последний час»

Теперь взгляните на вашу жизнь с другой стороны. Вообразите, что вам остался час

жизни и вы можете провести его с кем угодно. Кого бы вы хотели видеть около себя? Как и где вы бы хотели провести этот последний час? Этот человек (люди) знает о ваших чувствах к нему?

Упражнение 12 «Освобождение от ловушки»

Если вы чувствуете, что пойманы в ловушку или находитесь перед стеной, то есть не видите возможность выбирать или принимать ясные решения, попробуйте провести следующий мысленный эксперимент.

Закройте глаза и вообразите, что вы бьетесь головой о высокую кирпичную стену, преграждающую вам путь, пытаюсь таким образом преодолеть это препятствие. Наблюдайте за собой, как вы бьетесь головой о стену.

Теперь остановитесь и оглянитесь вокруг. Найдите какой-нибудь способ перебраться через стену, например пролезть под стеной или обойти ее. Если вам потребуется что-нибудь для помощи, вообразите нужные ресурсы.

Если в жизни вы считаете себя «запертым в ловушке», вообразите, что вы оказались в настоящей ловушке. Представьте, что вы свернулись калачиком внутри нее. Что вы чувствуете? Защищает ли она вас от чего-нибудь или кого-нибудь? Придумайте несколько способов выбраться из ловушки. Затем выберите из нее.

После того как вы покинете вашу ловушку, представьте, что вы сидите вне ее, под деревом. Посмотрите вокруг. Посмотрите на вашу ловушку, затем на окружающий мир.

Если вы чувствуете, что находитесь перед стеной или заперты в ловушке, не прислушивайтесь к старым голосам, которые говорят, что «взрослые так себя не ведут».

Постройте (не в воображении, а на самом деле) стену из картона, газет или т. п. Бейтесь головой об нее. Оглянитесь. Нет ли более простого пути наружу?

Возьмите большой картонный ящик. Заберитесь в него и закройте крышку. Посидите там некоторое время, прислушиваясь к своим чувствам. Затем покиньте ящик. Посмотрите на него. Посмотрите на окружающий вас мир.

Спросите себя: не могло ли так случиться, что я сам построил свою стену, сам залез в свою ловушку? Если это так, то что это дает мне? Как это влияет на других? Какие свои позиции я тем самым укрепляю? Как это соответствует моему сценарию? Это то, что я действительно хочу? Теперь прекратите «биться головой об одну и ту же ситуацию» и оглянитесь вокруг.

Упражнение 13 «Изменение сценария»

Проанализируйте, что нового вы открыли в своем сценарии при выполнении предыдущих упражнений. Удалось ли вам выявить отдельные аспекты жизни, в которых решили быть победителем, побежденным или не-победителем? Если это так, то для каждого такого аспекта напишите, как вы смогли бы стать победителем – вместо побежденного или не-победителя. Каким будет результат вашей победы? Затем для каждого из аспектов напишите пять действий, в первую очередь необходимых для достижения победы. Каждый день выполняйте по одному действию и, если вы работаете в группе, расскажите о своем успехе товарищам.

Упражнение 14

«Куда ведет сценарий?»

Подумайте и напишите ответы на следующие вопросы: что случается с людьми вроде меня? Если я дальше буду таким, как есть, чем это по логике должно закончиться? Что при этом скажут обо мне другие?

Ступень 3. Коммуникация

Третья часть тренинга строится на основе первой и второй ступеней и во многом развивает те идеи, которые лишь в небольшой степени затронуты в предыдущих блоках. Третья ступень в большей степени посвящена вашим отношениям и взаимодействиям с людьми. По большому счету, вся наша жизнь связана с другими людьми и то, достигнем ли мы своей цели или нет, во многом зависит от качества отношений между нами и окружающими.

Третья ступень дает вам возможность стать мастером создания отношений, поскольку на тренинге мы исследуем, как люди воспринимают друг друга, влияют друг на

друга, из чего они исходят в отношениях друг с другом, а также что такое отношения между людьми и от чего они зависят.

На этой ступени гораздо важнее такое понятие, как команда: что вы можете сделать один и что становится возможным, когда вы действуете как командный игрок, когда вокруг вас есть люди, готовые вас поддержать. В структуру этой ступени входит комплекс различных упражнений, которые позволяют вам по-новому, с точки зрения эффективности, посмотреть на важные аспекты ваших отношений с другими людьми.

Данная ступень тренинга состоит из следующих основных тем:

1. Модель общения и получение обратной связи.
2. Роли в нашей жизни.
3. Решение проблем.

Стрессовая реакция тесно связана с трудностями в общении. В современном мире люди часто вынуждены принимать или отдавать сообщения, содержащие неточную информацию. Многие из-за этого отвыкли выражать свои мысли ясно и до конца. У некоторых, например у ветеранов войны, а также у жертв насилия или у людей, оказавшихся в экстремальных условиях, где говорить ясно и правдиво было опасно, выработалась бессознательная привычка избегать ясности в общении. Обстановка опасностей и непрерывной борьбы за выживание формирует у человека привычку скрывать от собеседника информацию не только в экстремальных условиях, когда от этого зависит жизнь, но и в обычной житейской ситуации. Такого рода привычка часто сопровождается стрессовыми реакциями, так как есть неразрывная связь между отсутствием ясной информации и чувством страха.

Одна из сфер общения, в которой наиболее часто возникают стрессовые реакции, – это выражение критики и одобрения. Если стиль общения выработывался в экстремальной ситуации, то человек, вероятно, тяготеет к чему-то одному, часто ему легче критиковать, чем хвалить. Не менее важно, как человек принимает критику или одобрение. Способен ли он слушать замечания в свой адрес, не испытывая при этом острой стрессовой реакции? Умеет ли спокойно принимать похвалу?

Человек – это очень сложное, многогранное существо, поэтому создать некое «полное» его описание, «полную» модель скорее всего невозможно. Но при этом иногда полезно просто взять некий образ, метафору и при ее помощи попробовать описать какой-то аспект жизни. Например, с помощью понятия «роль».

Роль – это то, во что мы играем, она как бы имеет свою цель, свою направленность. С одной стороны, это очень удобно: роль имеет более-менее подходящий для многих ситуаций набор вариантов поведения. Вернее, роль – это шаблон, по которому строится поведение в данной ситуации.

Но роль создает проблемы по причине своей узкой направленности и сопутствующего недостатка гибкости и замкнутости. Обычно наработки и достижения одной роли недоступны другой. Но очень большой плюс ролей то, что они хорошо известны. Роль – это очень удобная вещь, вопрос только в том, чтобы научиться пользоваться ею с максимальной эффективностью.

Популярная концепция Томаса-Киллмена описывает основные стратегии поведения в конфликтной ситуации. Это: 1) избегание; 2) соперничество; 3) приспособление; 4) компромисс; 5) сотрудничество.

Указанные стратегии поведения выделены на основе взаимоотношения настойчивости в удовлетворении своих интересов – и готовности пойти навстречу другому в удовлетворении его интересов. Большинство людей склонны использовать лишь одну-две из описанных пяти стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

К началу 70-х годов сформировалось представление об уверенности в себе как о комплексной характеристике человека, включающей в себя определенные эмоциональные (страх и тревожность), поведенческие (дефицит навыков социального поведения) и когнитивные компоненты. Под уверенностью в себе понимается способность предъявлять требования и запросы во взаимодействии с социальным окружением и добиваться осуществления желаемого. Кроме этого, к уверенности в себе

относится способность ощущать свое право на запросы и требования (установки по отношению к самому себе), осмелиться их проявлять (социальный страх и заторможенность) и обладание навыками их осуществления (социальные навыки).

Уверенность в себе есть свойство личности, основанное на позитивной оценке собственных навыков и способностей как адекватных для достижения значимых для него целей и удовлетворения его потребностей. Такая оценка формируется при наличии достаточно широкого поведенческого репертуара, позитивного опыта решения социальных задач и успешного достижения собственных целей (удовлетворения потребностей). Для формирования уверенности в себе важен не столько объективный жизненный успех, статус, деньги и т.д., сколько субъективная позитивная оценка результатов собственных действий и одобрение со стороны значимых людей. Позитивная оценка своих навыков и способностей определяют социальную смелость в постановке новых целей и определении задач, а также инициативу, с которой человек берется за их выполнение.

В данном блоке тренинга использованы упражнения из работы (Вачков, 1999).

Модель общения и получение обратной связи

Упражнение 1 «Мой портрет глазами группы»

Вариант I. Ведущий обращается к участникам группы с вопросом:

Есть ли среди вас желающие получить свой психологический портрет? И не просто словесный портрет с перечислением достоинств и недостатков, а совершенно реальное изображение на бумаге?

Желающие обычно находятся. Определившись с натурщиком, которому предлагается занять «горячий стул», ведущий продолжает:

– Все остальные участники группы станут художниками. У каждого из вас лист бумаги и пачка фломастеров. Каждый – хотя бы в детстве – пробовал изображать людей. У кого-то это получалось удачно, у кого-то – не очень.

Сделав небольшую паузу, ведущий продолжает свой монолог спокойным, чуть замедленным голосом, создавая необходимый настрой, медитативное творческое состояние участников. Можно в этот момент включить и медитативную музыку, но есть опасность, что она не будет вполне соответствовать внутреннему состоянию кого-либо из «художников» и собьет с верного звучания его «внутренний резонатор», который необходимо настроить на натурщика.

А теперь посмотрите внимательно на человека, сидящего перед вами, проникните сквозь внешнюю оболочку, за которой скрывается нежная субстанция – человеческая душа. Какова она у этого человека? В чем ее отличие от других душ? Каковы ее особенности, делающие этого человека уникальным созданием во Вселенной? Разглядите внутренним взором образ этой души. Услышьте звучание музыки этой души. Почувствуйте форму и фактуру, ощутите материал этой души. Поймите сущность души... И перенесите свое понимание на бумагу. Творите!

Рисование продолжается в течение десяти-пятнадцати минут. Ведущий предупреждает о необходимости завершать работу за минуту до конца отведенного времени. После этого рисунки располагаются на стульях участников, а все «художники» рассматривают «портреты», переходя от одного к другому. Натурщик, разумеется, тоже получает возможность увидеть изображения своего внутреннего облика.

Вариант II. Упражнение можно обогатить элементами, нацеленными на укрепление сплоченности группы и развитие навыков эффективной коммуникации участников, если не заканчивать его на создании «портретов», а продолжить дальше. Для этого ведущий предлагает натурщику, осмотрев все рисунки, сгруппировать их по каким-то признакам. Количество категорий и критерий классификации не имеют значения. Натурщик может прокомментировать свой способ классификации, а может воздержаться (второй случай интереснее). Важно лишь то, что он выделил в рисунках нечто общее. Возле каждой подгруппы рисунков собираются их авторы. Каждой сформированной таким образом группе ведущий вручает по большому листу бумаги и поясняет:

– Человек, которого вы изобразили на портретах, полагает, что в ваших рисунках

есть нечто общее, может быть, то главное, что вы сумели выделить в его внутреннем мире. Вам дается следующее задание: обсудить, что же объединяет ваши рисунки, и совместными усилиями создать обобщенный портрет того же человека на большом листе бумаги, который вы получили. Может быть, имеет смысл четче и ярче отобразить на этом коллективном портрете объединяющую идею, может быть, в процессе совместного творчества вам удастся отыскать и еще яснее показать сущность внутреннего мира натурщика. Тогда его психологический портрет будет в еще большей мере сходен с реальной картиной его души.

На эту работу выделяется пятнадцать-двадцать минут. По ее завершении представители творческих групп представляют и комментируют плоды коллективного труда. Можно предложить натурщику высказать мнение: какой из портретов в большей степени совпадает с его образом себя.

Вариант III. Работа разворачивается аналогично тому, как описано во втором варианте, только группировку портретов осуществляет не натурщик, а сами «художники». Они получают задание выбрать те рисунки, которые, по их мнению, содержат нечто общее с их собственными. Таким образом, участники объединяются в творческие группы по собственному желанию – где участников объединяет сходство представлений о внутреннем мире натурщика. Дальнейшие инструкции ведущего такие же, как во втором варианте.

Упражнение 2 «Ответы за другого»

Инструкция ведущего:

– Психологи говорят, что группа является сплоченной, когда в ней существует единство ценностных ориентации.

Иными словами – когда по отношению к самым важным в жизни вещам люди чувствуют себя сходным образом. Но такое единство возможно лишь тогда, когда люди хорошо знают, как каждый человек из группы относится к тому или иному вопросу, что ему нравится и что не нравится. Давайте проверим себя – насколько хорошо вы уже знаете друг друга, насколько вы можете проникнуть в глубину души человека из нашей группы и понять его вкусы и пристрастия. Способны ли вы на основе той информации, которая у вас уже есть о человеке, предугадать, как он ответит на те вопросы, которые в процессе нашей групповой работы еще не обсуждались? Для этого предлагаю вам следующее упражнение. Возьмите большой лист бумаги, положите его перед собой и разделите вертикальными линиями на три части. В верхней части среднего столбца подпишите свое имя. Над левым столбцом напишите имя человека, сидящего слева от вас, но не ближайшего соседа, а через одного. Над правым столбцом – имя человека, сидящего справа от вас, также через одного. Таким образом, у каждого из вас есть два человека, глазами которых вы должны будете посмотреть на мир и за которых дадите ответы на вопросы, которые я предложу.

Такое условие – отвечать не за ближайших соседей, а за сидящих чуть подальше – вызвано двумя причинами: во-первых, если группа сформирована из людей, уже знающих друг друга, то обычно приятели садятся рядом, а отвечать за хорошо знакомого человека не представляет трудности и интереса, во-вторых, данная процедура ограждает от соблазна подсмотреть, что же на самом деле пишет сосед на своем листочке.

Итак. Сейчас прозвучат вопросы. Их записывать не нужно. Ставьте номера вопросов и записывайте ответы, которые, по вашему мнению, дают ваши партнеры. Не спешите, попробуйте вжиться во внутренний мир человека, от имени которого вам приходится писать. В среднем столбце вы отвечаете за себя. Отвечайте кратко и определенно.

Достаточно пяти-шести вопросов. Их содержание будет варьироваться в зависимости от состава группы и ее интересов. Возможный перечень вопросов:

1. Ваш любимый цвет.
2. Ваше любимое мужское имя.
3. Ваше любимое женское имя.
4. Любите ли вы домашних животных? Если да, то каких предпочитаете: собак, кошек, птиц, аквариумных рыбок или каких-то еще?

5. Самая неприятная для вас человеческая черта.
6. Самое ценное для вас человеческое качество.
7. Ваше любимое времяпрепровождение.
8. Книги какого жанра вы предпочитаете?
9. Минимальный размер зарплаты, соответствующий вашему труду и устраивающий вас?

Для проверки степени «попадания» после завершения процедуры ведущий предлагает участникам сравнить свои результаты и подсчитать количество совпавших ответов. Итоги подводятся во время общего обсуждения.

Упражнение 3

«Молчащее и говорящее зеркало»

Ведущий ищет добровольца, который будет «смотреть в зеркало», последний выходит в круг.

– Твоя задача только по отражению в «зеркале», точнее в двух «зеркала», определить, кто из членов группы подошел к тебе сзади. Эти два «зеркала», разумеется, будут живыми. Одно будет молчащим: оно сможет объяснять, кто находится за твоей спиной, только с помощью мимики и жестов. Второе «зеркало» – говорящее. Оно будет объяснять, что это за человек, конечно, не называя его имени. Выбери из группы тех двоих, кто станет молчащим и говорящим «зеркалом».

После того как игрок сделал выбор, ведущий дает «зеркалам» более подробную инструкцию:

– «Зеркала» встают рядом у стены. Основной игрок – перед ними. Все остальные участники группы располагаются за его спиной и по одному бесшумно подходят к нему сзади. Отражение «зеркалами» происходит по очереди. Сначала работает молчащее «зеркало». Если основной игрок не может угадать человека за спиной, то вступает «говорящее зеркало» и произносит одну – только одну! – фразу. Если игрок опять не угадывает, то снова – можно иначе – отражает молчащее «зеркало» и так далее. Задача игрока – угадать человека за спиной как можно быстрее.

Для «зеркал» есть определенные правила. Молчащее «зеркало» фактически не ограничивают в способах «отражения». Но не стоит акцентироваться только на изображении чисто внешних особенностей людей и тем более подчеркивать какие-то физические характеристики. На говорящее же «зеркало» накладывается ряд четких ограничений. Во-первых, естественно, запрещено называть имя человека, стоящего за спиной того, кто угадывает. Во-вторых, описывая этого человека, нельзя ссылаться на воспоминания о событиях с участием этого человека вне группы. В-третьих, следует избегать простых описаний внешности. Это разрешается только в третьей фразе. Начинаем!

Через несколько минут ведущий предлагает сменить основного игрока, а новый доброволец получает право поменять и «зеркала». Раскусившие смысл игры участники часто конкурируют за право стать основным игроком и проверить свою способность понимать сообщения «зеркал». Трех-четыре цикла игры бывает достаточно, чтобы не потерять темп занятия. Обязательно следует поразмышлять над игрой. Можно обсудить такие вопросы:

Кому из игроков потребовалось меньше всего зеркальных «отражений», чтобы определить, кто находится за его спиной?

В чем секрет такой прозорливости?

Кто из участников группы оказался самым талантливым «зеркалом»? Что ему в этом помогло?

Кто из участников был удивлен тем, как его «отразили»?

Что вы почувствовали, когда увидели свое «отражение»?

Роли в нашей жизни

Упражнение 1 «Обмен ролями»

Вариант I. Группа делится пополам. Одна половина образует внутренний круг участников дискуссии, другая – внешний круг наблюдателей. Каждый из участников

дискуссии вытягивает карточку с именем кого-то из членов группы, сидящих во внутреннем круге. В этом упражнении ведущему нужно проследить, чтобы никому не досталась карточка с собственным именем – в противном случае игра потеряет эффективность.

Каждый из наблюдателей получает задание следить за одним из участников дискуссии с целью определить, чью роль тот играет.

Ведущий задает тему дискуссии, которая может касаться любого вопроса: «Нужны ли домашние животные?», «Существует ли настоящая любовь?», «Стоит ли верить в магическую силу сглаза и порчи?», «Стоит ли идти на выборы?», «Что нас особенно отталкивает и что привлекает в людях?» и т.д.

Дискуссия может продолжаться пять-десять минут. По ее завершении слово предоставляется наблюдателям. Те высказывают предположения относительно того, чью роль играют их подопечный. Прежде чем сам исполнитель подтвердит или опровергнет это мнение, другие члены группы, включая участников дискуссии, выдвигают свои предположения, обосновывая их. После того, как участники дискуссии раскроют, кого они изображали, обсуждается успешность и точность исполнения ролей.

Затем участники дискуссии становятся наблюдателями, а те, получив карточки, начинают новую дискуссию, поменявшись ролями друг с другом.

Вариант II. Участники дискуссии обмениваются ролями не друг с другом, а с наблюдателями. Те, в свою очередь, следят за всеми игроками, пытаясь найти «себя».

Вариант III. Если группа невелика, то не имеет смысла разбивать ее пополам: игроки исполняют роли друг друга в дискуссии и потом вместе пытаются определить роль каждого.

Упражнение 2 «Рекламный ролик»

Всем хорошо известно, что такое реклама. Ежедневно мы видим множество рекламных роликов на экранах телевизоров и нам понятно[^] какими разными могут быть способы представить гот или иной товар. Поскольку мы все – потребители рекламируемых товаров, можно без преувеличения сказать, что мы специалисты по рекламе. Вот и представим себе, что мы здесь собрались для того, чтобы создать свой собственный рекламный ролик для какого-то товара. Наша задача – представить этот товар публике так, чтобы подчеркнуть его лучшие стороны, чтобы заинтересовать. Все как в обычной деятельности рекламной службы.

Но один маленький нюанс – объектом нашей рекламы будут являться, конкретные люди, сидящие здесь, в этом кругу. Каждый из вас вытянет карточку, на которой написано имя одного из участников группы. Может оказаться, что вам достанется карточка с вашим собственным именем. Ничего страшного! Значит, вам придется рекламировать самого себя. В нашей рекламе будет действовать еще одно условие: вы не должны называть имя человека, которого рекламируете. Более того, вам предлагается представить человека в качестве какого-то товара или услуги. Подумайте, чем мог бы оказаться ваш протезе, если бы не родился в человеческом облике. Может быть, холодильником? Или загородным домом? Тогда что это за холодильник? И каков этот загородный дом?

Назовите категорию населения, на которую рассчитана ваша реклама. Разумеется, в рекламном ролике должны быть отражены самые важные и подлинные достоинства рекламируемого объекта. Длительность каждого рекламного ролика – не более одной минуты. После этого группа должна будет угадать, кто из ее членов был представлен в этой рекламе.

При необходимости можете использовать в качестве антуража любые предметы, находящиеся в комнате, и просить других игроков помочь вам.

Время на подготовку – десять минут.

Упражнение, как обычно, завершается обсуждением о переживаниях каждого из игроков, представленного с помощью рекламного ролика.

Упражнение 3 «Перед судом группы»

Участникам группы (добровольцам) предлагается взвесить на символических весах правосудия свои достоинства и недостатки. Заранее готовятся карточки, на каждой из

которых написано по одному личностному качеству – положительному или отрицательному (всего 25–30 карточек). На большом листе ватмана ведущий делает символическое изображение весов. На правую чашку весов игроку предлагается складывать свои достоинства, которые он, как ему кажется, сумел продемонстрировать в группе за время тренинга, на левую – отрицательные качества, которые тоже проявились на тренинге.

Карточки можно крепить к листу с помощью магнита, если рисунок висит на металлической доске, или с помощью кусочков скотча. Карточками могут также служить клеящиеся листочки.

Процедура такова: игрок выбирает поочередно карточки с положительными и отрицательными качествами, громко зачитывает надпись и крепит карточку к листу с изображением весов правосудия. Остальные участники по сигналу ведущего демонстрируют свое решение (согласны ли они с мнением игрока или нет): рука с поднятым вверх большим пальцем означает согласие, опущенная вниз большим пальцем – отрицание. Выбранный заранее «судебный секретарь» ведет подсчет и фиксирует количество голосов «за» и «против» каждого качества в специальном протоколе.

Игрок, представший «перед судом», вправе остановиться в любой момент, даже после первых двух карточек, и уступить свое место другому добровольцу. Когда желающих больше не будет (возможно, он окажется единственным, давить на участников ни в коем случае нельзя), игроки делятся своими чувствами.

Упражнение довольно жесткое, но оно может дать очень многое основному участнику. В любом случае, решившись на «суд», он уже совершил смелый поступок и потому – победитель, даже если узнал о проявленных отрицательных качествах. Он «выстрадал истину» и достоин уважения. Ведущему есть смысл сказать об этом в конце обсуждения игры.

Упражнение 4

«От сумы да от тюрьмы...»

Никто из вас, надеюсь, не бывал на скамье подсудимых? А довелось ли кому-нибудь нищенствовать, просить милостыню? Не приходилось – и замечательно, стремиться ни к тому, ни к другому никому не стоит. Однако не следует забывать известной поговорки: «От сумы да от тюрьмы не зарекайся». Вот и давайте вообразим себе ситуацию, когда вам придется выбирать между тюрьмой и сумой – не в прямом смысле, конечно, а в тренинговом. Делаются карточки, на части из которых – символическое изображение тюремной решетки, а на другой – изображение протянутой руки нищего. Их перемешивают. Вам нужно выбрать либо ту, либо другую карточку. Каков же будет у нас смысл этой альтернативы? Сейчас разъясню.

Как бы парадоксально это ни звучало, но каждый из нас практически в любой момент жизни является нищим, ожидающим подаяния, и подсудимым, ожидающим приговора. Нищим – потому что нам почти всегда не хватает признания наших заслуг и достоинств и мы хотели бы получить «поглаживания» от окружающих в форме комплиментов, восхищения, разнообразных знаков внимания, подчеркивающих нашу значимость. Кто-то «нищ» постоянно и все время «ходит с протянутой рукой», добиваясь признания, похвалы, чтобы держать свою самооценку на уровне. Кто-то лишь изредка испытывает потребность в подтверждении своей значимости. А почему – подсудимым? Потому что живя среди людей, мы постоянно подвергаемся оценке. Любой наш поступок, любое слово вызывают определенное отношение к нам со стороны партнеров по общению – положительное, отрицательное, иногда – индифферентное. И в этом смысле – любое наше деяние ожидает какой-то приговор. Разница между нищим и подсудимым в том, что первый сознательно ищет положительных оценок, а второй готов выслушать и приговор.

В нашей игре человек, выбравший карточку нищего, обеспечивает себе право на три «подаяния». То есть он может обратиться к любым трем членам группы и услышать от каждого, какими главными достоинствами он, по их мнению, обладает. Всякая критика и даже намек на недостатки «нищего» исключаются – ведь даже уличный попрошайка желает увидеть в своей шапке монету, а не булыжник.

Человек, выбравший карточку подсудимого, готов предстать перед судом и не тешить себя надеждой выслушивать исключительно дифирамбы. Но зато, в отличие от «нищего», он может получить правдивую информацию обо всех – и позитивных, и негативных – своих качествах.

Далее ведущий предлагает каждому сделать свой выбор:

«Итак, выбор сделан всеми. Теперь прошу встать тех, кто выбрал нищенскую суму... Спасибо. А теперь тех, кто предпочел скамью подсудимых... Спасибо. Начнем с «нищих». Пусть каждый по очереди выберет троих членов группы и попросит у них «подавание».

Начинать с «нищих» в любом случае разумнее. Нужно учитывать, что при наличии большого числа «подсудимых» не все из них смогут предстать перед судом – на это может просто не хватить времени. Получение подаяния «нищими» проходит быстрее, и все они получают свою долю «поглаживаний».

Когда сбор «подаяний» закончится, ведущий объясняет процедуру суда и предупреждает, что на скамье подсудимых успеют побывать только три человека. Если желающих больше, то можно сначала выбрать прокурора, адвоката и трех судей. Эти пять человек выбираются независимо от того, кто они – «нищие» или «подсудимые». Они и решают, кто первым предстанет перед судом. Оставшаяся часть группы делится на «свидетелей обвинения» и «свидетелей защиты». Эту процедуру можно организовать, например, таким образом: «прокурор» и «адвокат» поочередно выбирают членов своей команды. В конце концов, все участники группы получают свою роль в этой игре. С начала суда у ведущего – функции независимого арбитра и секретаря.

Всем трем сторонам – «обвиняющей», «защищающей» и «судящей» – дается 15 минут на подготовку: чтобы, в том числе, расставить мебель, создать соответствующий «судебный» антураж и продумать содержание выступлений. Естественно и оправданно включение в игру некоторых псевдоюридических формальностей, таких, например, как: команда секретаря «Встать, суд идет!», подчеркнуто вежливое обращение на «вы», клятва выступающих на Библии о том, что они будут говорить правду и только правду и т.п.

«Главный судья» сначала предоставляет слово «прокурору». Тот в своей речи требует признания вины «подсудимого», апеллируя к реальным (это важно!) фактам, когда тот проявлял отрицательные качества во время работы группы. Затем выступает «адвокат», пытаясь опровергнуть обвинения и показать «подсудимого» в лучшем свете.

После этого поочередно выступают «свидетели» обвинения и защиты. Следует заранее договориться о регламенте, допустим, выступления ограничить двумя минутами. «Судьи», «прокурор» и «адвокат» могут задавать вопросы свидетелям.

Ведущему следует внимательно следить за ходом судебного процесса, чтобы прервать его в момент, предшествующий падению накала и, соответственно, снижения интереса к игре. Пусть лучше не все будет сказано, чем ситуация, когда участники почувствуют скуку. Прервать процесс может ведущий («секретарь»), сообщив судьям о том, что время, отведенное на процесс, истекает. Тогда предоставляется последнее слово «подсудимому», в котором он вправе выразить согласие или несогласие с выдвинутыми против него обвинениями, а возможно – и с мнением защиты. Судьи удаляются на пятиминутное совещание для вынесения приговора, в котором могут быть лишь две формулировки: виновен или невиновен. Судьям нужно решить, какая сторона – прокурорская или адвокатская – оказалась более убедительной и каких качеств – положительных или отрицательных – обнаружилось в «подсудимом» больше.

Следующий судебный процесс проходит аналогично. При желании можно поменять состав суда, но это необязательно. Бывший «подсудимый» примыкает к обвиняющей или защищающей стороне по своему желанию.

После завершения нужно провести обсуждение всей игры «От суммы да от тюрьмы...» и предоставить всем участникам возможность высказать свои мысли и эмоции не только по поводу суда, но и по поводу «сбора подаяний».

Трудно ли было сделать выбор между «нищенством» и «тюрьмой»? Как прогнозировали участники результаты выбора в группе? Почему ты предпочел именно

эту роль?

Сложно ли было «просить подаяние»?

Понравилось ли его получать? Почему?

Хотел бы ты сам оказаться на скамье подсудимых?

Как ощущаешь себя в роли «обвинителя»? «Защитника»?

Трудно ли было на суде в открытую обсуждать человека?

Удалось ли тебе быть искренним во время обсуждения?

Каково быть «подсудимым»?

Решение проблем

Упражнение 1 «Разговор со сменой позиции»

Внутри каждого из нас живут разные составляющие Я, каждая из которых имеет свой голос, свою позицию, свои потребности. Такие составляющие нашего Я называются субличностями. В непростых жизненных ситуациях, требующих от нас принятия определенного решения, субличности особенно ярко проявляют себя, спорят друг с другом, настаивая на своей правоте. Обычно мы не осознаем, какая субличность побеждает в нас, часто не можем дистанцироваться от неконструктивной субличности. Упражнение, которое я хочу предложить, поможет вам познакомиться с тремя из ваших субличностей. Их зовут Мечтатель, Скептик и Реалист.

Мечтатель не знает преград своим фантазиям, он – оптимист и верит в разрешимость любой проблемы. Он смело предлагает необычные, неожиданные ходы и способен к генерации совершенно нестандартных идей. Его не сковывают условности, он не замечает трудностей и парит в высях своего воображения.

Скептик – полная противоположность Мечтателю. Он – пессимист, его взгляд на мир окрашен в черный цвет. Он не верит в счастливый случай и энергичные усилия. Он четко и аргументированно доказывает бесполезность любого действия по разрешению проблемы. Он критикует всякое новое предложение.

Реалист не отличается энтузиазмом Мечтателя, но и не склонен к пораженчеству, как Скептик. Он – трезвомыслящий аналитик, умеющий продумывать каждый шаг и взвешивающий все «за» и «против». Он прочно стоит на земле. Будучи жестким прагматиком, он умеет видеть в вещах позитивные и негативные стороны и находить конструктивные, оправданные решения.

Сейчас вы проработаете выбранную проблему с использованием своих субличностей. Каждый участник проведет сам с собой внутренний диалог по поводу какой-то своей проблемы, поочередно «входя» в различные ролевые позиции: Реалиста, Мечтателя и Скептика. Причем смена позиции будет сопровождаться реальным физическим перемещением в комнате. Переходы совершаются по команде ведущего.

Далее ведущий предлагает инструкции, которые выполняются участниками:

«Определите в пространстве места, где находятся ваши субличности... Встаньте в позицию Реалиста... Подумайте о вашей проблеме. Сформулируйте ее как жесткий прагматик – предельно конкретно и точно...

А теперь сделайте шаг и встаньте в позицию Мечтателя... Вы – неумный фантазер. Вы умеете придумывать интереснейшие решения, находить нешаблонные выходы из сложнейших ситуаций. Вы только что выслушали формулировку проблемы, предложенную Реалистом. Подскажите ему, где можно искать нужное решение, как преодолеть имеющиеся трудности... Вы умеете отрываться от земли и видеть многое, что не видно снизу. Поэтому вы можете смело фантазировать... Скажите двум другим субличностям о том, как вы видите решение проблемы...

А теперь еще один шаг, и вы встаете в позицию Скептика... Вы – умный и критичный человек. Вы слышали предложение Мечтателя. Объясните ему, в чем он неправ, что он не учел в своих идеях. Покажите ему всю эфемерность его взглядов...

Шаг в новую позицию. Вы – Реалист. Вы можете всесторонне оценить содержание спора, произошедшего между Мечтателем и Скептиком. Вы видите недостатки и достоинства каждой из позиций. Поблагодарите Скептика за глубокую и полезную критику и скажите ему, в чем ошибочность его пессимистичных взглядов, продемонстрируйте его

заблуждения, опровергните его неверие... Обратитесь к Мечтателю. Скажите ему «спасибо» за его блестящие предложения, объясните, почему не все из его предложений приемлемы. Покажите, в чем рациональное зерно его идеи...

Следующий шаг. Вы – в позиции Мечтателя. Перед вами стоят ваши коллеги. Разящая критика Скептика не повергла вас в уныние, а мягкая поддержка Реалиста придала новые силы. Подумайте, как можно изменить и дополнить ваши идеи, чтобы найти решение проблемы? Что можно предпринять еще?.. Ведь ваши собеседники не враги вам. Они тоже хотят решить эту проблему, но только вы можете придумать что-то подходящее всем. Выскажите Скептику и Реалисту свои соображения...

Переход в новую позицию по кругу. Вы – Скептик. Вы видите перед собой восторженного и несколько наивного Мечтателя, предлагающего свои сумасбродные идеи. В принципе он – довольно симпатичный субъект. Но ему не хватает ваших аналитических способностей и умения видеть «подводные камни». Постарайтесь помочь ему деликатной критикой, подскажите, что в его предложениях, на ваш взгляд, абсолютно несбыточно, а что вполне конструктивно...

Новая смена позиции. Вы – Реалист. Ваш прагматизм позволяет вам дать разумные советы двум вашим оппонентам, учесть самое ценное из сказанного ими. Скажите им об этом... Обратите внимание Скептика на излишне мрачный взгляд на вещи, ведь он непродуктивен... Поддержите Мечтателя; несмотря на свои недостатки, он очень славный и искренне желает решить эту проблему. С вашей помощью и под контролем Скептика он вполне способен найти выход из ситуации. Выскажите свое мнение по поводу проблемы».

Затем участник группы снова переходит в позицию Мечтателя, что стимулирует поиск нестандартного решения. Ведущий может предложить описать три-четыре круга по субличностям, обычно этого хватает, если уделяется достаточное время проработке проблемы и каждой позиции.

В результате обсуждения упражнения участники приходят к выводу о том, что в реалиях нашей жизни все три субличности являются для нас необходимыми. Именно через диалог, через сотрудничество между ними возможен конструктивный поиск оптимального решения возникающих проблем. Следует найти баланс между влияниями каждой из них, поскольку они выполняют различные функции.

Упражнение 2 «Несказочные проблемы»

Участникам группы предлагается вспомнить о какой-либо своей трудности, проблеме, с которой они столкнулись недавно. Ведущий дает следующее задание:

«Выберите сказочного персонажа, который мог бы столкнуться с такой же проблемой. Вполне возможно, что вам захочется придумать своего собственного героя. Это еще лучше. Назовите своих персонажей».

При необходимости можно попросить уточнить характеристики, внешний вид и т.д. выбранных персонажей. Это важно тогда, когда это заново придуманный герой. Очень часто (если не всегда) на образ сказочного героя проецируются черты Я-концепции.

Затем участники должны придумать завязку сказки, в которой герой столкнется с проблемой, похожей (возможно, лишь отдаленно и метафорически) на их реальную проблему. Эти зачины сказок рассказываются по кругу. Таким образом, на этом этапе всем становится понятен (в той или иной степени приближения) смысл трудностей каждого.

На доске записываются имена всех сказочных персонажей. Каждому участнику предлагают по очереди подойти к доске и соединить стрелками имена тех героев, чьи трудности, на их мнению, в чем-то схожи.

На следующем этапе необходимо в парах придумать продолжение сказки. Ведущий дает примерно такую инструкцию:

«Мы имеем завязки сказок, но, как и в больших романах, заявленные сюжетные линии должны каким-то образом пересечься, чтобы родилось продолжение обеих сказок – но уже в одном произведении. Ваша задача – сочинить это ваше общее продолжение, в котором персонажи ищут способы разрешения вставших перед ними трудных вопросов».

Через несколько минут (10–15) в кругу звучат только что созданные сказки. Рассказывает кто-то один из пары, второй при необходимости дополняет.

«Сказочные» способы решения жизненных проблем на этом этапе, как правило, символически повторяют те попытки, которые уже предпринимались участниками в реальности и не дали результата. Или отражают найденные способы решения, которые были отвергнуты по каким-то причинам как совершенно неприемлемые. Это совершенно естественно: чтобы перейти к поиску решения проблем в иной плоскости, надо понять, что варианты очевидные уже исчерпаны. «Отыграв» их в метафорической форме, участники поднимаются на иной уровень относительно проблемной ситуации. Работа в парах и необходимость объединить усилия в создании сказки с «общим» решением позволяет приблизиться к границе этого перехода на качественно иной уровень, посмотреть на ситуацию с новой, неожиданной точки зрения.

Помочь в этом может внезапное заявление ведущего, что, по его мнению, все сказки остались незаконченными и необходимо сочинить их продолжение:

«Представьте себе, что вам досталось некое волшебное средство, с помощью которого можно разрешить вашу проблему. Подумайте, что это за волшебное средство, кто вам его дал, какую потребовал плату? В чем заключается результат, который вы получите, воспользовавшись средством? Снова сочиняйте вместе!»

Немаловажное значение имеет вопрос о цене, которую готов заплатить герой за полученное волшебное средство. «Провокационные» вопросы ведущего направлены на то, чтобы подчеркнуть абсолютную незначимость материальных ценностей в сказочном мире и сориентировать участника на осознание тех жертв, на которые он готов пойти для достижения искомой цели, и заставить его задуматься, а стоит ли цель этих жертв.

Упражнение 3 «Метафора проблемы»

Именно язык метафор помогает выйти на уровень осознания проблемы в описываемой ниже игре. Именно метафоры позволяют человеку распознать и назвать собственные переживания и свое отношение к жизненным трудностям, понять их смысл и ценность. Метафора не только облегчает этот процесс, расширяя границы сознания, но и затрагивает определенные слои подсознательного.

В этом упражнении особое значение приобретает взаимное восприятие участниками группы метафор друг друга. Буквальный смысл метафорического описания воспринимается сознанием, в то же время подсознание работает над более тонким и кропотливым делом: над разгадыванием и обработкой метафорических сообщений, расшифровкой скрытого смысла, второго плана, неочевидного содержания. Эта работа задает нужную программу изменений в поведении, позволяет переструктурировать ценности, взгляды и позиции. Немаловажна также трансформация метафорических образов в другие модальности.

1 этап. Инструкция ведущего:

«Трудно найти человека, который никогда не испытывал бы никаких психологических проблем, поэтому смею предположить, что и у вас существуют какие-то трудноразрешимые вопросы. Сегодня мы немного поработаем над ними. От вас не требуется подробного и всестороннего изложения ваших проблем – может быть, вы хотите сохранить это в тайне. Подумайте о том, как можно изобразить сложную для вас проблему в метафорической форме».

Для рисования своих проблем можно использовать краски и фломастеры.

Начинает негромко звучать медитативная музыка.

Закройте глаза. Мысленно вернитесь в ту ситуацию, когда вы в последний раз испытали трудность, которую считаете для себя труднопреодолимой... Посмотрите на нее как бы со стороны, оставаясь достаточно эмоционально холодными... Какие ассоциации вызывает у вас эта проблемная ситуация? Какой образ рождается? С чем или с кем ассоциируетесь вы сами? Вернитесь немного назад и вспомните другую ситуацию, которую также восприняли как проблемную... Может быть, из памяти всплывают другие ситуации, когда вы сталкивались с трудностями... Та же эта проблема? Если нет, попробуйте понять, в чем сходство этих проблем? Может быть, они имеют один корень?

С чем ассоциируется у вас этот корень проблемы? Какой образ встает перед внутренним взором, когда вы думаете о корне этой проблемы?.. А теперь откройте глаза, молча возьмите кисточку и начинайте рисовать картину, которую можно было бы назвать «Моя проблема». Обязательно нужно, чтобы рисунок содержал метафору вашей проблемы. Время на работу – не более получаса.

II этап. Инструкция ведущего:

«А теперь вернитесь, пожалуйста, в наш круг, взяв с собой рисунки. Поставьте их так, чтобы все остальные члены группы могли их хорошо видеть (можно положить рисунки на пол перед собой). Сейчас каждый из вас посетит вернисаж метафорических проблем. Вы должны увидеть в картинах ваших товарищей их проблемы, понять смысл предлагаемой метафоры и выбрать ту картину, метафора которой покажется вам наиболее близкой к собственному образу проблемы. И все это без слов. Первым будет... (называется имя одного из участников). Начинайте не торопясь обходить круг. Нужно не только рассмотреть картины, но и взглянуть в глаза каждому «художнику». Через несколько десятков секунд встанет следующий и так далее».

Завершив круг, первый участник садится на свое место и выступает уже в роли «художника». Затем возвращается второй. Когда все участники обойдут круг и рассмотрят картины друг друга, ведущий продолжает:

«А теперь, соблюдая тот же порядок, сделайте, пожалуйста, следующее: возьмите свои рисунок и положите его рядом с рисунком, содержащим метафору, которая ближе всего соответствует видению вашей собственной проблемы. Таким образом, в результате у нас выявятся группы родственных по духу метафор. Если к тому моменту, когда наступит ваш черед выбирать рисунки, перед привлекшей вас картиной уже скопится несколько метафорических изображений, то может оказаться, что не все из них вы считаете близкими к вашей метафоре. В этом случае положите свой рисунок не просто сверху на другие, а рядом именно с тем, который привлек вас».

III этап. Инструкция ведущего:

«Следующая ваша задача – перевести метафору с языка рисунка на язык слов. Но это не означает, что вы обязаны разъяснять суть тревожащей вас проблемы. Создайте словесную метафору проблемы, расскажите ее группе».

На придумывание и изложение метафор следует выделить пять-семь минут. Возможно, потребуется даже меньше времени, и этот этап можно будет сократить. Однако ведущему важно проследить, чтобы каждый участник предложил свою метафору. Только после этого звучит следующая инструкция:

«На основе созданных вами метафор группа должна придумать общую метафору, которую нужно представить и рисунком, и в словесном изложении (ведущий снабжает каждую группу большими листами бумаги). Обсуждайте совместный метафорический образ вашей проблемы, не раскрывая реальное содержание, используйте только метафорический язык. Время на работу – пятнадцать минут».

Вместо общего рисунка ведущий может предложить создать живую «скульптуру» или «скульптурную группу», метафорически отражающую общую для участников (сходно воспринимаемую и переживаемую) проблему.

По окончании выработки общей метафоры каждая группа представляет другим метафорический образ своей проблемы. Ведущему лучше воздержаться от комментариев и поблагодарить участников за совместную работу.

IV этап. Инструкция ведущего:

«Итак, вы сумели воплотить суть проблемы в ярких метафорических образах. Последнее задание – самое важное. Вам нужно создать метафору победы над проблемой. Вместе с товарищами по группе придумайте нестандартную позитивную метафору. Может быть, именно в ней будет скрыт изобретенный вами способ разрешения проблемы? Неплохо, если вы внесете в создаваемый образ изрядную долю юмора».

Работа над новой метафорой может занять пятнадцать-двадцать минут. Для создания соответствующего настроения фоном звучит мажорная музыка. Желательно,

чтобы представление метафоры (в рисунках, словах, «скульптурах») группы сопровождалось аплодисментами.

На этом упражнении можно завершить и перейти к обсуждению. Впрочем, если ведущий почувствует необходимость и уместность этого, можно предложить всем участникам объединиться и создать общегрупповую метафорическую «Скульптуру победы над проблемой» или общий рисунок «Победа над проблемой».

ГЛАВА 5 НАСИЛИЕ НАД ЖЕНЩИНАМИ

В самом общем виде насилие определяется как принудительное воздействие на кого-либо. Наиболее распространена классификация видов насилия, основанная на характере насильственных действий. Она включает: физическое, сексуальное, психологическое (эмоциональное) и экономическое насилие (Алексеева, 2000).

Физическое насилие – это толчки, пощечины, удары кулаком, ногой, использование тяжелых предметов, оружия и другие внешние воздействия, которые приводят к болевым ощущениям и травмам. Такие деяния (оскорбление действием), согласно Уголовному кодексу Российской Федерации, квалифицируются как преступление.

Психологическое (эмоциональное) насилие – это угрозы, грубость, издевательства, оскорбление словом и любое другое поведение, вызывающее отрицательную эмоциональную реакцию и душевную боль. Эмоциональные оскорбления идентифицировать гораздо труднее. Они, хотя и не оставляют синяков на теле, могут быть намного разрушительнее и вкуче с другого рода воздействиями, в том числе физическими, сильнее травмируют психику.

Сексуальное насилие – вид домогательства, выражаемый в форме как навязанных сексуальных прикосновений, сексуального унижения, так и принуждения к сексу и совершения сексуальных действий (вплоть до изнасилования и инцеста) против воли жертвы.

Помимо насилия, исходящего от посторонних лиц, как особый вид выделяется семейное (домашнее) насилие.

Домашнее, бытовое насилие, или насилие в семье, включает в себя физические, психические, эмоциональные и сексуальные оскорбления. Оно распространяется не только на замужние пары, но и на сожителей, любовников, бывших супругов, родителей и детей. Оно не ограничивается гетеросексуальными отношениями.

Экономическое насилие в семье, такое как единоличное распределение средств семейного бюджета доминирующим членом семьи и строгий контроль за расходом денег с его стороны, является одной из форм выражения эмоционального давления и оскорбления.

5.1. ДОМАШНЕЕ (СЕМЕЙНОЕ) НАСИЛИЕ

Домашнее насилие – комплексный вид насилия. Это повторяющийся с увеличением частоты цикл физического, словесного, эмоционального, духовного и экономического оскорбления с целью контроля, запугивания, внушения чувства страха. Это система поведения для сохранения власти и контроля над близким человеком. 95% жертв домашнего насилия – женщины. Семейное насилие – явление достаточно распространенное во всем мире и во всех слоях населения. О насилии в семье говорят в тех случаях, когда факты грубого и жестокого обращения оказываются не единичными, случайными и ситуативными, а регулярными, систематическими и постоянно повторяющимися. При всем разнообразии видов насилия – физического, сексуального, психологического, экономического и т.д. – именно семейное насилие характеризуется тем, что приобретает всеобщий, генерализованный характер. Не бывает семейного насильника, ущемляющего свою жертву или своих жертв в чем-то одном (Алексеева, 2000).

Существуют различные виды домашнего насилия. Зачастую женщина, живущая в ситуации насилия, даже и не догадывается, что то, что с ней происходит, является насилием.

Домашнее насилие имеет место, если партнер (муж, бывший муж, любовник) оскорбляет и унижает женщину; не разрешает ей видеться с подругами и родственниками; бьет или кричит и угрожает побоями; бьет детей; заставляет женщину заниматься сексом против ее воли; не хочет, чтобы женщина работала; заставляет ее думать, что только он может правильно распоряжаться семейными деньгами; постоянно критикует (как женщина одета, как *готовит* еду, как она выглядит); внушает чувство вины перед детьми и использует детей для опосредованного насилия. Оно имеет место, если женщина в семье чувствует себя беспомощной и никому не нужной; боится своего

партнера; чувствует себя одинокой; во всем винит только себя, махнула на себя рукой и живет только подчиняясь чувству долга (Кораблина и др., 2001)

Проведенный опрос (www.nasilie.net) показал, что большинство респондентов (мужчин и женщин) считают насилием физические действия против женщины, сексуальное насилие (изнасилование и принуждение оказать сексуальные услуги, используя подчиненное положение женщины), принуждение к употреблению наркотиков и алкоголя, а также угрозы и запугивание (см табл 5 1)

Таблица 5 1

Действия по отношению к женщине, которые могут считаться насилием

Действия	Считают, что является насилием	Считают, что не является насилием	Затруднились ответить
Изнасилование	94,1%	3,0%	2,9%
Избиение, побои, толкание, щипки, таскание за волосы	92,4%	2,6%	5,0%
Принуждение к принятию наркотиков	73,3%	10,1%	16,6%
Требования оказать сексуальную услугу как условие приема на работу/продвижения по службе	70,1%	13,3%	16,6%
Угрозы, запугивание	65,5%	15,9%	18,6%
Принуждение к принятию алко! оля	63,3%	19,3%	17,4%
Брань, ругательства	48,7%	34,2%	17,1%
Отказ в деньгах для приобретения жизненно важных вещей	44,1%	34,0%	21,9%
Запрет встречаться с родными, друзьями, препятствия в общении с ними	42,9%	32,9%	24,2%
Запрет на работу/учебу	39,9%	35,9%	24,2%
Непристойные шутки, замечания	22,2%	47,8%	30,0%

Тем не менее, ограничения экономического (отказ в деньгах для приобретения жизненно важных вещей, запрет на работу/учебу) и личного (общение с друзьями, родственниками) поведения женщины, брань и ругательства, непристойные шутки и замечания не воспринимаются большинством опрошенных как насилие. Кроме этого, именно эти действия по-разному оцениваются мужчинами и женщинами (см. табл. 5.2), что свидетельствует о важности информационных вмешательств среди мужчин, в большинстве случаев являющихся субъектами насилия (www.nasilie.net).

Таблица 5.2.

Разность во мнениях между мужчинами и женщинами относительно того, что может считаться насилием в отношении женщины

Действия	мужчины	женщины	Разность во мнениях
Запрет на работу/учебу	27%	47%	20%
Брань, ругательства	38%	54%	16%
Отказ в деньгах для приобретения жизненно важных вещей	34%	49%	15%
Непристойные шутки, замечания	13%	27%	14%
Запрет встречаться с родными, друзьями, препятствия в общении с ними	34%	48%	14%
Требования оказать сексуальную услугу как условие приема на работу/продвижения по службе	61%	75%	14%
Принуждение к принятию алкоголя	55%	68%	13%
Угрозы, запугивание	57%	70%	13%
Принуждение к принятию наркотиков	68%	76%	8%
Изнасилование	91%	96%	5%
Избиение, побои, толкание, щипки, таскание за волосы	91%	93%	2%

Очень часто женщина не находит в себе сил расстаться со своим супругом или сожителем. На это есть масса причин: материальная необеспеченность, невозможность найти жилье, поли гика в отношении женщин, культурно-исторические корни (домострой). Не последнее место в этом занимают мифы, которые распространяются среди обычных людей. Существует огромное количество мифов, например, что домашнее насилие – это не преступление, а просто скандал – семейное дело, в которое не принято вмешиваться. Или что детям нужен отец, даже если он и агрессивен. Или очень популярный миф о том, что женщина должна быть гибкой и уметь приспосабливаться к любому мужу, а если не смогла, то сама виновата.

Женщинам мешает уйти из семьи не только это, но еще и иллюзия, что насилие никогда больше не повторится. К сожалению, в большинстве случаев это не так. В теории цикла насилия выделяют три определенные стадии, повторяющиеся в разрушительных и разрушающихся взаимоотношениях. Длительность каждой стадии и их периодичность варьируется в каждом отдельном случае. Паттерны цикла насилия различны, но всегда

повторяются, наращивая силу и частоту (Меновщиков, 2002).

Во время первой фазы, или стадии **нарастания напряжения**, происходят незначительные случаи побоев и нарастание напряженности между партнерами. Пострадавшие выходят из такой ситуации различными путями: они могут отрицать наличие самого факта избиения или сводить к минимуму значимость насилия («Могло бы быть хуже, это всего лишь синяк»). Не раз внешние факторы могут балансировать на грани перехода к следующей стадии. Жертвы насилия идут на все, чтобы контролировать эти факторы – оправдывая жестокость и даже защищая такое поведение членов семьи и других людей.

Вторая фаза характеризуется случаями **сильного избиения**. К концу первой стадии теряется всякий контроль над процессом. Здесь уже неизбежно грубое избиение. Нападающий не способен управлять своим деструктивным поведением, что служит началом жестокого развития событий. Основное отличие между первой и второй стадиями в том, что тут обе стороны сознают: ситуация вышла **из-под контроля**. Только один человек может положить конец насилию – сам нападающий. Поведение пострадавшего на этой стадии ничего не меняет.

Третья стадия, **медовый месяц**, несет с собой период необычайного покоя и любви, внимания и даже, в некоторых случаях, покаяния. Жестокость сменяют подарки, хорошие манеры, уверения, что насилие никогда больше не повторится, мольбы о прощении. Жертве хочется верить, что с кошмарами будет покончено навсегда. Во время этого периода партнеры отмечают вновь вспыхнувшее между ними искреннее чувство любви. Однако, поскольку это взаимоотношение деструктивно, стадия медового месяца заканчивается, переходя к фазе нарастания напряжения в новом цикле насилия.

Самыми распространенными следствиями домашнего насилия, по мнению большинства опрошенных, становятся психологические травмы и стрессы, ухудшение здоровья.

Американский исследователь семейного насилия Л. Мак-Клоски выделяет основные причины его стабилизации, по ее мнению, целиком зависящие от женщины, супруги, неспособной кардинально изменить ситуацию и вырваться из порочного круга подобных взаимоотношений, избавив тем самым и себя, и своих близких от страданий. Нередко женщина, не понимая истоков немотивированной жестокости, начинает обвинять или осуждать себя, искать причины насилия в себе. Перенос вины с насильника на жертву называется «осуждением жертвы». Ввиду полной экономической зависимости от мужей, невозможности или нежелания работать, отсутствия престижной профессии или образования, из-за страха перед снижением своего социального статуса многие женщины боятся развода и терпят насилие исключительно ради материальных благ. В таких случаях женщины начинают добровольно самоизолироваться, боясь ревности и демонстрируя полную преданность и самоотдачу или стыдясь себя и своих семейных отношений. Имеет место также сознательное принятие и ожидание насилия со стороны мужа, когда женщина считает, что мужчине по его природе и социальному предназначению свойственно оскорблять и держать супругу в страхе, а потому на это надо смотреть «философски», спокойно.

К категории женщин, добровольно обрекающих себя на роль жертвы, в основном относятся те, кто с детства усвоил стереотипы подобного поведения в семье, и те, кто придерживается подобных взглядов, сознательно соглашаясь на долготерпение и полную зависимость от мужей. Многие из жертв семейного насилия, выросшие в условиях, когда брак считался чем-то нерушимым и данным чуть ли не от Бога, также считают, что обязаны терпеть оскорбления, лишь бы не разрушить семью. Как правило, это женщины с низкой самооценкой, лишённые чувства собственного достоинства, ощущения ценности своей жизни, полагающие, что вполне заслуживают такое отношение.

Женщины чаще, чем мужчины, становятся объектом семейного насилия. Это вполне очевидный вывод. Как-то не принято рассматривать в качестве жертв самих мужчин. В самом деле, случаи семейного насилия над мужчинами распространены не столь широко, как над женщинами, но и они нередки, а потому сбрасывать их со счетов не следует. Тем

более что не мужчин, а именно женщин – носительниц и инициаторов насилия над детьми, как известно, немало среди, казалось, бы любящих матерей. И наконец, когда оба партнера постоянно провоцируют друг друга и учиняют драки, ссоры, скандалы, оскорбляют и унижают друг друга, имеет место взаимное насилие. При этом, как считают исследователи подобных отношений, совершенно неважно, кто их иницирует: ответственность несут обе стороны.

Степень проявления насилия в семье может колебаться от незначительной, такой, к примеру, как шлепки или толчки, используемые скорее для запугивания, чем для нанесения увечья, до убийства. Большинство случаев насилия в семье связано с психологическим давлением и закрепощением. Любой физической акции обычно предшествует словесное оскорбление в виде брани, унижающей человеческое достоинство. Жертве буквально внушаются чувство ее бесполезности, никчемности, некомпетентности, непривлекательности, неполноценности. Каждый, кто живет в доме, где господствует тиран, не чувствует себя психологически безопасно, комфортно. Есть у насилия и другие жертвы – вольные или невольные соучастники конфликтов или трагических событий – члены семьи, близкие, друзья, которые становятся его сожертвами и у которых также появляются посттравматические последствия – физические и психические расстройства. Семейное насилие оказывает влияние на всех без исключения членов семьи, независимо от того, касается оно их прямо или косвенно, так как все вынуждены к нему приспособляться. Последствиями этого становятся страх, подозрительность, эмоциональная и физическая отчужденность, удушающая атмосфера.

Не существует единой теории, способной полностью объяснить все случаи и причины семейного насилия. Принимая во внимание сложность человеческой природы, особенности социального взаимодействия и характер семьи как социальной структуры, нужно все же учитывать и все разнообразие семей, индивидуальные характеристики их членов и те социальные отклонения, которые, переплетаясь и сочетаясь, могут порождать насилие. Все это также придает особое значение взаимному влиянию людей друг на друга и их поступкам, которые предшествуют насилию и следуют) *т* ним.

Проблемы семейного насилия при исключительной своей остроте и актуальности очень многообразны как в плане своих проявлений, так и с точки зрения причин и этиологии, а значит, и с точки зрения практической работы по их предотвращению и исправлению.

Рассмотрим ряд мифов о семейном насилии:

Миф 1: Оскорбление женщин имеет место преимущественно в низших слоях общества и среди национальных меньшинств.

Однако факты свидетельствуют о том, что избиение жен широко распространено во всех социоэкономических группах. Женщины, принадлежащие к среднему и высшему классу, стараются не разглашать своих проблем. Эти женщины также могут бояться социальных трудностей и оберегать от потенциального вреда карьеру мужа. Многие считают, что уважение, которым пользуются их мужья в обществе, может поставить под сомнение правдоподобность историй об избиении. С другой стороны, малообеспеченные женщины лишены подобных предрассудков, поэтому их проблемы более на виду.

Миф 2: Оскорбленные женщины – мазохистки и сумасшедшие.

Факты свидетельствуют о том, что немногие люди получают удовольствие от избиений или оскорблений. Женщины не разрывают приносящих им страдания взаимоотношений в основном из-за экономической зависимости от своего партнера, поскольку стыдятся рассказать кому-нибудь о насилии и им некуда обратиться за помощью или потому, что боятся возмездия в ответ на свои действия. Иногда общество и семья склоняют ее остаться с мужем. Поведение, обусловленное стремлением выжить, часто неправильно истолковывается как сумасшествие.

Миф 3: Насилие напрямую связано с алкоголизмом; только пьющие мужчины избивают своих жен.

Факты говорят о том, что треть мужчин, совершающих насилие, не пьют вообще; многих касается проблема алкоголизма, но они издеваются над своими женами как в

опьянении, так и вне его. И только немногие мужчины бывают почти всегда пьяны. Алкоголь снимает запреты и делает для некоторых мужчин избиение допустимым и оправданным.

Миф 4: Женщины сами умышленно провоцируют своих истязателей.

Факты говорят о том, что общество, не желающее приписывать вину совершающему насилие мужчине, вместо этого рационализует и даже оправдывает насилие, изображая жертву ворчливой и ноющей женщиной, избиваемой своим мужем, который использует любую свою незначительную фрустрацию или раздражение в качестве оправдания своих действий.

Таким образом, мифы расходятся с фактами. Любой мужчина, независимо от того, является ли он алкоголиком, наркоманом, психопатом или нет, может быть насильником. В действительности, многие из них хорошо контролируют себя, имеют престижную работу, активны в обществе, имеют много друзей (Моховиков, 2001).

Данные международных организаций свидетельствуют о том, что семейное насилие широко распространено.

В 1992 г. ЮНИФЕМ представила сводный доклад о насилии по тендерному признаку, в котором обобщены статистические данные о случаях избиения жен по всем странам мира. Из доклада следует, что жестокое обращение с женами широко распространено: в Бангладеш, Барбадосе, Гватемале, Индии, Кении, Колумбии, Коста-Рике, Норвегии, Чили, Шри-Ланке.

В Соединенных Штатах каждые 15 секунд избивают женщину. Более чем 50% женщин хотя бы раз в своем замужестве были избиты мужьями. Самая распространенная форма насилия в семье – нанесение телесных повреждений женщинам. 20% всех посещений травматологических пунктов составляют случаи женщин, избитых своими мужьями. В трех случаях из четырех убийство женщины совершает ее супруг. Гораздо меньше случаев убийства женщин в домашних условиях незнакомцем. 95% эпизодов насилия в семье совершают мужчины. Свыше 75% зарегистрированных случаев насилия в семье произошло после развода. Если женщина уходит от избивающего ее мужа, это повышает для нее риск быть убитой на 75% (ООН, Центр по социальному развитию и гуманитарным вопросам, 1998).

В Канаде, исходя из статистических данных, полученных от врачей, адвокатов, работников социальной сферы, а также от полиции, было подсчитано, что каждая десятая женщина становится жертвой жестокого обращения со стороны своего партнера (Fischer, 1985). В России от семейного (домашнего) насилия ежегодно погибают 14 тыс. женщин.

Четкое представление о реальных масштабах семейного насилия в обществе попросту отсутствует. Люди не осознают серьезности и важности этой проблемы. Достаточно широко распространено мнение, что это очень личное дело и не следует придавать данной теме широкую огласку.

Исторически сложилось так, что мужья имели право контролировать поведение жен и подвергать их телесным наказаниям за неподобающее, с их точки зрения, поведение. Хотя историческое и юридическое право мужчин наказывать жен и относиться к ним как к своей собственности уже не существует, социальные права женщины пока остаются спорными. Некоторые полагают, что мужчина должен быть жестким и агрессивным, а женщина – пассивной и безответной.

Будучи распространенным явлением, насилие в отношении женщин особенно не осуждается. Изнасилование, сексуальные домогательства и злоупотребление мужскими правами даже в средствах массовой информации не рассматриваются как серьезные преступления, а это поддерживает в общественном мнении убеждение о том, что женщина может быть легкой мишенью для унижения. Стресс, конфликт, любая фрустрация, охватывающие многие поколения семьи, – лишь дополнительные факторы в насилии. В любых взаимоотношениях эти состояния могут вызвать напряжение и конфронтацию, но сами по себе они необязательно влекут за собой насилие, которое является отдельной проблемой.

К сожалению, конфликты в семье – явление довольно типичное. Они выражают

качественные изменения отношений, становятся знаком семейной патологии. Семья существует в определенном жизненном цикле. Кратковременные конфликты могут отчасти стимулировать ее саморазвитие, способствовать достижению согласия. Но конфликты интенсивные и длительные неизбежно вызывают нестабильность, разлад. К тому же к возникновению конфликта может привести субъективное восприятие ситуации как конфликтной одной из сторон. Конфликт рождается как своего рода реакция на прошлое, когда случилось то, с чем человек не может согласиться постфактум. Конфликт может быть вызван отдаленной целью. Причем участник конфликта обычно никогда не говорит, что хочет нанести удар другому, обидеть его, причинить боль, навязать свой образ жизни и т.д. На самом же деле именно эти намерения нередко бывают главной целью, благодаря чему важным становится не сам предмет конфликта, а именно достижение определенного состояния противника, доведение его до «точки кипения», нанесение ущерба.

Конфликт, приводящий к насилию, можно назвать, используя термин Л. Козера, «нереалистичным» (Козер, 2000). Он возникает из агрессивных импульсов, ищущих выражение вне зависимости от объекта. Суть конфликта – в самовыражении, в том числе в виде аффектов.

Современная цивилизация не только не подавляет, но и, напротив, стимулирует проявление агрессии и культивирует насилие. Агрессия вполне могла эволюционно закрепиться как целесообразный инстинкт выживания, защиты от внешних угрожающих воздействий. Однако если исходить не только из эволюционного закрепления агрессивности, но и из непрерывного эволюционного отбора особо агрессивных индивидов, логично прийти к представлению о спонтанной природе агрессивности современного человека. Но все свойства человека нуждаются во внешних стимуляторах для своего полного проявления.

Достоверно установлено, что жестокое обращение с ребенком в семье порождает не только агрессивное поведение по отношению к другим детям, но и ведет к насилию и жестокости во взрослой жизни, превращает физическую агрессию в жизненный стиль личности. Высокий уровень агрессии определяет выбор человеком соответствующих форм поведения, например, возрастают показатели спонтанной реактивной агрессии, раздражительности. Часто жестокость обусловлена не только эмоционально, она зарождается и на почве интеллектуальной неспособности и фанатизма.

Психологи утверждают, что выраженные компоненты агрессивности присутствуют в эротических фантазиях мужчин, а отчасти и в их сексуальном поведении. Сцены сексуального насилия и порнография, которые не сходят с теле- и киноэкранов, вызывают у большинства людей самые разные чувства. Популярностью зрителей пользуются сцены, когда жертва не только страдает, но и получает удовольствие. В чувственных сценах акты сексуального насилия воспринимаются как условные, а насильник – как «соблазнитель». Вместе с тем 47% мужчин и 51% женщин считают, что порнография побуждает совершать акты насилия. Женщины часто воображают себя жертвами тех ситуаций, которые видят на экране. Нередко люди хотели бы пережить увиденное.

История человеческой культуры свидетельствует о том, что жестокость очень тесно связана с половым влечением. Наиболее типичной формой выражения половой жестокости является склонность к мазохизму. Мазохизм в данном случае определяется как половое извращение или акт, при котором необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером. Мазохизм сопровождается чувством соосвоенной неполноценности, беспомощности. Миф о мазохизме, согласно которому женщине нравится унижение и потому она терпит все издевательства, достаточно распространен. Как правило, женщины, подвергшиеся подобного рода насилию, говорят лишь о боли, унижении, страхе и никогда – о каком-либо удовлетворении и тем более об удовольствии.

Одной из разновидностей мазохизма является садомазохизм. Садомазохизм – это половое извращение или акт, при котором для достижения удовлетворения необходимо причинять боль, страдание своему партнеру. Например, муж издевается над любящей

его женой. Когда ее терпению приходит конец и она его покидает, он впадает в отчаяние, умоляя остаться, уверяя, что любит и не может без нее жить. Это так, поскольку муж-садист действительно не может прожить без нее как без объекта собственной жестокости.

Опыт кризисных служб показывает, что потенциальные жертвы насилия проявляют следующие характерные признаки поведения:

- испытывают страх перед вспыльчивостью своего партнера;
- часто уступают партнеру, боясь оскорбить его чувства или вызвать гнев;
- чувствуют желание «спасти» партнера, когда тот попадает в неприятное или трудное положение;
- оправдывают плохое обращение партнера и перед собой, и перед другими;
- терпят, если партнер, раздражаясь и злясь, бьет их, толкает, пихает и т.д.;
- принимают решения относительно своих действий или поступков друзей в зависимости от желания или реакции партнера;
- оправдывают партнера тем, что он ведет себя точно так же, как когда-то его родной отец поступал с матерью.

Существует набор черт характера, которые были выявлены у мужчин, избивавших своих подруг или жен; четыре последние характеристики почти со стопроцентной гарантией указывают на склонность к насилию. Если мужчина обнаруживает несколько черт характера из нижеперечисленных (три или четыре), то вероятность физического насилия достаточно высока – чем богаче набор этих характеристик, тем выше вероятность насилия. В некоторых случаях он может иметь всего пару характерных черт, узнаваемых для женщины, но они раздуты до невероятных пределов (например, чрезмерная ревность, доходящая до абсурда). Поначалу мужчина будет пытаться объяснить свое поведение как проявление любви и заботы, и женщине это может льстить; с течением времени поведение становится более жестоким и направлено на угнетение женщины (Меновщиков, 2002).

Ревность. В самом начале взаимоотношений мужчина всегда говорит, что его ревность – это знак любви. Ревность, однако, не имеет ничего общего с любовью, это – признак незащищенности и собственности. Он будет спрашивать женщину, с кем она разговаривает по телефону, обвинять ее во флирте, злиться, когда она проводит время в кругу семьи, с друзьями или детьми. По мере нарастания ревности он будет часто звонить ей в течение дня, неожиданно появляться дома. Он может выступать против того, чтобы она работала, из-за страха, что она познакомится на работе с другим мужчиной, или даже выражать ревность в странных формах, например – расспрашивать о жене своих друзей.

Контроль. Поначалу мужчина будет говорить, что такое поведение объясняется его заботой о ее безопасности, о разумном времяпрепровождении или о необходимости принятия правильных решений. Он будет сердиться, если женщина «поздно» вернулась домой после похода по магазинам или деловой встречи. Он будет подробно расспрашивать ее о там, где она была, с кем разговаривала. По мере усугубления такого поведения, он может не позволяя, женщине принимать самостоятельные решения по ведению хозяйства, выбору своей одежды и т.п. Он может прятать деньги или даже требовать, чтобы она спрашивала разрешения выйти из комнаты или дома.

Быстрая связь. Многие женщины, впоследствии подвергшиеся избиению, встречались или были знакомы со своими будущими мужьями или любовниками менее шести месяцев. Он налетает как вихрь, заявляя о «любви с первого взгляда», и льстит женщине, говоря: «Ты единственная, кому бы я мог это сказать»; «Я никого до сих пор не любил так, как тебя».

Он отчаянно нуждается в ком-либо и буде! настаивать на интимных отношениях.

Нереальные ожидания. В этом случае мужчина очень зависим от женщины с точки зрения удовлетворения своих потребностей; он надеется, что она будет превосходной женой, матерью, любовницей, другом. Он будет говорить, например, такое: «Если ты меня любишь, то я – все, что нужно тебе, а ты – все, что нужно мне». Предполагается, что

она заботится о его эмоциональном состоянии и обо всем в доме.

Обвинение в своих проблемах других. При возникновении той или иной проблемы всегда найдется виновник, заставивший его поступать неправильно. Он может обвинять женщину во всех своих неудачах и ошибках, говоря, что она раздражает его, отвлекает от мысли и мешает выполнять работу. А затем она окажется виновата во всем, что происходит не так, как ему хотелось бы.

Обвинение других за свои чувства. Утверждая: «Ты сводишь меня с ума», «Ты оскорбляешь меня, поступая не так, как я прошу», «Ты меня раздражаешь», – он осознает свои мысли и чувства, но использует их при этом для манипуляции женщиной.

Гиперчувствительность. Легко ранимый, такой мужчина будет говорить о своих «оскорбленных» чувствах, когда в действительности он ведет себя безответственно, или рассматривать малейшую неудачу как результат козней, направленных против него. Он будет напыщенно и с энтузиазмом говорить о несправедливости, которая на деле является неотъемлемой частью нашей жизни: это может быть просьба выйти на работу во внеурочное время, наложение штрафа, обращение за помощью в работе по дому.

Грубость по отношению к животным или детям. Этот мужчина жестоко наказывает животных или бесчувствен к их страданиям или боли; он может считать, что ребенок в состоянии исполнить нечто, явно выходящее за пределы его возможностей (наказание двухлетнего за то, что тот намочил кровать), или дразнить детей, младших брата или сестру, доводя их до слез (60% мужчин, избивающих своих жен, бьют также и своих детей). Он может требовать, чтобы дети не ели вместе с ним за столом или сидели в своей комнате, пока он дома.

«Игривое» применение силы в сексе. Ему может нравиться разыгрывание в сексе всевозможных фантазий, где женщина совершенно беспомощна. Он дает ей понять, что идея «изна-

силования» возбуждает его. Он может использовать злость и раздражение для манипуляции женщиной с целью добиться разрешения на секс. Или он может заняться сексом в то время, когда женщина еще спит, или требовать от нее секса, когда та устала или больна.

Оскорбление словом. Кроме того, что сами по себе слова могут иметь грубый и оскорбительный смысл, произнесенные в адрес женщины, они унижают ее, как бы перечеркивая все ее достоинства. Мужчина может говорить ей, что она глупа и без него ничего не сможет сделать, день может начинаться и заканчиваться такими вербальными оскорблениями.

Ригидные сексуальные роли. Мужчина ждет, что женщина будет угождать ему; он будет говорить, что она должна оставаться дома, подчиняться ему во всем – даже если это касается преступных действий. Он хочет видеть женщину подчиненной мужчине, глупой, неспособной быть целостной личностью.

Д-р Джекил и м-р Хайд (персонаж рассказа Р.Л. Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда», в которой доктор Джекил открыл средство, позволяющее ему на время превращаться в порочную, жестокую личность по имени мистер Хайд). Многих женщин приводит в недоумение «внезапное» изменение настроения их партнеров – вот он милый и добрый, а в следующую минуту взрывается гневом, или он искрится счастьем – и тут же печален. Это не говорит о наличии особых «психических проблем» или о том, что он «сумасшедший». Вспыльчивость и резкое изменение настроения характерны для мужчин, избивающих своих партнерш.

Случаи избиения в прошлом. Мужчина может говорить, что бил женщин и прежде, но это они вынуждали его так поступать. Об этом можно услышать от родственников или бывшей жены. Такой мужчина будет бить любую женщину, находящуюся рядом с ним, обстоятельства в данном случае ничего не меняют.

Угроза насилия. Сюда относится любая угроза применения физической силы, означающая контроль за поведением женщины. «Я тебя убью»; «Я сломаю тебе шею». И хотя большая часть мужчин не угрожают своим супругам, насильники будут пытаться оправдать свое поведение, утверждая, что «все так говорят».

Битье посуды, разрушение предметов. Такое поведение может иметь целью наказать женщину (например, сломав ее любимую вещь), но гораздо чаще мужчине необходимо терроризировать женщину, чтобы держать ее в повиновении. Он может разбить тарелку кулаком или бросить в женщину что попало. И опять-таки – это значимый признак: только действительно незрелые люди бьют посуду (или что-либо иное) в присутствии других с целью угрозы.

Применение силы в качестве аргумента. Мужчина держит женщину в подчинении, силой заставляет ее выйти из комнаты, толкает и пинает ее и т.п. Кроме того, часть мужчин всячески стараются изолировать женщину, например, запретить ей работать, дружить с кем бы то ни было и т.п.

5.2 ИЗНАСИЛОВАНИЕ

Сексуальные нападения – криминальная проблема, которая стала встречаться чаще в наше время. В результате насилия у женщин проявляется целый набор травматических симптомов. Нередко жертвы насилия в дальнейшем преследуются системой правосудия и обществом. И если этой проблемой не заниматься, то впоследствии эта острая травма может развиться в травматический синдром изнасилования, по своему состоянию близкий к такому расстройству, как посттравматический стресс.

Травматический синдром изнасилования (ТСИ) по симптоматике достаточно близок к ПТСР. Ellis (1983) предполагает, что в реакции на изнасилование здесь можно выявить 3 фазы: краткосрочную, промежуточную и долговременную. Краткосрочная реакция характеризуется набором травматических симптомов, таких как соматические жалобы, расстройство сна, ночные кошмары, страх, подозрительность, тревожность, общая депрессия и социальная дезадаптация. Rosenhan и Seligman (1989) утверждают, что на кризис, следующий за изнасилованием, воздействует стиль эмоционального реагирования женщины. Некоторые женщины выражают свои чувства, проявляют страх, тревожность; они часто плачут и находятся в состоянии напряжения. Другие стараются управлять своим поведением, маскируют свои чувства и пытаются выглядеть спокойными.

Симптоматика остается относительно устойчивой в течение 2–3 месяцев. В промежуточной фазе, от 3 месяцев до 1 года после нападения, диффузная тревожность обычно становится специфической, связанной с изнасилованием. Затем женщины испытывают состояние депрессии, социальной и сексуальной дисфункции. В период продолжительной реакции, более 1 года после нападения, к текущему состоянию добавляется гнев, гиперактивность относительно опасности и снижение способности наслаждаться жизнью (Ellis, 1983). Согласно исследованиям, проведенным Renner et al. (1988), всего лишь 10% жертв насилия не проявляют никаких нарушений поведения после нападения. Поведение 55% жертв умеренно изменено, а жизнь 35% жертв сопровождается серьезной дезадаптацией. Спустя несколько месяцев после нападения, 45% женщин каким-то образом способны адаптироваться к жизни; 55% жертв испытывают длительные последствия травмы.

Из всего вышесказанного можно вывести, что более половины жертв изнасилования проявляют некоторый уровень ТСИ после изнасилования. Выход из депрессии и социальная корректировка обычно занимают несколько месяцев после травмы. С другой стороны, страх, тревожность, переживание травмы, расстройства сна, ночные кошмары, избегание стимулов, напоминающих о нападении, – это симптомы, которые часто остаются у жертвы изнасилования на многие годы, если не навсегда. Жертвы нападения также испытывают трудности в межличностных отношениях со значимыми фигурами и органами власти; их удовлетворенность работой ниже, чем у большинства, у них также меньше надежд на будущее. Кроме того, их самооценка (самоуважение) ниже, чем у других женщин даже по прошествии 2 лет после ситуации нападения (Murphy et al, 1988).

ТСИ необязательно развивается сразу же после нападения. Если жертва обращается за профессиональной помощью немедленно после изнасилования, то вероятность того, что она будет испытывать симптоматику ПТСР, – меньше (Rosenhan et al, 1989).

На вероятность развития ТСИ и степени его серьезности влияют личностные характеристики жертвы. Очевидно, что женщины с большим набором механизмов совладания и с высокой эмоциональной и психологической стабильностью реже страдают от симптомов ПТСР, чем женщины, у которых Данные характеристики отсутствуют.

Изнасилование имеет социальный характер. Жертва сталкивается не только с изнасилованием и воздействием на нее, но также и с реакцией окружающих. Renner (1988) предлагает Рассматривать ситуацию женщины, подвергшейся изнасилованию как безвыходную ситуацию. Если женщина решает сопротивляться в момент нападения, то более вероятно, что она получит социальную поддержку от своей семьи и друзей; также более вероятно, что органы правопорядка и медицинский персонал поверят ей. С другой стороны, она вынуждена оплатить стоимость этой поддержки. Во-первых, в результате нападения при сопротивлении повышается вероятность повреждений. Таким образом, ей потребуются медицинская помощь, будут привлечены правоохранительные органы и она будет вынуждена давать показания, объясняя многим людям произошедшее, то есть переживая заново ситуацию травмы. Это может привести к усилению ее критического состояния.

Однако если жертва не желает рисковать получить дополнительный ущерб, то получение помощи от различных организаций и понимание ее ситуации окружающими становится менее вероятным. Она будет обвинять себя за неоказание сопротивления и почувствует такое же обвинение окружающих, и в результате будет испытывать намного больше вины и трудностей, мешающих разрешению проблемы (Rermer et al., 1988).

Все сказанное является лишь частью социальных проблем, связанных с сексуальным нападением. Стереотипы относительно изнасилования являются довольно-таки распространенными в обществе и еще сильны среди чиновников правоохранительных органов и судов. Это объясняет некорректное «лечение», которое жертвы получают от представителей этих учреждений. Жертвам часто задают вопросы относительно их собственного поведения, стиля одежды, сексуальной жизни и умственного здоровья – вопросы, которые предполагают виновность жертвы. Фактически, имеется огромное количество случаев изнасилования, которые не доходят до судебной практики из-за некоторых особенностей жертвы. К примеру, это такие особенности как: употребление жертвой алкоголя, неуправляемое поведение, ситуация разведенной женщины, отдельно живущей или одинокой матери, безработица или жизнь на содержании. Также если жертва знала насильника (что бывает приблизительно в 70% случаев), приняла приглашение поехать в его машине или добровольно пошла к нему домой, правоохранительные органы, вероятно, отклонят ее заявление как необоснованное (Clark, Lewis, 1977).

Дж. Хиндман описала восемь факторов психической травмы, связанных с сексуальным насилием (Ениколопов, 1995):

1. Сексуальная реакция жертвы (т.е. получение в том числе и удовольствия). Это становится ужасным источником самообвинения, чувства вины, осуждения, отвержения обществом.

2. Ужас. Любые пережитые формы активности, которые вызывали ужас, не забываются, они возвращаются и могут внезапно всплыть через много лет.

3. Искаженная идентификация преступника. Восприятие идентичности преступника искажено, жертва не может воспринимать его как преступника, если невиновный в насилии значимый человек или общество рассматривают насильника в позитивном свете.

4. Искаженная идентификация жертвы. Она не может воспринимать себя невинной, у таких людей часто низкая самооценка, они одиноки, замкнуты.

5. Фобии или когнитивные нарушения и отсутствие навыков совладающего поведения. Начинают действовать такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, отрицание; часто возникает диссоциация и амнезия; появляется саморазрушительное поведение, потребность в наказании, использование алкоголя и наркотиков.

6. Катастрофа раскрытия. Ситуация раскрытия ставит под сомнение прежние

представления о себе, подкрепляет чувство стыда. Возникает страх, что сексуальное злоупотребление, если оно станет явным, может получить продолжение.

7. Травматическая связь. Необратимая, глубокая потребность жертвы вступить в связь с насильником с целью получения любви, внимания, уважения. Жертва неспособна отстаивать свои собственные нужды. Насильник должен быть удален от жертвы (если это родственник).

Поддержка, которую жертва получает от своих родителей, мужа или партнера, от друзей, играет очень важную роль в успешном преодолении травматической ситуации. Однако значимые окружающие также переживают очень тяжелое время. В некоторых случаях родители отвергают женщину или обвиняют ее за то, что она не оказала сопротивления нападавшему (Renner, 1988).

Cohen и Roth (1987) обнаружили, что индивидуальные различия в тяжести симптоматики связаны с возрастом жертвы, социоэкономическим статусом и качеством жизни до сексуального нападения (в детстве или во взрослом возрасте).

Реакция зависит и от того, сообщила ли жертва о насилии в правоохранительные органы или рассказала кому-либо об этом сразу после нападения. Еще одним фактором, определяющим тяжесть симптоматики, является использование насильником силы, устных и физических уфоз или оружия.

5.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

В настоящее время помощь жертвам семейного насилия осуществляют как специализированные учреждения: кризисные центры для женщин, приюты для жертв насилия, – так и территориальные учреждения социального обслуживания: телефоны доверия, центры психолого-педагогической помощи населению, центры социальной помощи семье и детям, консультирующие своих клиентов по всем жизненным проблемам и оказывающие психотерапевтическую поддержку.

Помощь пострадавшим от насилия имеет свою специфику в зависимости от того, кто ее оказывает (психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт), кому ее оказывают (жертвам семейного, сексуального или просто физического насилия), в какой форме (консультативной, психотерапевтической, социальной поддержки) будет она осуществляться.

Последствия семейного насилия во многом соответствуют симптомам ПТСР:

– на психологическом уровне: нарушения сна, кошмары, повторяющиеся воспоминания, сложности с концентрацией внимания, повышенная тревога и возбудимость, гиперактивность, нарушения взаимоотношений, ощущение враждебного отношения общества;

– на физиологическом уровне: ощущение нехватки воздуха, дискомфорта в желудке, внутренние спазмы, головные боли, снижение интереса к сексу вплоть до полного равнодушия;

– на уровне поведения: членовредительство, суицидальные попытки или мысли, злоупотребление алкоголем или наркотиками, проблемы с питанием (булимия или анорексия), беспорядочная смена сексуальных партнеров.

Особенностью состояния человека, пережившего насилие, является выраженное чувство вины за случившееся, кроме того присутствуют чувства ненависти к насильнику, ужаса и обиды, как следствие возникает неприятие и отвержение собственного тела. Резко падает самооценка. Эмоциональное расстройство может принимать различные формы – от замкнутости и ухода в себя до страха и неспособности оставаться одному.

Обычно человеку, пережившему домашнее насилие, не оказывают помощь в русле семейного консультирования, т.к. это создает чувство, что раскрывается секрет, или существует страх, что семья распадется; насильник не допускается на встречи.

Обращение за профессиональной психологической помощью требует определенной доли мужества от пострадавшего. Иногда с момента совершения насилия до момента обращения за помощью проходят годы. Грамотная помощь специалиста поможет конструктивно пережить случившееся и превратиться из «жертвы насилия» в «человека, пережившего насилие».

Все формы, методы и техники работы специалиста строятся так, чтобы дать жертве насилия (женщине или любому другому клиенту психолога-консультанта и пациенту психотерапевта) возможность понять, что никто не старается преуменьшать значения ее трудностей и проблем, но именно в них, этих трудностях и проблемах, можно и нужно искать и находить средства для улучшения своего положения. Тем самым клиента побуждают к поиску собственных ресурсов изменения, в качестве которых выступает как его прошлое, так и будущее, как воспоминания, так и воображение, помогающие искать ответы на проблемы в личном опыте.

Зарубежные консультативные службы, работающие с проблемами насилия в семье, приводят следующие рекомендации для консультантов (Меновщиков, 2002):

Дайте жертве насилия возможность рассказать свою историю: пусть она знает, что вы верите ей и хотите выслушать ее.

Помогите ей осознать свои чувства: поддержите ее право на гнев, не отрицайте ни одно из ее чувств.

Будьте внимательны к различиям между женщинами разных национальностей, культур и классов: хотя между всеми женщинами есть сходство, ни одна из них не является стереотипом, у каждой свой жизненный опыт.

Уважайте культурные ценности и верования, оказывающие влияние на ее поведение: не забывайте, что эти представления в прошлом могли быть для нее источником спокойствия и уверенности, потому не следует принижать их значения.

Помните про различия между сельской и городской женщиной, в частности помните о физической изоляции и особых культурных ценностях первой.

Знайте, что ее не нужно спасать: просто помогите ей оценить собственные ресурсы и систему поддержки.

Помните, что она находится в состоянии кризиса, который снижает эффективность ее собственных защитных реакций, помогающих справляться с проблемами. Помогите ей вновь обрести силу и эмоциональное равновесие – и тогда она сама будет принимать решения.

Большое значение придается также чувствам и реакциям консультанта. В связи с этим консультанту даются следующие рекомендации.

Осознайте ваши собственные установки, переживания и реакции в ответ на насилие: вспомните, какую роль насилие играло в вашей жизни.

Отдавайте себе отчет в том, что время работы при первичном обращении ограничено: будьте хорошо осведомлены о работе и наличии полицейских (милицейских) участков и прочих служб и определите ее проблему в терминах реальности – помните, вы лишь помогаете ей определить проблему, но не решить ее.

Не стоит удовлетворять свою собственную потребность быть экспертом: наверное, ей уже не раз говорили, что надо делать – ей нужен человек, который внимательно отнесется к ней, советов она получила уже достаточно.

Осознавайте свои культурные ценности, верования и предубеждения, когда консультируете женщину другой культуры, национальности или класса. Не забывайте, что у нее тоже могут быть предубеждения относительно вас.

Не ставьте диагнозы. Работайте над решением конкретной проблемы и оказывайте эмоциональную поддержку, но откажитесь от субъективной интерпретации поведения.

Не выражайте разочарования, если женщина решает вернуться к прежним патологическим взаимоотношениям: будьте откровенны и поделитесь с ней своими опасениями, но дайте ей знать, что она всегда сможет обратиться к вам и может рассчитывать на вашу заботу.

Помните, что, возможно, вы первый человек в ее жизни, который проявил уважение и оказал поддержку именно в тот момент, когда она больше всего в этом нуждалась.

Выделяют следующие стадии терапии в работе с последствиями насилия (Кораблина и др., 2001):

1. Решение вылечиться. Либо симптомы настолько сильны, что невозможно дальше терпеть, либо человек сознательно решает, что нужно что-то менять, и обращается за

помощью. Задача психолога на этой стадии – создание безопасного пространства, оценка состояния здоровья клиента: психологического и соматического. На это может уйти несколько недель или месяцев.

2. Стадия кризиса. Человек встречается с сильными чувствами, с болью. Эта стадия очень трудна для клиента, здесь важно, чтобы он мог позаботиться о себе. От психолога потребуется очень мощная поддержка. Можно сделать встречи более частыми. Полезно выяснить потенциальный риск самоубийства, проговорить эту тему. Важно, чтобы клиент осознал, что эта стадия не будет продолжаться вечно. «Истина освободит вас, но сначала сделает совершенно несчастным».

3. Воспоминание. Если создано доверие к психологу, последует рассказ о том, что произошло. Очень важно, чтобы клиент вспомнил столько, сколько он может выдержать.

4. Вера. Эта стадия важна, если человек сомневается в точности воспоминания: Для клиента очень важно поверить себе и своим воспоминаниям. «Если предположить, что вы это придумали, то зачем? Зачем вам тратить на это время, деньги?»

5. Преодоление молчания. Рассказ подробностей произошедшего. Это, как правило, сопровождается чувствами стыда и страхом напугать слушающего, также возможен страх перед повторением насилия. Можно сказать клиенту: «Чем больше вы рассказываете о пережитом, тем меньше энергии там остается, становится легче». Если человек решился рассказать об этом психологу, то потом он может решиться рассказать об этом еще кому-нибудь: другу или подруге. Тогда исчезает внутренняя изоляция.

6. Снятие с себя вины за случившееся. Человек может винить себя в том, что не смог себя защитить, или в том, что в момент насилия получал удовольствие. Нельзя убеждать жертву, что она совсем не виновата – она этому не поверит. Не надо пытаться разрушить веру клиента в свою вину. Важно помочь клиенту снять с себя ответственность за случившееся.

7. Поддержка «внутреннего ребенка». Внутри каждого взрослого человека есть ребенок радующийся и ребенок страдающий. Многие люди, пережившие насилие в детстве, не умеют радоваться жизни. На этой стадии необходимо установить контакт с «раненым ребенком внутри себя», используя рисунки, движения (в группе) и т.п.

8. Возвращение доверия к себе. Повышение самооценки. Здесь происходит определение личных границ клиента, которые были нарушены насилием, а теперь вновь могут вернуться под контроль клиента.

9. Оплакивание потери. То есть прощание с тем, что было утрачено в момент насилия.

10. Гнев. На стадии оплакивания обычно наружу выходит и злость, долгое время сдерживаемая внутри.

11. Раскрытие и конфронтация. Насильник – это человек, живущий поблизости. Важно выразить ему свой гнев. Можно написать письмо, можно разыграть это в психодраме.

12. Прощение. Имеется в виду прощение себя. Прощать насильника не нужно, т.к. это может быть еще одной жертвой, которую принесет ему пострадавшая. Смысл прощения в том, чтобы отпустить насильника от себя.

13. Обретение духовности. Возвращение представления о том, что мир добр и хорош. Исчезает ощущение отдаленности от мира, неспособности чувствовать красоту. Возвращается связь между Я и телом. Возрождается доверие к людям.

14. Разрешение травмы и движение дальше. Это момент, когда люди чувствуют, что им удалось включиться в жизнь. Постепенно надо говорить о том, что терапия заканчивается. Наступает время проститься с клиентом.

Помимо очного консультирования или психотерапии в помощи жертвам насилия могут активно участвовать телефонные службы. Установки разных центров по отношению к помощи лицам, переживающим семейное или другое насилие, сильно отличаются одна от другой. Особенно это касается меры активности, проявляемой консультативной службой при непосредственной помощи жертве насилия. В качестве примера активной позиции приведем отдельные рекомендации американской кризисной линии:

1. Если данный звонок связан с насилием в семье (абонент скорее всего сразу скажет вам об этом), узнайте, находится ли клиент в данный момент в безопасности.

2. Есть ли дети? Пол и возраст.

3. Если абоненту необходимо безопасное убежище, то его доступность – вопрос первостепенной важности. Вы можете позвонить (предварительно узнав номер абонента) в диспетчерскую службу приютов, чтобы подобрать наиболее подходящий вариант, или попросить находящегося рядом коллегу сделать это, пока вы разговариваете с клиентом, или предложить абоненту сделать это самому, сообщив ему адреса и телефоны убежищ.

4. Нуждается ли абонент в транспортировке? Служба может предоставить транспортные средства для переезда в безопасное место, если человека, совершившего насилие, нет поблизости. Если опасность не исключена, необходимо обратиться в полицию или же пострадавшей нужно самой перебраться в безопасное место (к друзьям, родителям, в людное место). Служба может перевезти детей и личные вещи, хотя не является транспортным агентством.

При консультировании женщины, пережившей насилие, очень важно понять некоторые эмоциональные реакции, с тем чтобы помочь ей осознать их, справиться с кризисом и выйти из него. Не каждая женщина переживает все эти чувства, и, вероятно, список, который здесь приводится, далеко не полный. Важно помнить также, что эти чувства являются нормальными эмоциональными проявлениями и чаще всего не представляют собой очень глубокой или застаревшей психологической проблемы.

Кризис может послужить толчком к изменению. Однако ожидания консультанта должны быть реалистичными и честными – и ни в коем случае нельзя их навязывать женщине. Вы можете помочь ей выразить чувства и прийти к пониманию себя. Во время кризиса возникает много разных чувств. Если не произошло отреагирования, эти чувства не позволяют женщине справиться с ситуацией. После отреагирования они ведут к самоосознанию и личностному росту. Независимо от того, единственный это звонок или серия консультаций, внимание к ее индивидуальным потребностям способствует более продуктивному контакту.

У жертв семейного насилия могут возникать следующие эмоции (Меновщиков, 2002).

Бессилие/Воспитанная беспомощность. Пожалуй, самая типичная динамика развития построенных на насилии взаимоотношений состоит в том, что мужчина утверждает свою безраздельную власть и закрепляет полное бессилие женщины. Чем он больше преуспевает, тем ниже ее самооценка, и она уязвимее в условиях выученной беспомощности, где, как ей кажется, она не контролирует свою жизнь или происходящие события. Бессилие, которое женщина переживает во взаимоотношениях с этим мужчиной, может еще больше парализовать ее способности действовать, принимая формы незащищенности, пассивности, нежелания что-либо предпринимать и т.д. Консультант может укрепить веру женщины в то, что она в состоянии управлять своей жизнью, а это очень ценно для нее. Возможно, консультант единственный человек, который поверил в нее, и важно сообщить это именно в тот момент, когда жертва не владеет собой. Необходимо поддержать ее в момент принятия решения и выразить уверенность в ее способности действовать эффективно. Выявите ее сильные стороны и положительные качества. Предложите ей составить список позитивных утверждений о себе. Когда она опять начнет себя недооценивать, ей будет полезно перечитать этот список.

Страх. Страх бывает разным. Некоторые боятся, как они считают, неоспоримого могущества своего партнера: его власть принимать за женщину решения, никуда ее не отпускать, ее полную зависимость. Такое положение тесно связано с динамикой силы. Тут может помочь следующая техника: выставьте перед ней реальные препятствия и обговорите ее страхи, помогите ей осознать их и перешагнуть через них.

Некоторые женщины боятся начать новую самостоятельную жизнь, а также всего неизвестного, что та за собой влечет, или начинают бояться различных жизненных ситуаций, например, поездки на автобусе в одиночестве, поиска работы и др. Терапевт также может помочь ей в проживании этих страхов.

Раздражение. Раздражение может иметь несколько причин. Раздражение из-за того, что с ней происходит, гнев на него, гнев на себя из-за того, что «допустила» такое.

Сюда относятся и эмоции, которые женщина сдерживает в себе – не раз ее попытки высказать раздражение служили «причиной» насилия. Консультант может оказать женщине помощь в понимании того, что раздражение неизбежно и содержит в себе зачатки душевного здоровья, а также в поисках путей его выражения, наиболее приемлемого для нее. Вот некоторые способы: поговорить о чувствах, составить гневное письмо партнеру, побить подушку, а также – ролевая игра, крик, плач, встряска. Понимание раздражения может послужить толчком к началу позитивных действий.

Вина. Чувство вины подобно глубоко запрятанному раздражению. Поняв, что она не виновата, женщина начнет чувствовать, осознавать и выражать это раздражение соответствующим образом. Женщина может чувствовать вину из-за того, что не смогла «сохранить мир», поддержать гармонию в семье, в достаточной мере «угодить своему партнеру» – поддерживая все эти мифы об ответственности, которую общество наложило на женщину в браке. Она может винить себя за схватки с партнером, поскольку тоже теряет самообладание, бьет посуду и т.д. Суть поддержки, которую консультант может оказать такой женщине, состоит в следующей концепции: все мы ответственны за наши поступки, и она может взять на себя ответственность и раскаяться в своих действиях, если захочет, но это не дает ему повода оскорблять ее. Если помочь ей вспомнить все то положительное, что она предпринимала для предотвращения насилия или во время него, это облегчит ее чувство вины. Недостаточно просто сказать о том, что она невиновата, хотя, конечно, с этого стоит начать.

Смущение/стыд. Женщины очень часто переживают трудные минуты в жизни, когда пытаются осмыслить происходящее и идентифицировать себя как жертву, как «избиваемую». Для некоторых принять это равносильно признанию в том, что они сами выбрали такую судьбу. Но это на самом деле не так, и консультант может помочь женщине выбраться из этой ловушки и идти дальше. Однако важно понять, что для женщины необязательно навешивать на себя ярлык жертвы, с тем чтобы изменить свою жизнь.

Нередко женщины стыдятся своей жизни. Способность консультанта передать ей свое понимание о том, что ее поведение – наилучший способ совладать с ситуацией, придаст ей силы перешагнуть через этот стыд.

Сомнения по поводу психического здоровья. «Ты сумасшедшая» – это стандартная уловка, используемая мужчиной.

Вполне понятно, что женщина, долгое время терпящая насилие, начнет беспокоиться о состоянии своей психики, желая узнать, прав ли он; когда она обращается за помощью в соответствующие учреждения, ей ставят диагнозы и начинают лечить симптомы, не узнав основных, подспудных причин насилия, а это только укрепляет миф. Жертва семейного насилия не сумасшедшая, и если удае)ся разрушить прочно засевшую в ее голове мысль о том, что она – единственная, с кем такое происходит, то можно помочь ей снова поверить в свою психическую нормальность.

Утрата/любовь. Женщина, подвергшаяся насилию, вовсе не обязательно утрачивает чувство сострадания и любви. Неугасшая любовь может повлиять на решение остаться в семье. Если же она сочтет нужным прервать взаимоотношения, то, помня о прошлых чувствах, будет по меньшей мере переживать утрату. Она будет вспоминать то прекрасное время, когда партнеры любили друг друга. Это ощущение потери, ко- 'гда взаимоотношения заканчиваются, чувство утраты любви, которая была. Ощущение единства с мужчиной, даже если он оказался плохим, – это неотъемлемая часть женской идентификации. Эти моменты могут быть самыми тяжелыми и фрустрирующими для женщины и консультанта, потому что это – конфликт сердца и ума, эмоций и смысла. Не забывайте, что женщина имеет право на свои чувства – не имеет значения, сколь иррационально они могут выглядеть, – и консультант отвечает за то, чтобы помочь ей пережить и понять их, чтобы дальше она могла своими чувствами оперировать.

Оцепенение/амбивалентность. Кризис, особенно в начальной стадии, вызывает

чувство нереальности. Поэтому неплохо бы дать женщине возможность отдохнуть и освободиться от противоречивых чувств, это поможет ей двигаться вперед. Она может сначала выключить все эмоции, защищаясь от страданий и даже не пытаться что-либо изменить. Помогите ей первоначально довести до конца небольшое задание; это и будет отправной точкой для работы с наметившимся противоречием.

Эмоциональная/экономическая зависимость. Идентичность многих женщин растворяется в партнере или в взаимоотношении. Поэтому очень важно дать женщине понять, что она может сама зарабатывать на жизнь, хотя бы получить временную работу, или пойти прогуляться в солнечный денек по парку одна без партнера – это начало независимости. Стоит развеять миф, гласящий: «Если он не может найти работу и обеспечить семью, то как я смогу это сделать?».

Изоляция. Изоляция – основной аспект большинства взаимоотношений, построенных на насилии. Поэтому наличие такого места (например, кризисный центр), где бы женщина имела возможность высказаться и разделить свои чувства и переживания с консультантом и с другими женщинами, неоспоримо в разрушении мифа о том, что она – единственная и уникальная женщина в мире, перенесшая насилие. Установление дружеских отношений и поддержка сообщества способны сделать многое для жертвы насилия, независимо от того, решила ли она вернуться к партнеру или уйти от него.

Фрустрация. Боязнь неудачи и недостаточная уверенность в себе легко могут привести женщину в состояние фрустрации. Она может не иметь реалистичного представления о своих целях, считая, что либо все получится само собой – «как в сказке», либо достичь цели невозможно. Это ведет к фрустрации и к ощущению провала. Задача консультанта помочь ей постепенно, шаг за шагом, устанавливать реалистичные цели, с тем чтобы свести фрустрацию к минимуму.

Фрустрация часто связана с необходимостью обращаться в такие службы, как суд, милиция, благотворительные организации. Консультанты сами могут обратиться туда или рассеять некоторые заблуждения в отношении этих служб, часто встречающиеся у жертв семейного насилия, чтобы женщина могла самостоятельно принимать необходимые меры по оказанию ей помощи.

Родительские заботы. Насилие в семье отнимает внимание матери от потребностей детей, заставляя сконцентрироваться преимущественно на проблеме выживания; ее могут не допускать к детям или не позволять выражать им свою любовь. Она может разговаривать с детьми о своем отчаянии; дети могут также явиться предметом нападок со стороны мужчины. Из-за всего этого дети страдают в подобных ситуациях.

Таким образом, семейное насилие является более сложной и многогранной проблемой, чем насилие социальное. Психологу-консультанту приходится работать не только с фактами самого насилия, но и со «вторичными» составляющими: чувствами, реальной социальной и экономической ситуацией и т.п. Именно поэтому помощь жертвам семейного насилия должна быть комплексной, нередко с подключением социально-правовой поддержки и социальной работы.

Работая с жертвой семейного насилия, консультант должен помнить о следующих рекомендациях:

Во время приема следует выявить у пережившей насилие телесные повреждения, требующие лечения, не ограничиваясь той информацией, которую клиент сообщает.

Помните:

- разговор с женщиной ведется в отдельном помещении, без свидетелей, сопровождающих и тем более самого агрессора, опасного для вашей собеседницы;
- часто для жертвы вы – первый специалист, уделяющий ей время и желающий помочь, а потому поделитесь своими взглядами на проблему насилия;
- женщины, регулярно терпящие побои и унижение, давно смирились со своим положением. Поэтому не спрашивайте, является ли она «жертвой». Но можно задать такие вопросы: «Вы с кем-то подрались?»; «Вам кто-то причинил боль?»; «Такие следы часто встречаются у людей, которых избивают. Вас кто-то бил?»; «Я боюсь, что вас кто-то

обижает. Расскажите мне об этом, пожалуйста»;

- многие жертвы насилия испытывают стыд и унижение из-за того, что с ними случилось. Постарайтесь убедить женщину, что вы ее понимаете и знаете, как трудно говорить о личной жизни при таких обстоятельствах. Избегайте нежелательных вопросов, в которых жертва может услышать унижение: «Как вы можете жить с таким человеком?»; «Что вам дает насилие?»; «Почему вас били, как вы могли такое допустить?».

Самые общие задачи, которые должна решить женщина – жертва насилия, чтобы преодолеть травмирующую ситуацию, выглядят следующим образом:

1. Формирование отношения к себе:

- признание своей уникальности;
- принятие себя такой, какая есть;
- обретение любви к себе.

2. Формирование отношения к другим:

- признание уникальности любого другого;
- развитие в себе качеств, помогающих понять мнение, точку зрения, поведение

другого.

3. Исследовательская позиция по отношению к себе:

- изучение своих предпочтений, реакций, состояний в обстоятельствах;
- исследование своего характера, особенностей его проявления в различных сферах деятельности (работа, семья, досуг и т.п.); самокоррекция характера;
- внимание к работе своего тела;
- анализ своих ценностей и жизненных смыслов.

4. Осознание необходимости восстановления (самореабилитация):

- поиск собственного алгоритма достижения равновесия: знакомство с различными, в том числе традиционными, способами восстановления; выбор способов, приемлемых и адекватных;

- понимание того, что восстановление себя за счет другого – путь тупиковый и непродуктивный, влекущий за собой такие проявления, как раздражение, агрессия, «поиск виноватого», «уход в болезнь», «синдром несчастного» и др.; это, как правило, стихийные неосознанные пути восстановления, которые не способ'ствуют улучшению отношений с окружающими (Кац, Тмен-чик, 1989).

5. Взгляды, которые помогают достичь психического равновесия:

- все проблемы во мне самой;
- все зависит от моего отношения к происходящему;
- внутреннее равновесие происходит не из желания изменить других, а от принятия их такими, какие они есть;
- все, что мы можем изменить, – это наше восприятие мира, восприятие окружающих, восприятие самого себя;
- важно перестать тревожиться и научиться жить сейчас;
- научитесь прощать – это позволит избавиться от многих проблем;
- необходимо избавиться от страха и предпочесть любовь страху – тогда можно изменить природу наших отношений с другими людьми (Деркач, Семенов 1998).

На восстановление у жертвы насилия контроля над своим поведением может уйти длительное время: недели, месяцы, а иногда и годы. В этих случаях необходим переход от консультативной тактики к психотерапевтической.

Психотерапия жертв насилия может проводиться любыми апробированными в практике методами, среди которых есть и техники, применяемые в работе с насильниками. Выбор техник и подходов зависит от личности клиента, от конкретной ситуации и от профессионализма психотерапевта. Гуманистический подход можно применять при всех возможных видах терапии. Так как пациент нуждается в понимании, принятии и поддержке со стороны терапевта, ориентированная на клиента (client-centred) терапия помогает жертве выразить себя, рассмотреть различные способы реагирования и выбирать из них наиболее подходящий.

Хорошо зарекомендовали себя в практике работы с жертвами насилия следующие

психотерапевтические техники: нейро-лингвистическое программирование, метод десенсибилизации движениями глаз, символдрама, когнитивно-поведенческая терапия, соответствующие техники подробно описаны в главе 3.

5.4 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

При консультировании жертв сексуального насилия необходимо (Моховиков, 2001):

1. Обеспечить возможно более полное и безусловное принятие себя.
2. Способствовать повышению самооценки.
3. Помочь составить конкретный план поведения в обстоятельствах, связанных с насилием (информация о милиции, правоохранительных органах, медицинских процедурах).
4. Помочь определить основные проблемы.
5. Помочь мобилизовать системы поддержки личности.
6. Помочь осознать серьезность происшедшего.
7. Помочь осознать необходимость потратить время на выздоровление.
8. Выявить и укрепить сильные стороны личности клиента.

Принципы помощи жертвам изнасилования 1. Уважение

- > оцените доверие, которое оказывает жертва, обращаясь за помощью;
- > обеспечьте конфиденциальность;
- > учитывайте культурные особенности жертвы.

2. Подтверждение

- > правоты клиентки и необходимости выразить свои чувства;
- > реальности, что жертва осталась в живых и имеет достаточно сил, чтобы справиться с травмой;
- > естественности и адекватности ее чувств,
- > позитивного смысла проявлений психологической защиты.

3. Убеждение

- > что жертва не виновата;
- > что она преодолет свои переживания, страхи и ночные кошмары, являющиеся «оплакиванием потери»;
- > что теперешнее состояние пройдет, если появится надежда;
- > что она имеет для преодоления необходимые силы и ресурсы;
- > что ей самой следует определять, что, когда и кому рассказывать о случившемся.

4. Предоставление разнообразных возможностей

- > передайте ей инициативу в процессе консультирования;
- > дайте необходимую информацию, не заставляя нести ответственность за случившееся;
- > не утверждайте, что необходимо лечение;
- > не интересуйтесь деталями происшедшего, если этого не требуется в терапевтических целях.

В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать обстоятельства психотравмы. Прежде всего, следует поощрить ее к разговору об ощущениях и чувствах. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, чему способствует активное слушание. Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что насильнику не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством тому является тот факт, что она осталась жива.

Спектр возможных эмоциональных реакций жертвы широк:

1. Страх, который может приводить к развитию фобий (страх вновь подвергнуться избиениям, насилию или лишиться жизни). Его не следует подавлять, более того, поскольку он основан на реальных обстоятельствах, иногда нужно предпринять действия по обеспечению безопасности. Существует также и страх отвержения близкими.
2. *Отрицание* серьезности проблемы (или вообще – ее существования).

Произошедшее не осознается или представляется нереальным. В беседе следует принять важность потребности клиента в этой психологической защите.

3. *Потрясение* отсутствием или неприемлемостью альтернатив – выхода из ситуации. Сильные эмоциональные переживания приводят к дезорганизации поведения и дезинтеграции личности. Потрясение усиливает необходимость резких изменений в жизни: смены жилища, поиска работы, новой школы и т.п. В этом хаосе целесообразно совместно выбрать наиболее важные приоритеты и, используя сильные стороны личности, составить конкретный и исполнимый план действий.

4. *Беспомощность*, вызванная неудачными попытками сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружения и общества. Ее преодолению способствует осознание того, что ситуация разрешима.

5. *Гнев* возникает немедленно или с отсрочкой и может быть направлен на любого человека, и стоит выразить его до конца, как бы это ни было болезненно и мучительно.

6. *Чувство вины* за прежние заблуждения, неправильное поведение или уход от значимых отношений. Вину бессмысленно отрицать – важнее то, что она указывает на те явления, зависящие от клиента, а потому могут быть изменены при его желании.

7. *Недоверие* возникает в силу того, что консультант относится к числу прсторонних, от которых продолжает исходить опасность. Поскольку недоверие является в какой-то мере реалистичным, нелишне выслушать и принять выражение недовольства и разочарования клиента.

8. *Депрессия*, проявляющаяся в чувстве незначимости и неспособности к действиям, часто поддерживаемая окружением. Она преодолевается путем принятия своих чувств, приобретения самоконтроля и активного участия в жизни.

9. *Амбивалентность* обусловлена проблемностью социальной и сексуальной ролей как у клиентки, так и у значимых лиц из окружения, а также необходимостью принимать решения об изменении стереотипов жизни. Немаловажно, признав право собеседника на двойственность эмоций, дать возможность их открытого проявления.

После эмоционального отреагирования следует постепенно переходить к работе по восстановлению личностного контроля. Тут не следует ожидать быстрых результатов: порой должно пройти немало времени; недели или месяцы, а иногда и годы уходят на то, чтобы полностью реконструировать отношения с окружающими и достичь интеграции личности. Нет смысла фиксироваться на деталях сексуального нападения: фиксация и генерализация этих переживаний могут приводить к хронической беззащитности и непреодолимому страху перед всеми мужчинами.

Если клиентка обращается за помощью непосредственно после совершенного сексуального нападения, ей рекомендуют обратиться в правоохранительные органы по телефону или лично, для чего ее снабжают соответствующей информацией. Следует убедить в необходимости дать показания следственным органам и как можно быстрее пройти медицинское обследование. Стоит упомянуть, что пройти медицинскую экспертизу желательно в течение первых суток, имея определенные доказательства изнасилования (для чего не следует мыться или принимать ванну). Давать жертве эту информацию очень трудно, но целесообразно напомнить, что эти действия могут облегчить оказание ей помощи. Безусловно, этот момент требует от консультанта особой чуткости. Обращаясь к консультанту, а не в правоохранительные органы, жертва имеет для этого свои основания, и потому переадресацию воспримет как отвержение. Юридическая информация может быть усвоена лишь на фоне установленного доверия и базовой консультативной проработки переживаний.

Из-за отсутствия надежной системы законов и неэффективности их исполнения, несовершеннолетние, пострадавшие от сексуального насилия, обращаются за правоохранительной помощью крайне редко. Это связано с психологической травматичностью дознания и судебного процесса, опасениями разгласить нежелательную информацию в учебных заведениях, среди значимого окружения, сомнением в действенности юридической помощи, страхом перед местью насильника или его окружения.

Жертвам изнасилования показана групповая терапия. Многие кризисные центры, работающие с жертвами изнасилования, опираются на теорию кризиса и используют группы поддержки. Основой такого подхода является доступ к нужной информации, активное слушание и эмоциональная поддержка (Resick et al., 1988). Группа, в которой можно делиться травматическим опытом, избавляет клиента от изоляции и страха насилия (Rosenhan et al., 1989). Cryer и Bcutler (1980) обнаружили, что большинство членов группы становятся заметно компетентнее в распознавании у себя признаков тревожности и страха. Поддерживающая психотерапия может включать в себя не только обмен переживаниями и поддержку, но и обучение. Члены групп поддержки сами выбирают темы для обсуждения (Resick et al., 1988). Часто сюда входят такие темы, как: страх, тревога, реакция семьи и друзей, реакция жертвы на изнасилование и на стимулы, напоминающие о травме. Также групповая терапия может сочетаться с арт-терапией. МсКау (1989) описывает, как жертвы сексуального нападения смогли преодолеть свои травмированные чувства, занимаясь рисованием портретов, рассказывая истории, делая кукол и автобиографической деятельностью. Говоря в группе о случаях преследования и нападения (даже не о том, что случилось конкретно с ними), жертвы выходили из состояния оцепенения, начинали лучше понимать, что с ними произошло и как можно снизить травмирующее воздействие этого события.

В работе психотерапевта с жертвами насилия, особенно физического, сексуального, как правило, недостаточно вербальных методов. Объектом его воздействия должно стать и тело пациента. Ряд физических симптомов, сопровождающих воспоминания о насилии, можно прорабатывать с помощью приемов телесно-ориентированной терапии.

Бланш Эван, создатель метода танцевально-двигательной терапии для жертв сексуального насилия, утверждает, что невербальные творческие способы работы с подобной травмой способствуют достижению психофизического единства, целостности, интеграции расщепленных частей Я-жертвы. При этом, по мнению терапевтов этого направления, физические и психологические границы жертвы остаются неприкосновенными, что снижает риск вторичной виктимизации (Evan, 1991).

В настоящей главе мы приводим пример группового тренинга для работы с жертвами насилия. В тренинге используются в основном различные методики и техники телесной терапии. Вербальные техники носят вспомогательный характер.

5.5 ТРЕНИНГ ПО РИТМО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ритмо-двигательная терапия (РДТ) – это как групповая, так и индивидуальная форма работы с телом, основанная на представлении о том, что существует принципиальная связь между свойствами личности и движениями и что изменения в двигательных привычках воздействуют на психологическое, эмоциональное и физическое здоровье человека. РДТ исходит из постулата, что имеются тесные связи между телом и сознанием, т. е. что человек – это уникальное психосоматическое единство. То, что изменяет тело, изменяет и сознание, и наоборот. Ритмо-двигательная терапия использует движение как средство изменения психологических свойств личности. Телесные проявления, лежащие в основе взаимодействия человека с окружающим миром, рожают диалог, который выявляет отношение индивидуума к себе, к другим и к окружающему миру. Работая с движением, фокусируясь на взаимоотношениях между физиологическими и психологическими процессами, ритмо-двигательная терапия помогает раскрыть, освободить и трансформировать внутренние чувства, конфликты и стремления.

В основе предлагаемого метода ритмо-двигательной терапии лежит синтез трех направлений: телесно-ориентированной психотерапии, танцевальной терапии и ритмической гимнастики.

Телесно-ориентированная психотерапия – теория, основоположником которой считается немецкий психолог В. Райх (1997, 1999). Он разработал понятие «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта.

Райх считал, что характер формируется под влиянием страха наказания за нарушение социальных норм. В результате уже в детстве происходит подавление инстинктивных, естественных желаний (в первую очередь – сексуальных). Сильнейшие эмоции, которые считаются «недопустимыми», действительно не допускаются к реализации, для чего искажаются в сознании и блокируются. Ребенок получает несомненный выигрыш: он избегает наказания (а возможно, получает поощрение), поэтому поначалу подавление «недопустимых» эмоций является сознательным актом. Со временем такое подавление становится привычным, автоматическим, и сознание может в лом почти не участвовать. Хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревогу, гнев и сексуальное возбуждение. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств.

Мышечные зажимы и черты характера служат одной и той же цели, выполняют одну и ту же функцию; они могут влиять друг на друга и подменять друг друга. Психологический и физический (мышечный) панцирь – это одно и то же.

Телесно-ориентированная психотерапия воздействует на мышечный панцирь. Работа с телом освобождает эмоции: гнев, стремление к удовольствию, тревогу, ненависть или любовь; они находят свое выражение, допускаются к реализации. После этого никакой панцирь не нужен – ни мышечный, ни психологический. Человек в буквальном смысле слова рождается заново.

В телесной терапии существует много течений и моделей, объясняющих взаимосвязь и взаимодействие сознания и тела. Соответственно, существует множество различных подходов, иногда не имеющих между собой почти ничего общего, кроме убеждения в том, что тело является проявлением личности, что они представляют собой функцион&твное единство. Разработано множество разнообразных техник, которые используют взаимодействие с телом: прикосновения, движения, дыхание.

Танцевальная терапия происходит от сценического танца, но если в нем чувства выражаются посредством крайне структурированных движений, то в терапии они свободно выражаются в спонтанности, импровизации, а стилизация, делающая танец представлением или видом искусства, тут роли не играет. Танец является коммуникацией посредством движения, поэтому в танцевальной терапии нет стандартных жанров и для личной выразительности могут использоваться все формы движения. Цели танцевальной терапии включают: осознание собственного тела, создание позитивного образа тела, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта. Фундаментальное значение для танцевальной терапии имеют взаимоотношения спонтанных движений и психического состояния, а также убеждение в том, что характер движений отражает личностные особенности.

В отличие от телесно-ориентированной психотерапии, имеющей дело в основном со статическими мышечными зажимами, ритмо-двигательная терапия занимается динамическими, двигательными психосоматическими зажимами разного уровня, спектр ее воздействия широк: от элементарной моторной скованности до трансценденции сознания в сложных ситуациях и проработки трансперсональных уровней переживаний. В отличие от танцевальной психотерапии, основной формой работы в которой является спонтанный танец, РДТ работает преимущественно с жестко структурированным движением, директивно определяемым руководителем группы по принципу «делай как я». В этом смысле занятие по ритмо-двигательной психокоррекции в группе больше похоже на занятия в группах ритмической гимнастики.

Ритмо-двигательная терапия позволяет человеку узнать, что он чувствует, понять, почему он это чувствует, выразить то, что он чувствует, и поступать на основе своих истинных чувств, усиливая ощущение благополучия через тесное взаимодействие со своим телом. Распознавание «посланий» собственного тела способствует лучшему пониманию того, что именно человеку необходимо.

Механизм ритмостимуляции активности мозга через дыхание был выявлен еще А. А. Ухтомским (1951). С процессом усвоения ритма он связывал формирование доминанты – мощного очага раздражения в коре головного мозга, который совершает отбор

воздействий внешней среды, влияющих на поведение, и при помощи сознания определяет состояние и поведение человека в данный отрезок времени.

Ритмическое движение дарит человеку здоровье – не просто отсутствие болезненных ощущений, а полноту и естественность жизни, самореализацию. Но ритмическое движение – это и прекрасное лекарство. Оно способствует уменьшению локального мышечного напряжения – зажимов. Различные движения, вращения, прыжки заставляют напрягаться и расслабляться все мышцы. Одновременно происходит тренировка равновесия и дыхания, улучшаются подвижность и осанка. Ритмическое движение учит владеть своим телом, помогает скорректировать фигуру.

Выделяют следующие основные функции ритма:

- облегчение координации и взаимодействия с другими;
- стимуляция спонтанного движения;
- активизация опорно-двигательного аппарата;
- уменьшения тревожности, сопротивления, напряжения и агрессии.

Для ритмо-двигательной терапии жизнь тела является зеркалом сознания. Ритмическое движение выражает, выносит на поверхность качество и специфику конфликтов личности и ее характерологические особенности. Различные категории движения 'пространство, время, вес, направление – являются метафорами основных жизненных тем личности

Пространство – как много места я позволяю себе занять в жизни, в мире других людей? Насколько я чувствую «свое» пространство? Как я вхожу в пространство других людей? Какие зоны пространства мною освоены и используются, а какие – нет?

Время – какой ритм более органичен для меня? При каком ритме – быстром или медленном – я чувствую себя увереннее, при каком возрастает тревога? Могу ли я освоить разнообразие ритмов?

Вес – насколько я чувствую свой вес и, следовательно, опору, поддержку, связь с землей? Могу ли я доверить свой вес, свое тело другим людям?

Направление – насколько координированы мои движения? Насколько я могу «держаться» цель, определенный ритм или стиль движения? Какие части тела «выпадают» из направленного движения, как часто это происходит? Как много неосознанного хаоса в моем теле?

Следование ритму позволяет человеку войти в кинестетический транс – измененное состояние сознания, для которого характерна фиксация внимания на телесных ощущениях. В транс подсознание способно произвести ту внутреннюю реорганизацию психики, в которой человек нуждается, чтобы приспособиться к действительности. В современном мире человек утратил многие ритуалы более примитивных обществ – церемонии с пением, танцами и мифологическими действиями, в результате которых у людей наступало состояние транса. Вновь обретая способность входить в состояние транса, человек приобретает гибкость, нужную для глубокого изменения и, соответственно, приспособления к жизни. Входя в состояние транса, человек присоединяется к целостному древнейшему миру, вне зависимости от конкретной культуры. Одной из целей вхождения в транс является создание физиологического состояния, в котором человек мог бы начать создавать новые образы решения своих проблем, что, в свою очередь, позволило бы ему по-новому направить свою жизнь так, чтобы самоосуществиться, самореализоваться в мире дезорганизации и стресса.

Ситуация насилия (как семейного, так и сексуального), безусловно, является кризисной ситуацией и, как и в любой кризисной ситуации, тут начинают «ломаться» слабые места (места наименьшего сопротивления) характера. В данном случае характер человека понимается как набор устойчивых способов поведения и эмоционального реагирования на окружающую среду, который формируется в раннем детстве и потом остается практически неизменным. Соответственно, у каждого типа характера существуют свои базовые проблемы, с которыми и работает ритмо-двигательная терапия. В ходе дальнейшего описания РДТ мы не будем делать акцент на работе в данном формате именно с жертвами насилия.

Ритмо-двигательная терапия помогает разобраться со следующими проблемами:

- с границами (установление границ с окружающим миром, какую важность это имеет для меня);
- с межличностными отношениями (контакты и общение с другими людьми);
- с Я-образом (место человека в мире, как он себя ведет, что чувствует, как реагирует на определенные ситуации);
- со сверхконтролем (как он контролирует себя и других);
- с агрессией (способность справляться с агрессией, неадекватным поведением);
- с опорами или заземлением (устойчивость);
- с психофизиологическими блоками (блоки – это «зажимы», вызванные необходимостью сдерживать себя из-за установленных правил поведения в обществе);
- со структурной интеграцией (преодоление беспорядочности действий и суждений, когда чувства, мысли и поведение не совпадают).

Занятие состоит из разминки, быстрой (ритмической) части и заключительной части. Каждое занятие лучше посвятить работе над какой-то одной проблемой.

Продолжительность, интенсивность и содержание занятия могут быть разными в зависимости от наличия времени, желания, физической подготовки и поставленных задач. Некоторые упражнения рассчитаны на работу в паре или в группе. Заниматься необходимо в удобной спортивной одежде, обязательно перед зеркалом, чтобы видеть, что и как получается. Перед началом занятий нужно сформулировать проблему, с которой клиент намерен работать.

Ритмо-двигательной терапии, так же, как и другим телесным техникам, нельзя обучиться по книгам. Консультант должен пройти соответствующее обучение, прежде чем начинать работу с группой.

Упражнения, приведенные в тренинге, взяты из следующих работ: Белый, Швед 2003; Березкина-Орлова, 2001; Бе-резкина-Орлова, Баскакова, 1997; Гиршон, 2000а, б; Грачева, 2003; Кзмпбелл, 1999; Лисицкая, 1994; Лоуэн, 1997; Сергеева, 2000; Шкурко, 2003; Эндрюс, 1966.

РАБОТА С ОПОРАМИ (ЗАЗЕМЛЕНИЕ)

«Чем лучше человек ощущает свой контакт с почвой (реальность), чем прочнее он держится за нее, тем большую нагрузку может выдержать и с тем более сильными чувствами он способен совладать» (Лоуэн, 2000).

Качество «заземления» человека отражает его внутреннее чувство безопасности. Когда человек хорошо заземлен, он комфортно чувствует себя и уверен, что имеет почву под ногами. Это зависит не от силы ног, а только от того, насколько мы их ощущаем. Проблема недостатка чувства безопасности неразрешима, пока человек не осознает свое недостаточное заземление. Он может верить, что находится в безопасности потому, что получает деньги, имеет семью и положение в обществе. Но если он не заземлен, то будет страдать от недостатка внутреннего чувства безопасности.

Заземление противоположно «подвешенности». В «подвешенном состоянии» находится человек, оказавшийся в эмоциональном конфликте, парализующем его и мешающем ему совершать любые эффективные действия, направленные на изменение ситуации. Состояние подвешенности может быть осознанным и неосознанным. Если человек осознает конфликт, но не может разрешить его, – это осознанная подвешенность. Однако состояние подвешенности может быть обусловлено конфликтами, случившимися в детстве, воспоминания о которых долгое время подавлялись. В этом случае это подвешенность неосознанная.

Любая подвешенность, осознанная или неосознанная, ограничивает свободу передвижения человека во всех областях жизни, а не только в сфере конфликта. Причем неосознанное состояние подвешенности находит свое отражение в теле – в форме хронического мышечного напряжения, подобно всем неразрешенным эмоциональным конфликтам.

Иллюзии и мечты являются частью жизни большинства людей. Как правило, не осознается тот факт, любая иллюзия как бы подвешивает человека. Он попадает в

неразрешимый конфликт между требованиями реальности, с одной стороны, и попыткой осуществить иллюзию – с другой. Он не хочет отказываться от своей мечты, потому что это будет означать поражение его Я. В то же время он не может полностью игнорировать требования реальности, которая в результате расхождения с иллюзией часто приобретает пугающий и угрожающий вид. Человек продолжает видеть реальность глазами отчаявшегося ребенка.

Страх падения является переходной стадией между состоянием подвешенности и твердым стоянием на земле. В последнем случае страха падения нет, в первом – он занавешен иллюзией. Если допустить это предположение, это означает, что каждый клиент, который перестанет держаться за свои иллюзии и попытается спуститься вниз на землю, будет переживать страх падения.

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку почувствовать, насколько твердо он стоит на ногах, и усилить свое чувство реальности, заземленности.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Удерживать равновесие»

По тому, как человек удерживает равновесие тела при малой площади опоры, можно судить, насколько он внутренне уравновешен, уверен в себе и самостоятелен в ситуациях, когда не на что (или не на кого) опереться. Упражнение направлено на выявление и развитие равновесия. Двигайтесь медленно, плавно, без рывков и остановок, как бы перетекая из одной позы в другую.

Встаньте свободно. Сосредоточьтесь на своих внутренних ощущениях и почувствуйте в теле свою внутреннюю опору, центр тяжести (на уровне пупка); почувствуйте себя парящим над землей, как птица, опирающаяся распахнутыми крыльями на воздушный поток.

После этого поднимите согнутую в колене правую ногу (бедро параллельно полу), закройте глаза и почувствуйте, как она опирается на землю. Откройте глаза и повторите то же с левой ногой.

Упражнение можно усложнить, если при его выполнении встать на носки.

Поразмышляйте, почему с закрытыми глазами вас начало «уводить» с опоры? На какой ноге было стоять легче: на правой или левой? (Левая сторона тела – социальные отношения, правая сторона – личные отношения с близкими людьми.)

Упражнение 2 «Приседание»

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см. Присядьте на корточки так, чтобы обе пятки прикасались к полу; вес тела перенесите на передние части стоп. Попробуйте удержаться в этом положении без какой бы то ни было опоры. Если опора все же необходима, слегка держитесь за какую-либо мебель, стоящую перед вами.

Если вам требуется опора, можно выполнять это упражнение, подложив под пятки валик из свернутого полотенца такой толщины, чтобы помочь вам сохранить равновесие, но не делать упражнение слишком легким, иначе цель упражнения – растяжение напряженных мышц ног – не будет выполнена. Достижение этой цели можно приблизить, смещая центр тяжести попеременно вперед и назад.

Если сидение в такой позе начнет вызывать боль, опуститесь на колени, отведите стопы назад и сядьте на пятки. Это может оказаться болезненным, если голени и стопы напряжены. Если это так, присядьте снова, чтобы расслабить лодыжки. Регулярное сидение на корточках и на пятках ускоряет процесс расслабления.

Упражнение 3 «Наклон Лоуэна»

Поставьте стопы на расстоянии около 45 см друг от друга, слегка разверните носки внутрь так, чтобы почувствовать ягодичные мышцы. Наклонитесь вперед так, чтобы перенести вес тела на основания больших пальцев ног и коснуться пола пальцами расслабленных рук (не ладонями). Колени слегка согнуты. Голова опускается как можно ниже, подбородок опущен. Дыхание ртом, свободное и глубокое. Это упражнение выполняется в течение как минимум двадцати пяти дыхательных циклов; постепенно их число доводится до шестидесяти. Через какое-то время ноги начинают дрожать, это озна-

чает, что через них проходит волна возбуждения. Если дрожи нет, значит ноги слишком напряжены. В этом случае можно вызвать дрожание, медленно сгибая и выпрямляя ноги. Движения должны быть небольшой амплитуды: их цель – расслабление мышц.

Существует два условия хорошего «заземления»:

1. Эластичность коленей, которые работают как амортизаторы. Если на тело сверху действует какая-то сила, колени сгибаются.

2. «Выпущенный» живот. Для многих людей «выпустить» живот очень трудно. Это противоречит их представлениям о подтянутости (втянутый живот и выпяченная грудь). Это установка солдата, который должен функционировать, как автомат. Напряженный живот связан с подавлением сексуальности, печали и других эмоций, затрудняет брюшное дыхание. «Выпустить» живот часто очень неприятно для женщины. В викторианское время женщины носили корсеты, чтобы скрыть свою сексуальность. Внешний корсет создает корсет психологический. Многие мужчины также противятся «выпусканию» живота. Если даже живот выпуклый, это не значит, что он выпущен. Живот при этом может быть напряженным. На высоте пупка или таза может находиться «стискивающий обруч», создающий затор для движения энергии.

Упражнение 4 «Арка Лоуэна»



Стопы на расстоянии около 40 см друг от друга, носки немного повернуты внутрь. Сожмите ладони в кулаки, уприте их в область крестца (большие пальцы направлены вверх).

Согните колени так сильно, как можете, не отрывая пяток от земли. Прогнитесь назад, опираясь на кулаки. Вес тела перенесите на пальцы ног. Линия, соединяющая центр стопы, середину бедра и центр надплечья, изогнута, как лук. В этом случае освобождается живот. Если имеется хроническое напряжение мышц, то человек, во-первых, не в состоянии



выполнить упражнение правильно, а во-вторых, чувствует это напряжение как боль и неудобство в теле, препятствующие выполнению упражнения.

Упражнение 5 «Мать-земля»

Ритмичное топание по кругу под африканские ритмы в течение 7–10 минут. При этом шаг выполняется на полусогнутых ногах, стопа ставится на пол всей поверхностью, с топанием. Важно, чтобы было ощущение плотного соприкосновения стопы с землей.

Ритуалы древних племен, посвященные земле, исполнялись на открытом твердом грунте. Когда исполнители танцевали, топя ногами в землю, поднималась пыль. Со стороны это выглядело так, будто исходит земная сила; танцоры как бы купаются в ней и впитывают ее. Чем сильнее удары ног в землю, тем выше поднимается пыль, тем больше силы отдает земля. Чем ниже приседают танцоры, тем ближе они к Матери-земле, тем раньше встречают они силу земную и тем сильнее становятся.

Упражнение 6 «Морская водоросль»

Представьте, что вы водоросль, растущая на морском дне. Ваши стопы, являясь корнями, не могут сдвинуться с места, но голова, руки, плечи, туловище, бедра и колени – стебли водоросли, они непрерывно колеблются под воздействием морского течения, которым в данном случае являются движения рук вашего партнера. Закройте глаза и двигайтесь, повинаясь «течению», с его скоростью и в том же направлении. Не следует забывать, что стопы должны быть надежной опорой, сильной и одновременно гибкой.

Партнер, который играет роль морского течения, может менять скорость и интенсивность движений «водоросли».

Упражнение 7 «Бульдозер и Пеньки»

Это упражнение можно выполнять как в парном, так и в групповом варианте.

Парный вариант:

Один из участников исполняет роль Бульдозера, который должен выкорчевать Пенек, роль которого выполняет другой партнер. Тот, кто играет роль Пенька, должен, укоренившись, стоять на месте и не сходить с него. Играющий роль Бульдозера пытается

стащить партнера с этого места всеми способами – хватая за руки, толкая и т. д. Через какое-то время партнеры меняются ролями.

Групповой вариант:

Если в эту игру играют три человека, один становится Пеньком, а двое других – Бульдозерами. В процессе игры играющие меняются ролями.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Состоит преимущественно из прыжковых ритмичных упражнений с обязательным приземлением на всю стопу и небольшим пружинным сгибанием колен. К сожалению, овладеть по книге главным средством из арсенала ритмо-двига-тельной терапии – быстрыми ритмическими движениями – практически невозможно, поэтому здесь не приводятся пошаговые движения, разработанные для решения каждой конкретной психологической проблемы. Исключение составляют только упражнения «Джаз-танец» и «Ки-бо». В остальном мы ограничиваемся лишь общими рекомендациями по поводу характера быстрых ритмических движений, наиболее полезных в каждом случае, и приводим несложные упражнения, которым консультанту нетрудно научиться самостоятельно.

Можно танцевать «Летку-енку» – танец, который многим знаком. 2 маха правой ногой, 2 маха левой, прыжок вперед на обе стопы, прыжок назад и 3 движения твиста. Цикл повторяется 15–20 раз.

Расставляем ноги как можно шире, ставим ладони на пол, сгибаем и разгибаем колени, голову можно опустить, а можно держать поднятой.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Метафора одного шага»

При выполнении этого упражнения (<http://bodywork.magin.ru/games.ru>) вес тела плавно перетекает сначала полностью на одну ступню, затем – на другую. Стопы и колени должны проходить рядом друг с другом параллельно, но не соприкасаясь. Опорная ступня «распластывается» на полу (женщинам можно вспомнить ощущение «раскатывания теста»). В любой момент положение тела является устойчивым, по команде «стоп» тело не заваливается («пришп покая в движении»). Голова во время движения находится на одном и том же уровне, глаза смотрят прямо, корпус не наклоняется.

Стоя на полусогнутых в коленях ногах (внутренние части ступней соприкасаются, руки держите вблизи живота), присядьте, опуская прямой позвоночник вниз. Когда вы почувствуете свои ноги «сжатыми пружинами», начните плавно и медленно скользить правой стопой параллельно земле на 1–2 сантиметра выше уровня пола (при этом необходимо чувствовать расстояние до пола, не допуская «обрыва в пропасть»), пока колено не окажется почти прямым. Все это время вес тела полностью остается на левой ноге, проекция центра тяжести тела находится в пределах опорной стопы (устойчивое положение).

Опустите правую стопу (сначала пятку, потом носок). Вес все еще остается на левой ступне. Плавно перенесите вес вперед, на правую ногу; важно прочувствовать его перетекание. Левая нога подтягивается к ступне правой только после установления опоры на правой ноге. Цикл повторяется.

Упражнение 2 «Падение»

Отношение человека к физическому падению отражает его восприятие жизненных «падений» – неудач: насколько он боится их и насколько тяжело из них выходит. Важно понять, что травму вызывает не само падение, а сопротивление ему, ограничивающее естественную телесно-психологическую приспособляемость человека к ситуации. Способность видеть в падении необходимые компоненты развития укрепляет уверенность человека в себе.

Упражнение выполняется в несколько этапов с постепенным усложнением. Каждый вариант упражнения выполняется по несколько раз. Когда освоен более простой вариант, можно переходить к следующему, более сложному. Для безопасности можно постелить на пол несколько спортивных матов.

1. Стоя в полный рост, кружиться на месте так, чтобы расслабленные руки отлетели в стороны, а кисти налились тяжестью. Затем резко остановиться и упасть, куда «поведет тело». Как правило, падение идет с закручиванием, по спирали. Упражнение очень похоже на то, как играют (кружатся) дети.

2. Встать в полный рост. Полностью расслабив тело, упасть на пол мягко, с закручиванием (так, как это получалось после кружения в предыдущем варианте упражнения).

3. Встать в полный рост. Подпрыгнуть вверх и мягко упасть на пол, приземлившись на ноги с последующим перекатом на бок и спину.

4. Встать в полный рост на опоре, приподнятой над землей. Оттолкнувшись от нее, подпрыгнуть вверх и с высоты упасть на пол, мягко приземлившись на ноги с последующим перекатом на бок и спину.

Упражнение 3 «Восхождение к устойчивости (работа с «внутренним ребенком»)»

Один участник лежит на полу на спине, согнув ноги, другой стоит и своими ногами упирается в его ступни. Он не должен ни мешать, ни помогать лежащему, а только служит ему опорой.

Лежащий перемещает свои стопы вверх, «идет» по ногам стоящего. Это и есть путешествие к устойчивости. В этом движении проявляется память тела – стремление «внутреннего ребенка» найти опору. Когда ноги лежащего выпрямятся, его стопы должны оказаться на животе партнера. Стоящий некоторое время удерживает ноги партнера на своем животе («благодарность через живот»). Потом следует плавный выход из контакта: стоящий понемногу отходит назад, пока ноги партнера полностью не лягут на пол.

Затем стоящий берет партнера за стопы и на вдохе надавливает на них, а на выдохе – отпускает. Стоящий должен дышать в ритме партнера – это ассимиляция энергии.

Проводится обсуждение: почувствовал ли лежащий состояние устойчивости, было ли это трудно и почему? Когда было максимально удобно? Легко ли было выйти из контакта? После этого партнеры меняются ролями.

Эта процедура демонстрирует сложности с матерью. Если на подъеме было трудно, а на животе (т. е. как бы в утробе матери) удобно – это хорошо. Если клиент не может выйти из контакта, это свидетельство сложностей с матерью. Если контакт разрывается очень резко, это признак очень плохих отношений с матерью.

РАБОТА С ГРАНИЦАМИ

Граница между тем, что находится внутри тела, и внешней средой более или менее четко переживается нами, но эта граница весьма относительна. Установление границ своего Я, соотносимого с границами тела, является важным условием различных видов поведения и средством их осуществления. Необходимость такого определения границ проистекает из потребности человека в личной идентичности, в интегрированности.

Многочисленные исследования показали высокую корреляцию между определенностью границ образа тела и некоторыми личностными характеристиками человека. Например, высокий уровень определенности устойчиво связан с такими характеристиками индивида, как более высокая способность к адаптации, сильная автономия, выраженное стремление к эмоциональным контактам. Низкая степень определенности границ коррелирует со слабой автономией, высоким уровнем личностной защиты, неуверенности в социальных контактах.

Границы физического Я связаны с границами личной зоны каждого человека, и их взаимосвязь можно эффективно использовать в процессе психотерапии. Вне зависимости от того, насколько ограниченным является окружающее нас пространство, у каждого из нас имеется личная зона или территория – та область, которую мы будем стараться сохранить от внешнего вторжения. Способы охраны границ наших личных зон и признание нерушимости чужих границ определяют характер наших взаимоотношений с другими людьми. Человек определенным образом реагирует на окружающее пространство и определенным образом его использует, что само по себе является способом передачи информации другим людям. Использование пространства имеет решающее значение для человеческих взаимоотношений, прежде всего – для выяснения

степени близости между людьми. У каждого человека есть свои территориальные потребности. Выделяются четыре ярко выраженные зоны, внутри которых действует человек: интимной близости; личной близости; социального контакта; общественной дистанции. Расстояние между людьми от одной зоны к другой возрастает по мере того, как степень близости между ними уменьшается.

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку осознать, как он устанавливает границы с другими людьми и всегда ли они соответствуют ситуации.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Границы»

Вариант 1

Чтобы сохранить свою целостность, мы проводим вокруг себя невидимые границы. Мы позволяем другим приближаться к нам физически и психологически лишь до определенного расстояния, защищая себя от вредного воздействия или от чрезмерно сильного влияния. Неспособность отстаивать свои границы создает трудности для самого человека и для окружающих. С другой стороны, когда мы храним большую дистанцию от себя или делаем границы непроницаемыми, мы становимся одиночками. Общаясь с другими, мы часто не замечаем этих психологических границ. Неосторожно преступив их, мы проявляем бестактность по отношению к человеку, а тот, кто нарушает наши границы, кажется, нам бесцеремонным или тяготит нас.

Немало конфликтов возникает из-за того, что в повседневной жизни мы недостаточно четко обозначаем границы своей личной территории и сами оказываемся невосприимчивыми к знакам, указывающим на приближение к чужим границам.

Данное упражнение помогает участникам стать более чувствительными к границам членов группы, с которыми им бывает трудно находить общий язык.

Посмотрите на всех членов группы и выберите кого-нибудь, с кем вам по какой-то причине трудно общаться. Сядьте друг напротив друга и задумайтесь на минуту о том, как вы в это мгновение можете представить себе ту невидимую психологическую границу, которую проводит вокруг себя ваш партнер. Как вам кажется, насколько близко он позволит вам подойти к себе? Каким образом? При каких условиях? Как он скажет вам «стоп!» или «подойди поближе»?

Попробуйте молча поэкспериментировать друг с другом. Встаньте лицом друг к другу и вытяните руки перед собой. Коснитесь своими ладонями ладоней партнера, так, чтобы ваши руки были мягко прижаты друг к другу. Смотрите друг другу в глаза и делайте соприкасающимися ладонями и пальцами различные движения. Экспериментируя с движениями, постарайтесь узнать что-либо новое о своем партнере.

Что выражают движения партнера? Кто из вас чаще оказывается инициатором движений, а кто чаще проводит разведку? Кто чаще говорит «стоп!»?

Теперь найдите ту индивидуальную границу, которую партнер очерчивает вокруг своего тела и которую он готов защищать. Приближая руки к партнеру с разных сторон, на разной высоте от ступней до макушки, выясните, в какой мере он позволяет вам приблизиться к нему в разных местах. Как вы сами себя чувствуете, приближаясь к его границам? Насколько вы уверены в себе и в какой мере позволяете партнеру подойти к вашим границам? Будьте чувствительны к сопротивлению с обеих сторон, а также к желанию увеличить дистанцию. Где проходит ваша собственная граница и как вы ее защищаете?

Теперь сядьте вместе со своим партнером. Поговорите о том, что вы заметили, о том, какую «политику границ» применяет каждый из вас и как вы можете использовать понятие для того, чтобы в будущем легче ладить друг с другом.

Вариант 2

Это упражнение предназначено для того, чтобы помочь двум конфликтующим между собой участникам проанализировать важные аспекты возникших между ними трудностей. (В продвинутых группах можно видоизменить упражнение, разделив группу на четверки, чтобы в каждой подгруппе было два конфликтующих участника, один посредник и один

участник в качестве модели адекватного поведения.)

Цель упражнения состоит в том, чтобы выявить те правила, по которым каждый из нас определяет, как именно должны с ним обращаться другие люди, а также в том, чтобы выработать индивидуальный стиль защиты своих границ. Эффективный контроль над границами является предпосылкой нашего самоуважения.

Прежде всего убедитесь в готовности обеих конфликтующих сторон работать со своими трудностями.

В центре внимания находится один из участников конфликта (А), другой (Б) наблюдает. Попросите А выйти на середину и сосредоточиться на своем индивидуальном пространстве, которое его окружает и защищает. Пусть А опишет, насколько велико это пространство и какой оно формы; затем спросите его, может ли он выходить из своего личного пространства и насколько далеко.

Спросите А, кому и при каких условиях он позволяет заходить в свое личное пространство. Здесь могут помочь другие участники группы (но не Б!). Они могут, исполняя различные роли (роль мужчины, женщины, знакомого, чужого и т. д.), вступать в личное пространство А. При этом никто не должен произносить ни слова. Вы также можете попросить войти в личное пространство А нескольких человек одновременно, чтобы А мог выяснить, как он к этому относится. На каждом из этих этапов помогите А разобраться, как он открывает и закрывает свои границы, и подчеркните, что только он сам отвечает за определение своих границ и их защиту.

Теперь спросите А, каким образом он приглашает другого войти в свое личное пространство. Пусть он снова без слов пригласит к себе помощников, исполняющих различные роли, причем исполнители должны выражать различную степень заинтересованности. Здесь следует выяснить, насколько гибко этот человек может настраиваться на различные ситуации и устанавливать контакт.

Пусть теперь Б войдет в личное пространство А, причем именно таким образом, как он обычно делал это раньше. А затем пусть Б вступит в личное пространство А так, как он это хотел бы сделать, учитывая только что полученную информацию.

Повторите всю процедуру, поменяв роли участников А и Б.

Обсудите упражнение.

Упражнение 2 «Броуновское движение»

Это задача на здоровый эгоизм – упражнение помогает каждому участнику выяснить, чего хочет его тело. Группа изображает броуновское движение: участники ходят по помещению, не вступая ни в какие контакты. Потом, по сигналу, они могут вступать в любые невербальные контакты друг с Другом. При этом они должны прислушиваться к своим ощущениям: что с ними происходит, когда другие пытаются идти на контакт с ними, и что происходит, когда они пытаются идти на контакт, а им отвечают взаимностью или не идут навстречу.

После этого задача усложняется: участники должны передвигаться с закрытыми глазами и, столкнувшись с другим участником, пытаться опознать друг друга.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1

«Движение в разных ярусах кинесферы»

Понятие «кинесфера» (пространство вокруг тела, в границах которого происходят движения максимальной амплитуды) заимствовано из танцевально-двигательной терапии. Это упражнение проводится в трех горизонтальных ярусах кинесферы:

- нижнем – от бедер до земли, включая все доступное для движений пространство вокруг ног: приседания, наклоны, переползания и т. д.;
- среднем – движения руками и корпусом ниже уровня плеч;
- верхнем – движения головой, шей, плечевым поясом и руками выше уровня плеч: прыжки, «полеты» и т. д.

Лягте на спину, закройте глаза и определите положение центра тяжести вашего тела. Затем определите центр тяжести в других положениях: лежа на животе, сидя и стоя. Подвигайтесь, как кошка, и найдите центр тяжести тела кошки. Выполняя движения

характерные для разных животных, определите, где находится центр тяжести обезьяны? Петуха? Рыбы? Воробья, прыгающего по земле?

Переместитесь из одного конца зала в другой в нижнем ярусе кинесферы. Движения выбирайте самостоятельно – вы можете перекатываться по полу, разными способами ползти на животе или на спине. Единственное условие – ваш центр тяжести должен находиться не выше 10 см от пола. Достигнув противоположного конца зала, вернитесь обратно, двигаясь в среднем ярусе кинесферы. Третий раз пересеките зал, двигаясь в верхнем ярусе кинесферы – выполняя прыжки, взмахивая руками и т. д.

Упражнение 2 «Танец в ограниченном пространстве»

Для этого упражнения необходимо помещение, плотно заставленное мебелью. Участники исполняют импровизированные танцевальные движения, избегая наталкиваться на предметы. Двигаться следует не только ритмично, но и достаточно быстро; движения вправо и влево, должны быть симметричными. Посмотрите, насколько хорошо вам удастся лавировать в ограниченном пространстве.

Упражнение 3

«Танец отождествлений»

Отождествляйте себя последовательно с четырьмя стихиями: Воздухом, Огнем, Землей и Водой. Прочувствуйте специфику и энергетику каждой из стихий, отдайтесь ей целиком. Выполняя это упражнение, вы также можете отождествляться с лесом, небом, рекой, травой, любыми, в том числе сказочными, животными, четырьмя сторонами света и т. д. В танце вы можете отождествляться с чем угодно, хоть с дверной ручкой, – это очень способствует психологическому раскрепощению, размытию границ Эго, ослаблению привязанности к себе. Очень хорошо отождествляться с персонажем музыкального произведения, например песни. Поиграйте с «попсой» – это отлично развивает актерские способности и уменьшает чувство собственной важности.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Тряпичная кукла»

Станьте на колени позади своего партнера, сидящего на полу, и попросите его прислониться к вам спиной и расслабиться настолько, чтобы вы могли перемещать его в любом направлении. Это упражнение потребует от вас полной концентрации внимания, так как вы все время должны поддерживать партнера. Если какой-нибудь участок тела будет оказывать сопротивление вашим действиям, уделите ему особое внимание.

Упражнение 2 «Прятки»

Упражнение выполняется парами. Партнеры прислоняются друг к другу спинами. Задача одного из играющих – увидеть лицо другого. Второй партнер должен не позволить ему этого с помощью простого приема: не теряя контакт спины со спиной.

Упражнение 3 «Смыкающийся круг»

В зале выстраивают широкий круг из стульев спинками к центру; члены группы находятся внутри круга, консультант – снаружи. Звучит музыка, и участники начинают спонтанно двигаться, свободно перемещаясь в пространстве, взаимодействуя с другими. Консультант понемногу сдвигает стулья к центру круга, вынуждая участников сближаться. Наконец участники оказываются сжатыми в совсем тесный кружок, а консультант все продолжает уменьшать пространство. Улыбки на лицах участников исчезают, они перестают понимать консультанта, ведь им уже практически невозможно двигаться. Консультант просит их еще ужаться, возможно, избавившись от кого-то из членов группы – выставив его за круг. Теоретически упражнение может продолжаться до тех пор, пока в центре круга не останется один человек. В большинстве случаев упражнение можно прекратить уже тогда, когда группа начинает выталкивать кого-то из участников или когда члены группы начинают сами покидать группу, чтобы остальным не пришлось делать мучительный выбор. Идеальным вариантом развития событий является тот, когда группа отказывается выполнять упражнение, вступая в конфронтацию с консультантом. Таким образом, участники группы берут ответственность за происходящее на себя, повышая групповую автономность, осознавая себя чем-то большим, чем просто сумма людей, – членами группы.

Обсудите упражнение. Какова связь межличностной дистанции и отношения к человеку? Что чувствовали участники, когда в их персональное пространство вторгались другие люди? Одинаково ли они себя ощущали при взаимодействии с разными людьми?

При обсуждении важно дать участникам выразить свои чувства, свое видение происходящего, объяснить себе и другим то, что произошло. Чтобы облегчить свободное выражение чувств, консультант может рассказать о своих затруднениях, о своем смятении в ситуации, когда он был вынужден «давить» на группу, чтобы она осознала свою целостность.

РАБОТА С МЕЖЛИЧНОСТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ (КОНТАКТЫ И КОММУНИКАЦИЯ)

Между организацией речи и телодвижений в человеческой коммуникации существует нейрофизиологическая связь (фельденкрайз, 1997). Использование ритма и кинестетических паттернов на занятиях ритмо-двигательной терапией помогает установить или восстановить межличностную коммуникацию: синхронные движения облегчают процесс общения.

Координация рассматривается как необходимое условие для достижения удовлетворительного социального взаимодействия. Люди, имеющие нарушения в социальной коммуникации, способны научиться необходимому поведению (ритмической координации с другими), которое затем может быть переведено в другие социальные контексты. В результате занятий ритмо-двигательной терапией большинство клиентов выходят на более глубокий и богатый уровень общения, выражая чувства через движения тела под общий ритм. Ритм с незапамятных времен известен как фактор, организующий человеческое поведение и создающий чувство солидарности между людьми.

Полноценное общение невозможно без обратной связи. Человеку всегда важно знать, насколько его поняли, насколько его приняли со всей информацией, которую он хочет донести, насколько он сам правильно понял, увидел, услышал то, что ему сообщили. Часто при общении принимается во внимание только вербальный компонент, однако человек всегда говорит еще и телом. Этот невербальный язык может быть информативнее и даже правдивее (в случаях, когда вербальные и невербальные проявления расходятся или противоречат друг другу). Что хочет сказать человек своей походкой, своей позой, своими жестами? Каким образом его телодвижения подтверждают то, что он говорит словами?

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку понять – удастся ли ему представить миру свое истинное лицо? Принимают ли другие люди сигналы, которые он направляет им? Если они понимают эти послания по-другому, то, может быть, именно поэтому человеку не удастся интегрироваться в мир? Может быть, именно этим объясняются его жизненные неудачи?

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Зеркало»

Участники становятся парами лицом друг к другу. Один из них делает замедленные движения. Другой должен в точности копировать все движения партнера, быть его «зеркальным отражением». Через некоторое время они меняются ролями.

На первых порах консультант налагает ограничения на действия ведущего партнера: не делать сложных движений, не производить несколько движений одновременно, не использовать мимику, соблюдать крайне медленный темп.

В ходе выполнения упражнения участники довольно быстро обучаются чувствовать тело партнера и схватывать логику его движений. От раза к разу следить за ведущим становится все легче, и все чаще возникает ситуация предвосхищения и даже опережения его действий. Это упражнение является хорошим средством для установления психологического контакта.

Упражнение 2 «Двойник»

Упражнение активизирует «внимание тела», облегчает взаимодействие с партнером, усиливает понимание его невербальных сообщений через подражание им.

Один из участников выходит в центр и произносит монолог о своих мыслях, чувствах, переживаниях. Это не подготовленная речь, а мысли вслух, поток сознания. Он

может двигаться по комнате, совершать любые действия. Второй участник по своей инициативе подходит и встает позади первого, принимая его позу и повторяя движения и слова. Его задача – представить себе чувства первого. Обязательное условие – копировать невербальное поведение. Через несколько минут двойника меняют.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Шмели и лебеди»

Упражнение развивает эмпатию; помогает увидеть барьеры общения; помогает найти участникам «свой» ритм (экспрессивно-ритмический стиль движений); способствует самопознанию и пониманию других; *запускает* интерпретационные процессы в группе; актуализирует отношения в группе.

Упражнение состоит из нескольких этапов. На **первом этапе** участники прослушивают музыку, выделяя в ней медленный и быстрый ритмы. Затем они танцуют, двигаясь *спонтанно*, но следуя лишь медленному ритму. Потом под ту же мелодию свободно самовыражаются, следуя быстрому ритму, отмечая для себя, какой ритм для них естественнее, ближе.

На втором этапе участники делятся на две группы, одна из которых – «шмели», а другая – «лебеди». Задача участников на этом этапе – понравиться представителям противоположного стиля, показать свои лучшие стороны. Снова звучит музыка, и танцуют «шмели», двигаясь быстро и динамично. «Лебеди» тем временем наблюдают, выбирая себе пару. Затем танцуют «лебеди», двигаясь плавно и медленно. «Шмели» тем временем следят за танцем. По окончании танца «шмели» и «лебеди» образуют пары.

На третьем этапе «шмели» и «лебеди» танцуют в парах на некотором расстоянии друг от друга, не приближаясь и осознавая *свои чувства*. Затем «шмели» и «лебеди» *постепенно* начинают приближаться друг к другу, стараясь сохранить каждый свой ритм. Наконец, «шмели» и «лебеди» танцуют, взявшись за руки, следуя каждый своему ритму.

Упражнение 2 «Групповое отображение»

Ведущий свободно двигается по комнате, совершая любые не слишком быстрые танцевальные движения. Остальные члены группы должны следовать за ним, повторяя его движения и «переживая» их. Через несколько минут ведущий переходит в конец цепочки, следующий ведущий меняет характер движений. Музыка для этого упражнения не нужна – ритм движений задает каждый новый ведущий.

Упражнение 3 «Власть и любовь»

Цели: эмоциональное отреагирование; осознание доминирующих отношений участников; повышение спонтанности экспрессии, касающейся взаимоотношений; экспериментирование с разными способами выражения отношений.

Участники строятся в несколько шеренг. Звучит музыка. Один из членов группы становится напротив всей группы и танцует, выражая в танце последовательно следующие межличностные отношения: доминирование, подчинение, ненависть, любовь, не делая четких пауз между ними. Порядок, в котором основной участник выражает чувства, неизвестен остальным. Существует лишь одно ограничение – заключи-

тельным отношением должна быть любовь. Ведущий просит основного участника вспомнить реальные ситуации, в которых он испытывал к кому-либо эти отношения, или объект этих отношений. Остальные члены тренинга эмпатически от-зеркаливают движения основного участника, осознавая свои чувства. Именно через возникающие в процессе копирования движений чувства, а не путем наблюдения за тем, как танцует основной участник, члены группы пытаются понять, где проходит граница между доминированием, подчинением, ненавистью и любовью. Затем на место этого участника становится другой и т. д. Обсуждение проводится после танца каждого из членов группы, а по окончании упражнения проходит общее обсуждение.

Упражнение 4 «Взаимоотношение»

Упражнение помогает участникам осознавать и развивать собственные способы выражения различных межличностных отношений; способствует актуализации сложившихся в группе взаимоотношений.

Медленная, спокойная, «нейтральная» музыка.

Упражнение состоит из двух частей и выполняется в парах.

Первая часть

Одному из партнеров дается задание – выразить в парном танце определенный вид отношения к другому человеку из негативного спектра взаимоотношений (например, антипатию, вражду, неуважение, ненависть, неприятие и т. д.). Задача другого участника – спонтанно реагировать на партнера и фиксировать возникающие чувства. Через 10-15 минут партнеры меняются ролями. По окончании – обсуждение в парах.

Вторая часть

Порядок проведения упражнения – тот же, что и в первой части, только заданное отношение теперь берется из позитивного спектра (симпатия, дружба, уважение, любовь, принятие и т. д.). По окончании второй части упражнения – обсуждение в парах. Затем – общее обсуждение.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Контакт руками»

Свободно перемещайтесь по комнате, пожимая друг другу руки. Периодически останавливайтесь, задержав чью-либо руку в своей руке. Закройте глаза и при помощи прикосновений исследуйте чужую руку. Через две минуты откройте глаза и посмотрите на партнера.

Теперь перемещайтесь с закрытыми глазами, пожимая левой рукой руки других членов группы. Остановитесь, возьмите чью-либо левую руку и попытайтесь догадаться, чья это рука. Через минуту, все еще держась за руки, откройте глаза, посмотрите друг на друга и проверьте правильность ваших ощущений.

Снова двигайтесь по комнате, производя рукопожатия двумя руками. Вы должны за 30 секунд обменяться с партнером рукопожатиями, находясь в разных состояниях: как «торопливый», «сердитый», «подавленный», «счастливый», «влюбленный».

Закройте глаза, найдите другого партнера, возьмите его за обе руки и постарайтесь угадать, кто это. Через две минуты, не открывая глаз, вместе с партнером с помощью рук попытайтесь выразить разные состояния: поспорьте, помиритесь, будьте игривыми, будьте нежными, изобразите танец двумя руками. Через 5 минут, все еще держась за руки, откройте глаза и посмотрите на своего партнера.

Упражнение 2 «Контакт спиной»

Закройте глаза и медленно двигайтесь спиной вперед. Столкнувшись с кем-нибудь, разойдитесь и двигайтесь дальше. Через минуту остановитесь рядом с кем-нибудь, спина к спине, и постарайтесь узнать своего партнера. Еще через минуту один из партнеров поворачивается и, не открывая глаз, пытается узнать своего партнера, касаясь руками его спины. Через две минуты поменяйтесь местами.

Теперь, не открывая глаз, снова медленно двигайтесь спиной вперед. Столкнувшись с кем-нибудь, пообщайтесь спинами: поспорьте, поиграйте, будьте нежным, потанцуйте спина к спине, исследуйте различные виды движения. На каждый из этих элементов дается 30 секунд.

Минут через 5 остановитесь и постарайтесь ощутить другого. Затем медленно и осторожно подвигайтесь врозь. Обратите внимание на то, как чувствует себя ваша спина. После этого откройте глаза и посмотрите на партнера.

Упражнение 3 «Сиамские близнецы»

Разбейтесь на пары. Представьте себя сиамскими близнецами, сросшимися любыми частями тела. Вы вынуждены действовать как одно целое. Пройдитесь по комнате, попробуйте сесть, привыкните друг к другу. А теперь покажите нам какой-нибудь эпизод из жизни: как вы завтракаете, одеваетесь и т. д.

Упражнение 4

«Учитывать возможности партнера»

Сядьте лицом друг к другу и соедините ступни слегка согнутых в коленях ног. Затем наклонитесь вперед, возьмитесь за руки и, упираясь ступнями, одним движением поднимите ноги вверх. Оставайтесь в таком положении как можно дольше, затем опустите ноги и расслабьтесь.

РАБОТА С АГРЕССИЕЙ

Агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. Животным свойственны два типа агрессии: социальная, для которой характерны демонстративные вспышки ярости, и молчаливая, подобная той, что проявляет хищник, когда подкрадывается к своей жертве. Люди проявляют еще два типа агрессии, практически не встречающихся у животных: враждебную и инструментальную. Источником враждебной агрессии – злость. Ее единственная цель – причинить вред. В случае инструментальной агрессии причинение вреда является не самоцелью, а средством достижения какой-либо иной цели. Все многообразие форм человеческой агрессивности можно также разделить на гетероагрессию, направленную на других, и аутоагрессию, направленную на себя

В процессе накопления субъективного опыта у человека постепенно формируются внутренние, субъективные представления о себе, об окружающей действительности и других людях. Одной из базовых характеристик объектов субъективного

мира может быть враждебность. Представления об окружающем мире как о враждебном формируются с первых дней жизни ребенка под влиянием целого ряда факторов: наследственных, семейных, социальных. Помимо этого, они могут сформироваться уже в зрелом возрасте вследствие психической травмы, когда картина мира претерпевает катастрофические изменения.

Биоэнергетическая теория предполагает, что хронически напряженные мышцы сдерживают импульсы, которые проявились бы, если бы движения не были скованы. Поэтому поощрение свободы в движениях должно способствовать высвобождению этих импульсов и заблокированных чувств. Один из главных способов выразить протест с помощью движений состоит в резком распрямлении конечности, в том, что называется «взбрыкнуть». Если сюда добавить крики: «Не хочу! Не буду!», можно получить доступ к своей заблокированной ярости или гневу.

Двигательные упражнения не следует применять механически, как некий ритуал, они лучше всего помогают тем, кто действительно ищет способ разрядить накопившуюся злость. Взрыв эмоций, представляющих опасность для окружающих, при этом маловероятен. Наоборот, опаснее сдерживать злость, потому что тогда упражнение не приведет к желаемому результату.

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку освободиться от накопившейся агрессии.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Не буду!»

Упражнение построено так, чтобы освободить мышцы подбородка от напряжения. Установление контакта с этим напряжением, а также с его причиной – чувством гнева и ярости – позитивный опыт, дающий человеку большой самоконтроль.

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см друг от друга. Слегка согните колени. Наклонитесь вперед, перенося вес тела на подушечки стоп. Выдвиньте подбородок вперед и удерживайте его в этом положении 30 секунд. Дыхание равномерное. Подвигайте напряженной челюстью вправо-влево, удерживая ее выдвинутой вперед. Это может вызвать боль в затылке. Откройте рот как можно шире и проверьте, сможете ли вы положить между зубами три средних пальца ладони. У многих людей напряжение мышц подбородка настолько сильное, что они не могут широко раскрыть рот. Позвольте подбородку расслабиться. Снова выдвиньте его вперед, сожмите кулаки и скажите несколько раз: «Не буду!» соответствующим тоном. Звучит ли ваш голос убедительно? Можете также выполнить это упражнение, произнося слово «Нет!». Произносить «Не буду!» и «Нет!» надо как можно громче для утверждения своей воли.

Упражнение 2 «Крик»

Сядьте на пол, закройте глаза; дыхание глубокое. Сосредоточьтесь на своем дыхании, ощутите течение воздуха-энергии во всем теле: как реагируют мышцы, кости, кровеносные сосуды на поступающую с глубоким дыханием энергию. Через одну-две

минуты начинайте озвучивать выдох с переходом на крик – нечленораздельный, без напряжения голосовых связок. Медленно вставайте. Звук делается громче, в нем участвует все тело: помогайте себе руками, ногами, «колотите воздух». Полное звучание удерживается некоторое время, затем постепенно стихает.

Губы и мышцы нижней челюсти должны быть расслаблены. Для освобождения челюсти можно массировать ее мышцы. Крик затихает, внимание опять сосредоточено на дыхании. Медленно опуститесь на пол, лягте на спину. Теперь во время вдоха и выдоха вы будете произносить членораздельные звуки. При вдохе надо произносить «со», при выдохе – «хум». «Со хум» в переводе с санскрита означает «это я»; кроме того, эти слоги соответствуют естественному звучанию дыхания. Через две-три минуты можно заменить звуки на гудение при каждом выдохе. Дыхание становится все более глубоким. Одна рука лежит на солнечном сплетении, другая – на животе. Внимание направлено на одновременное и плавное движение диафрагмы и живота. Надо представлять себе, что вдыхаемый воздух – это питание, необходимое организму. Глубокое дыхание и сосредоточение на нем продолжаются 5–10 минут. Ощутите насыщение тела энергией.

Упражнение 3 «Резонанс»

Упражнение выполняется стоя, можно ходить по комнате. Необходимо сконцентрировать внимание на собственном дыхании: движении диафрагмы, дыхательных путях. Далее нужно попробовать «родить» звук: очень осторожно озвучить выдох и ощутить вибрации в горле, груди, ротовой полости, голове. При следующем выдохе отправить звук в потолок (не надо смотреть туда, глаза могут быть полузакрыты), попробовать достичь резонанса с потолком, то есть услышать, что звук, отраженный от потолка, слился с новым «рожденным» звуком.

Следующие этапы: резонанс с потолком, стенами, полом, с мягким ковром, с окном, с космосом. Практика показывает, что легче всего резонанс «получается» с полом, поэтому можно начинать с него, чтобы участники быстрее почувствовали эффект.

После освоения резонанса с подлинными объектами можно попробовать достичь резонанса с воображаемыми – животным, врагом, другом; при этом наблюдатели могут отгадывать воображаемый объект. При выполнении упражнения можно помогать себе, массируя шею: большие пальцы упираются в углы нижней челюсти, средние надавливают на шею последовательно в верхней, средней и нижней частях.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Бой с тенью»

Участники, разойдясь на безопасное расстояние, имитируют драку с воображаемым противником, нанося ему любые удары руками и ногами.

Упражнение 2 «Шива тандава»

Это ритуальный танец индуистского бога Шивы, разрушителя мира. Представьте себя необъятных размеров великаном, каждый шаг которого сотрясает землю. Шива начинает свой танец – и моря выходят из берегов, извергаются вулканы, дуют страшные ураганы, полыхает огонь, словом, приходит апокалипсис. Выплесните в этом танце весь свой накопленный гнев, всю агрессию и напряженность. Наблюдайте, как ваш яростный танец разрушает всю Вселенную, и вы остаетесь один в бескрайней пустоте. Насладитесь этим ощущением грандиозного могущества!

Упражнение 3 «Ки-бо»

В упражнении представлены несколько комбинаций движений, заимствованных из ки-бо. Все комбинации выполняются на четыре или восемь счетов, чтобы удобно вписываться в музыкальное сопровождение. Счетная доля указана в скобках, после названия движения.

Комбинация 1 (рис. 5.1): прямой удар передней рукой (1) + прямой удар задней рукой с подседом (2) + прямой удар передней рукой с подседом (3) + исходная диагональная позиция (4).

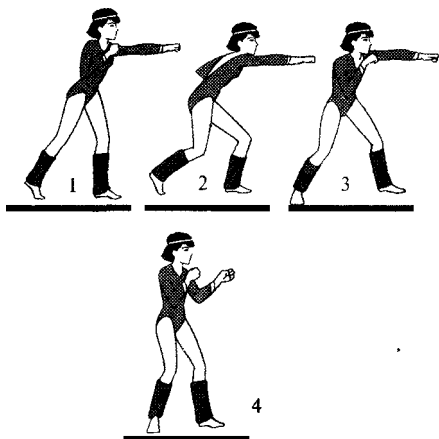


Рис. 5.1

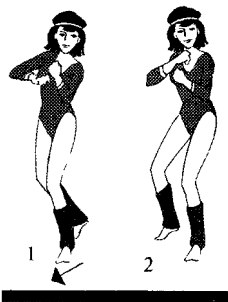


Рис. 5.2

Комбинация 2 (рис. 5.2): уклон влево (1) + удар снизу (апперкот) левой рукой (2) + то же справа (3–4).

Комбинация 3 (рис. 5.3): удар снизу (апперкот) левой рукой (1) 4 – удар сбоку (хук) левой рукой (2) + то же правой рукой (3–4).



Рис. 5.3

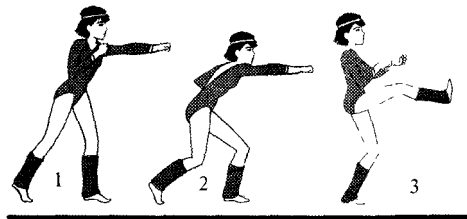


Рис. 5.4.

Комбинация 4 (рис. 5.4): в левой диагональной стойке прямой удар левой рукой (1) + прямой удар правой рукой (2) + прямой удар правой ногой (3) + смена стойки на правую диагональную (4).

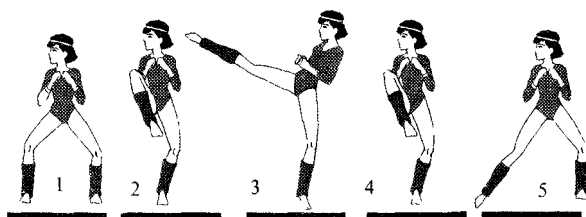


Рис. 5.5

Комбинация 5 (рис. 5.5): удар правой ногой в сторону (1–3) + хлесткий удар кулаком вправо (4) + то же в другую сторону (5–8).

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Гнев»

Это активное биоэнергетическое упражнение. Может выполняться всеми участниками или каждым членом группы по очереди. Следует не имитировать гнев, а постараться действительно почувствовать его, максимально включаясь в движения.

Встаньте на колени перед спортивным матом и изо всех сил бейте по нему кулаками. В ударе участвует все тело. Во время движений тело и руки должны быть максимально расслаблены, напрягать мышцы следует только в момент удара. Дыхание глубокое, рот открыт. Нельзя сдерживать звуки, они могут быть любыми: крик, слова, выражающие чувства гнева. Здесь помогает внутреннее оправдание – на кого или на что направлен гнев. Лишних обстоятельств придумывать не надо, главное – быть «здесь и сейчас».

Прилягте на ковер, свободно раскиньте ноги и начните брыкаться, как ребенок, «закативший истерику», увеличивая темп и интенсивность ударов. Надо колотить ковер кулаками, вертеть головой, сопровождая физические движения выкриками: «Нет!», «Не хочу!» и т. д.

Упражнение 2 «Показать когти и зубы»

Это простое упражнение поможет вам почувствовать себя сильным, продемонстрировать свою силу тому, кто рассчитывает на вашу слабость. Смысл упражнения заключается в животных жестах и активизации психического значения когтей и клыков, воздействие на естественные «якори» самозащиты. Зубы являются не только инструментом пережевывания пищи или речевого аппарата, но и несут определенный агрессивный смысл. Психологические исследования мимики и жестов обезьян показали, что животный оскал несет, кроме того, еще и функцию покорности, преданности, что выражается в появлении у молодых обезьян «улыбки» при глубоком контакте с матерью. У человека и его ближайших родственников есть примерно 30 совпадающих по смыслу рисунков мимики и жестов.

Примите уверенную позу: на вдохе распрямите плечи, разогните позвоночник, одновременно поднимая кисти рук к плечам и растягивая углы рта.

Выдыхая, имитируйте рычание (покажите зубы), раскройте ладони и согните пальцы рук (покажите когти). Почувствуйте напряжение мышц в своем теле.

На вдохе вернитесь в исходное положение, запоминая ощущения тела.

На следующем выдохе сознательно расслабьте те мышцы, которые были задействованы в упражнении (<http://bodywork.imagin.ru/games.ru>).

Упражнение 3 «Скандал»

Упражнение способствует расслаблению и освобождению реакций от контроля сознания. Телесные терапевты утверждают, что сильное физическое высвобождение аффекта может вести к личностным изменениям (Olsen, 1976).

Если группа не более 10-12 человек, из нее выбирается водящий – «тихоня» (если группа больше, она делится пополам: одна половина работает, другая наблюдает). Задача группы – довести «тихоню» до гнева, скандала. Способы обычно с удовольствием предлагают сами участники. Приведем два из них:

1. Группа занимается общим делом (танцует, строит дом, играет в казаков-разбойников), игнорируя «тихоню», прогоняя его; «тихоня» пытается пристроиться к общему делу, но ему этого сделать не удастся, потому что у группы задача противоположная.

2. Группа издевается над «тихоней», заставляет его принимать глупые позы, говорить дурацкие тексты и т. д. «Тихоня» пробует «заставить» себя уважать, но этого не получается.

И в том, и в другом случае «тихоня» должен закончить скандалом, после чего получает желаемое уважение. Это игра. Но любая группа всегда легко вовлекается в «издевательство», и «тихоня», зная наперед, что это игра, к моменту скандала не играет, а почти верит, что отношение группы к нему именно такое, поэтому скандал не требуется разыгрывать, нужно только разрешить его себе, а это и есть задание.

Условие: «тихоня» обязан довести дело до конца, то есть добиться внимания группы, и никакие уходы в себя, оправдания типа «ну и не надо», «мне и одному хорошо», «займусь чем-то таким, что их заинтересует», не разрешаются. Проявления гнева, страха и т. д. не только способствуют выходу заблокированных чувств, но и неизбежно предшествуют выражению положительных эмоций.

РАБОТА СО СВЕРХКОНТРОЛЕМ

Чем особенно тяжелы жизненные кризисы? Тем, что неадаптивные стратегии поведения, то, что называют «базовыми проблемами», еще более усугубляют ситуацию. Одной из таких стратегий является перфекционизм (от англ. perfect – самый лучший, превосходный). В жизни это качество выражается в том, что человек невероятно требователен к себе, он чувствует неукротимую потребность соответствовать самым высочайшим стандартам. Но у этого качества есть и другая сторона – окружающие тоже должны соответствовать этим стандартам. Поставленные цели достигаются при помощи поведения, которое в психологии называется сверхконтролирующим.

Существуют два вида контроля. Один – контроль извне: я нахожусь под контролем других людей, порядка, окружения и т. п.; другой – внутренний, встроенный в нашу личность и являющийся частью характера.

Манипуляцию самим собой обычно называют словом «сознание». Многие люди посвящают свою жизнь тому, чтобы быть такими, как надо, вместо того, чтобы максимально проявиться такими, какие они есть. Эта разница между актуализацией себя и актуализацией Я-образа очень важна. Многие люди живут только ради своего образа. Там, где у некоторых людей находится Я, у большинства – пустота, потому что они слишком заняты проектированием себя в соответствии с неким образом. Это проклятие идеала, которое заключается в том, что человек должен быть не тем, кем он является. Чем меньше мы доверяем себе, тем больше нуждаемся в контроле. Любой внешний контроль, даже интернализированный внешний контроль – «ты должен» – мешает здоровой работе организма.

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, позволяющий человеку понять, как он контролирует себя и других и всегда ли этот контроль адекватен.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Похлопывание»

Один из членов группы ложится на живот. Остальные окружают его, стоя на коленях, причем один человек должен встать со стороны головы, и еще один – со стороны ступней. Лежащий не должен двигаться, воспринимая похлопывания как «дар». Хлопайте по всему телу, включая спину, руки, ягодицы, ноги.

Остановитесь и позвольте лежащему сосредоточиться на своих ощущениях, прочувствовать эффект. При этом можно положить ладони на поверхность его тела.

Упражнение 2 «Кормовая рубка»

Расставьте ноги чуть больше, чем на ширину плеч, слегка согните их в коленях. Выполняйте движения типа «хула-хуп». Начините вращательное движение бедрами вправо назад, влево вперед, завершая полный круг. Сохраняйте удобный для вас постоянный ритм.

Упражнение выполняйте медленно, но с большим усилием, бедра выносятся в стороны, назад и вперед как можно дальше.

Упражнение 3 «Опоры»

Один из партнеров лежит на спине «звездой», раскинув руки и ноги. Ладони его рук обращены вверх (маленькие дети только так и лежат – они максимально открыты миру, и лишь взрослые «хватаются» за землю). Второй, стоя на коленях или сидя на пятках, подводит свою ладонь под кисть руки партнера и плавно и аккуратно, не спеша, начинает приподнимать, отрывать ее от пола. Предплечье и плечо лежат на полу. При этом вес кисти как бы «стекает» вниз, в землю. Кисть расслабляется, опираясь на запястье, и в ней возникает чувство тяжести. Она как бы обретает свой собственный вес, который не ощущается в напряженном состоянии. Увеличение веса той или иной части тела – надежный индикатор ее расслабления.

Расслабив кисть, можно переходить к предплечью. Аккуратно придерживая кисть и взяв руку за запястье, следует приподнять предплечье. Его вес «стекает» вниз и через локоть уходит в пол, в землю. Предплечье расслабляется. Плавно сгибая, разгибая и вращая предплечье, ассистент помогает лежащему расслабить мышцы и контролирует их состояние. Движения не должны быть ритмичными и предсказуемыми, чтобы лежащий не пытался сам выполнять угаданные движения. Если он будет напрягать мышцы, самостоятельно двигать рукой, это сразу отразится на весе предплечья и кисти – они станут легче.

Чтобы помочь лежащему полностью отключить сознательное управление мышцами, можно применить следующий прием. Придерживая предплечье партнера за запястье (кисть свободно свисает вниз, предплечье опирается на локоть), ассистент медленно отводит и разворачивает предплечье до точки, в которой кисть под собственной тяжестью должна «перевалиться» через лучезапястный сустав. Если партнеру не удалось расслабиться полностью, то в момент разгибания кисть, до этого как бы «максимально расслабленная», начнет осуществлять движения, пытаясь «переброситься» самостоятельно. Лежащий испытывает при этом непривычное чувство потери контроля над частью своего тела.

Убедившись, что рука ниже локтя действительно расслаблена, ассистент поднимает локоть лежащего, подводит под него вторую свою ладонь и медленно двигает рукой партнера – рука как бы плавает в воздухе. Проверить полноту расслабления можно с помощью того же приема с падением кисти. Отказаться от сознательного контроля мышц всей руки обычно труднее, чем расслабить только кисть и предплечье.

Закончив работу с рукой, ассистент подводит руку под колено лежащего и плавно сгибает его ногу так, чтобы пятка скользила по полу. В этом случае сохраняется контакт с землей, с опорой, что особенно важно при работе с ногами. Потом он поднимает колено партнера, отрывая от пола ступню, и опирает ее на свою ладонь. Плавно сгибая, разгибая и вращая ногу лежащего, ассистент помогает ему полностью расслабить ногу.

После того как ассистент убедится в полном расслаблении мышц ноги, он плавно опускает ступню на пол, одной рукой придерживая ногу под коленом, а легким усилием другой руки помогает ноге выпрямиться (ступня и пятка скользят по полу). Нога должна распрямляться медленно, как бы под собственным весом.

Последний этап упражнения – расслабление мышц шеи. Ассистент аккуратно приподнимает голову лежащего, подведя под нее ладони. Несколько минут он просто держит голову партнера на своих ладонях, после чего начинает плавно вращать ее, наклонять вперед-назад и вправо-влево, добиваясь расслабления мышц шеи.

Кроме ощущения сопротивления или «помощи» движениям и изменения веса конечностей и головы, ассистент должен следить за дыханием партнера и «шторками» его ресниц, отмечая общее расслабление и работу контроля.

На выполнение всего цикла отводится 15–20 минут.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Симметричная связка»

Под быструю ритмичную музыку участники делают любые танцевальные движения. Основное и обязательное условие – повторять движения и в правую, и в левую сторону. Это могут быть шаги, небольшие прыжки, повороты со взмахами рук, но они обязательно выполняются вправо-влево. В результате движений такого типа снимается сверхконтроль доминирующего полушария мозга.

Упражнение 2

«Осознание нижней части тела»

Лягте на спину на мат или коврик. Согните ноги в коленях и расставьте стопы примерно на четверть метра. Ухватив себя руками за лодыжки и подтянувшись к ним, прогнитесь в пояснице. Ритмично поднимайте и опускайте таз, соединяя колени, когда таз наверху, и разводя, когда таз на полу. В верхнем положении сильно напрягайте ягодичцы.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Отвинченная голова»

Как трудно иногда бывает «отключить» свою голову, как часто она вмешивается «не в свое дело». Сейчас вам представится возможность некоторое время побыть без нее. Разбейтесь на пары. Один пусть укладывается отдыхать. Другой усыпляет его бдительность (помогает расслабиться, поглаживает, покачивает и пр.). Когда первый полностью расслабится, второй начинает «отвинчивать» его голову (осторожно, чтобы первый «не спохватился»). Когда голова, наконец, «отвинчена», второй участник несет воображаемую голову в угол комнаты и прячет ее. Потом будит своего товарища...

Как вам без головы? Вы ничего не видите и не слышите... Что происходит? Поищите свою голову!

Дав своему партнеру некоторое время побыть в новом качестве, второй участник «возвращает» ему голову. Тот ее внимательно изучает и, после опознания, они вместе «прикручивают» ее на место.

После окончания упражнения партнеры обмениваются впечатлениями и меняются ролями.

Упражнение 2 «Пластилиновый человек»

В отличие от других релаксационных упражнений, действующих по принципу «напряжение-расслабление», в это упражнение введены дополнительные сложности. Сильный эффект расслабления достигается длительным напряжением: игровая форма упражнения помогает занять внимание, а следовательно – увеличить время напряжения.

Вы сидите на корточках, голова спрятана в коленях, глаза закрыты. Представьте, что каждый из вас – ком пластилина, в котором зародилась жизнь; попробуйте вылепить из себя человека, преодолевая сопротивление пластилина.

Вначале постарайтесь выпрямиться во весь рост. Это требует большого напряжения в позвоночнике, шее, ногах. Теперь лепите руки от плеча, напряжение распространяется в руки, затем – в кисти, пальцы. Ощущайте «пластилиновость» пальцев: они все время норовят склеиться при соприкосновении. Этими пальцами нужно вылепить лицо – глаза, нос, рот. Какое выражение лица получилось? Какой человек вылепился? Посмотрите вокруг. Куда вы попали? Все тело остается напряженно-пластилиновым. Попробуйте двигаться, отрывая пластилиновые ступни от пола. Куда и зачем вы пошли? Вы можете взаимодействовать с другими участниками: знакомиться, танцевать с ними и т. д.

А теперь вы мягко падаете на пол, прилипаете к нему и не можете отклеиться. Вы стараетесь освободиться; напряжение во всем теле увеличивается. Вдруг теплая волна накатывает на ваши ноги, они тают, пластилин растекается в лужу. Следующая волна доходит до паха, потом до груди, шеи, головы – все пластилиновое тело растеклось в лужу.

РАБОТА С Я-ОБРАЗОМ

Понятие Я-образа включает в себя целый ряд аспектов, в том числе то, как человек видит себя в этом мире (как он видит отношения между своей личностью и своими трудностями), способ его отношения к своему телу (как он осознает мышечные напряжения, которые усугубляют его проблемы). Я-образ является описательной составляющей Я-концепции – системы представлений человека о самом себе. В рамках единой Я-концепции выделяют различные составляющие:

- Я физическое, как схема собственного тела;
- Я социальное, соотносимое со сферами социальной интеграции: половой, этнической, гражданской, ролевой;
- Я экзистенциальное, как оценка себя перед лицом жизни и смерти.

Формирование Я-концепции происходит при накоплении опыта решения жизненных задач и под оценивающим взглядом значимых других, прежде всего – родителей.

Очень многие эмоциональные расстройства связаны с нарушением образа тела. Это нарушение связано с тем, что ребенок не получил через телесный контакт с матерью ощущения своего физического Я.

Фельденкрайз (1997) в своей работе «Осознавание через движение», говоря о Я-образе и движении, выделяет четыре компонента Я-образа: движение, ощущение, чувствование и мышление: «Все мы говорим, двигаемся, думаем и чувствуем по-разному, каждый в соответствии с тем образом себя, который он построил за годы своей жизни.

Чтобы изменить образ действия, нужно изменить образ себя, который мы несем в себе».

Ниже приводится комплекс ритмо-двигательных упражнений, направленный на выявление и совершенствование образа Я.

РАЗМИНКА

Упражнение / «Метаморфозы»

Основа упражнения – имитация движений гусеницы, куколки и, наконец, бабочки. Эти образы выбраны не случайно: жизненный цикл развития бабочки как нельзя лучше символизирует этапы формирования человеческой души.

Вначале гусеница вылупляется из яйца. Сосредоточьтесь на внутреннем ритме. Вы находитесь в ограниченном пространстве. Возможность двигаться тоже строго ограничена – вы совершаете колебательные движения, разрывая оболочку. Подчинитесь им: это ваш внутренний ритм, диктующий ваше индивидуальное состояние комфорта. Представьте себя новорожденной гусеницей – какая она? чего она хочет⁷ почему хочет именно этого?

Следующий этап – стадия гусеницы. Это активные движения, дающие возможность выплеснуть эмоции. Ваш внутренний ритм сам по себе согласуется с ритмом музыки. Подумайте о том, как выглядит гусеница, как перемещается.

Далее следует стадия куколки. Гусеница обволакивается жестким коконом, чтобы созреть для нового рождения. Полностью сосредоточьтесь на анализе того, что вы хотите выразить своей пластикой. Сдерживайте амплитуду движений, пока на некоторое время не застынете в неподвижности.

А теперь вы постепенно начинаете шевелиться, все активнее пробиваясь из кокона, помогая себе конечностями, головой, всем телом. Теперь язык вашей тела снова изменился. Учитесь его понимать, чтобы в дальнейшем, когда ваша «бабочка», взмахнув руками-крыльями, начнет спонтанный танец чувств и мыслей, вы точно понимали, что именно танцуете.

Вы разорвали кокон, но пока ваши лапки и крылья еще слабые и мягкие. Постепенно они крепнут, и вы можете выразить в танце свой восторг и упоение жизнью после рождения из куколки!

Вы обрели себя, свое истинное Я, вас больше не стесняют никакие рамки, ведь танцует ваша душа, свободная и прекрасная. В этот момент происходит самое главное – тают иллюзии, уходят неприятные переживания, воспоминания – и вместе с тем высвобождается колоссальное количество жизненной энергии, те самые силы, которых подчас не хватает, чтобы радоваться жизни. Отныне живите в радости и творите ее вокруг себя!

Упражнение 2 «Ходьба с зажимами»

Вы идете по кругу. Продолжая идти, напрягите до предела правую руку... левую руку... всю верхнюю половину тела... левую ногу... правую ногу... обе ноги... всю нижнюю половину тела... поясицу... Представьте себе, что вы – маленький ребенок... робот... старик... Представьте себе, что масса вашего тела увеличилась в два раза... Представьте себе, что ваше тело практически невесомо... Представьте себе, что надо торопиться, но делать этого очень не хочется... Представьте себе, что все внутри вас бежит, а вы себя сдерживаете...

Упражнение заканчивается ходьбой в свободном темпе.

Упражнение 3 «Звери, птицы, рыбы»

Вы идете по кругу. Представьте себя хищной птицей... маленьким цыпленком... кошкой (домашней или дикой, как вам больше нравится)... слоном... снова птицей... рыбой... бабочкой... Представьте себя любым зверем – таким, который вам ближе всего, на которого вы похожи; побудьте им. Как он двигается, какие звуки издает? Каково вам в обличье этого зверя? А теперь вы снова – человек. Темп движения – спокойный. Сделайте несколько глубоких вдохов.

Упражнение 4 «Животные»

Упражнение предусматривает символическую ролевую игру и творческое взаимодействие с другими членами группы.

Выберите любое млекопитающее, рептилию или птицу. В течение двадцати минут вы должны быть этим животным, перенять его форму, движения и звуки. Вероятнее всего, одно и то же животное выберут несколько участников. Не объявляйте о своем выборе. Ползайте, прыгайте, скачите и «летайте», изображая это животное. Спонтанно взаимодействуйте с другими. Подходите к заданию творчески и старайтесь выразить такие стороны своей личности, которые, может быть, нелегко выразить в обычной жизни. Шумите, осознавайте чувства, возникающие у вас, будь то страх, гнев или любовь. В заключение поделитесь своими впечатлениями с группой.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение / «Джаз-танец»

1. Исходное положение (и п.) – стойка ноги врозь, стопы параллельно. Наклоны головы вперед-назад. По 8 раз. Следите за осанкой. Плечи не поднимать.
2. И. п. – то же. Повороты головы направо, налево. По 8 раз.
3. И. п. – то же. Круговые движения головой. 2 раза вправо, 2 раза влево.
4. И. п. – то же, руки вниз. Поднимание и опускание плеч. Выполнять движения с максимальной амплитудой. По 8 раз.
5. И. п. – то же. Поочередное поднимание плеч в сочетании с приседанием: 4 движения то одним, то другим плечом во время сгибания ног, 4 – при разгибании. 4 раза.
6. И. п. – то же. Выведение одного плеча вперед, другого вверх. 8 раз.
7. И. п. – то же. 1 – поднять плечи вверх; 2 – «сбросить» плечи вперед (расслабленно опустить, спина слегка округлена); 3 – выпрямляясь, поднять плечи вверх; 4 – «сбросить» назад (опустить плечи вниз с небольшим круговым движением назад, слегка прогибаясь в поясничном отделе позвоночника, лопатки свести) – рис. 5.6.

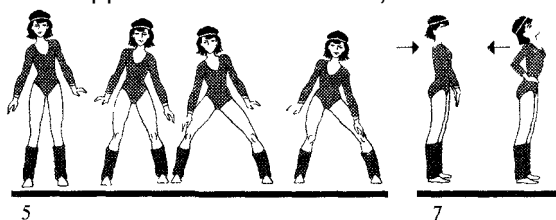


Рис 5.6.

8. И. п. – стойка ноги врозь, руки на голове. Движения грудной клетки вправо-влево. Голова неподвижна. 16 раз.
9. И. п. – то же, но в полуприседе на двух ногах, руки в стороны. 16 раз.
10. И. п. – полуприсед в стойке ноги врозь, руки на бедрах. Движение грудной клетки вперед, назад с одновременным сведением и разведением локтей. 16 раз (рис. 5.7.).

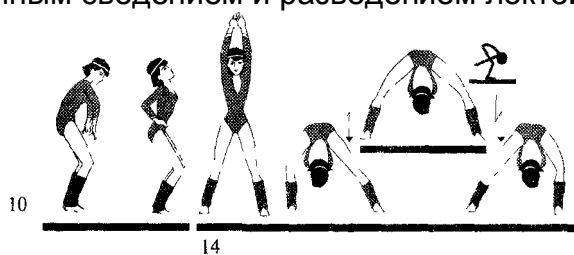


Рис. 5.7.

11. И. п. – стойка ноги врозь, руки в стороны. Движение таза вправо-влево, грудная клетка фиксирована. По 8 раз.
12. И. п. – стойка ноги врозь, но руки вперед. Движение таза вперед, назад. По 8 раз.
13. И. п. – то же. «Рисовать» тазом «восьмерки». 16 раз.
14. И. п. – широкая стойка ноги врозь, руки вверх, ладонь одной на тыльной стороне кисти другой руки. Сгибая правую ногу, наклон вперед, руки опустить между ног; переносить тяжесть тела на обе ноги и сохраняя положение приседа, пружинящий наклон вперед; переносить тяжесть тела на левую ногу, пружинящий наклон вперед, принять и. п. 8 раз.
15. И. п. – упор стоя. Поочередное сгибание и разгибание ног. По 8–16 раз каждой ногой.
16. И. п. – упор стоя ноги врозь. Приподнимаемся на пальцах левой ноги, таз вправо, то же левой. По 8–16 раз.

17. То же, но подъем на пальцах обеих ног одновременно.

18. И. п. – стойка ноги врозь (стопы параллельно) – рис. 5.8.

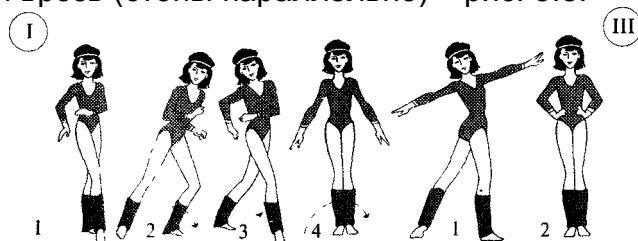


Рис. 5.8.

Такт I. 1 – поднимаясь на пальцах левой ноги, правую вперед, крест-накрест перед левой, слегка согнутые руки вправо; и – немного спружинить на левой ноге; 2 – правую ногу в сторону – назад, таз вправо, слегка согнутые руки влево; 3–4 – повторить 1–2, закончить движение, приставляя правую ногу к левой, руки в стороны – вниз.

Такт II. 5–8 – то же, что такт I, но с другой ноги.

Такт III. 1 – с поворотом туловища налево, левую ногу назад/ полуприсед на правой, руки в стороны; 2 – с поворотом направо (лицом к основному направлению) приставить правую к левой (ноги вместе), небольшой полуприсед на двух ногах, руки на пояс; 3–4 – то же с другой ноги.

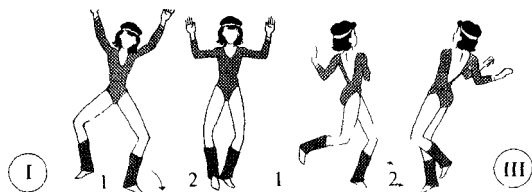


Рис 5.9

Такт IV. – повторить такт III

19 И. п. – основная стойка, ноги врозь, стопы параллельно (рис. 5.9.)

Такт I. 1 – скачок на левой, согнутую правую в сторону, руки в стороны – вверх, ладонями вперед, пальцы в стороны; 2 – скачок на две ноги, согнутые руки в стороны; 3–4 – то же с другой ноги.

Такт II – повторить такт I.

Такт III. 1 – с поворотом налево скачок на левую ногу, правую согнутую назад, руки влево; 2 – скачок на правую, согнутую левую назад, руки вправо; 3–4 – продолжая поворот, повторить движения счета 1–2.

Такт IV. – повторить такт III.

Такты V-VIII – то же, но с другой ноги, поворот направо. Повторить комбинацию 4–8 раз.

20. И. п. – основная стойка, руки на поясе (рис. 5.10.).

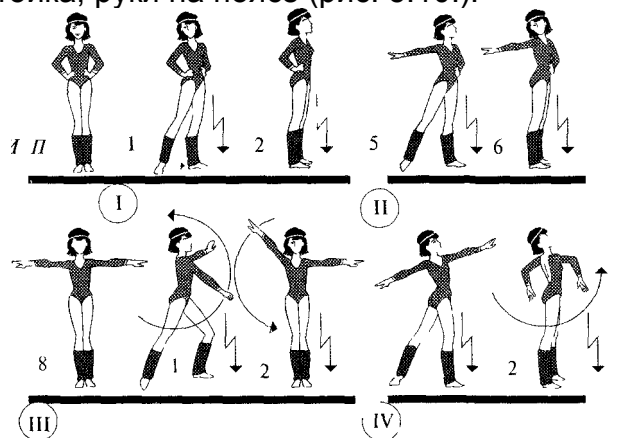


Рис 5.10

Такт I. 1 – с небольшим поворотом туловища налево шаг левой в сторону, правую в сторону на носок; 2 – приставить правую ногу к левой (и. п.); 3–4 – то же с другой ноги.

Такт II. 5 – с небольшим поворотом туловища налево шаг левой в сторону, правую в сторону на носок, правую руку в сторону; 6 – приставить правую ногу к левой; 7–8 – то же с другой ноги, закончить упражнение – ноги вместе, руки в стороны.

Такт III. 1 – небольшой выпад влево, правая нога в сторону на носок, левая рука в сторону, правая рука по дуге вверх; 2 – приставить правую ногу к левой, правая рука, продолжая движение по дуге вниз, завершает круг; 3–4 – то же в другую сторону.

Такт IV. 1 – шаг левой ногой в сторону – назад, руки в стороны; 2-е поворотом туловища налево приставить правую ногу к левой, руки согнуть (округлить); 3–4 – то же в другую сторону (с правой ноги).

21. И. п. – основная стойка, руки на поясе.

Такт I. 1–2 – слегка сгибая правую ногу, таз влево, круг левым плечом назад; 3–4 – то же в другую сторону (круг правым плечом).

Такт II. – повторить такт I.

Такты III-IV – то же, что такты I–II, но с продвижением вперед. Повторить 4–8 раз с продвижением вперед-назад.

22. И. п. – полуприсед в стойке, ноги вместе, спина округлена, руки согнуты, ладони на уровне талии (рис. 5.11.).

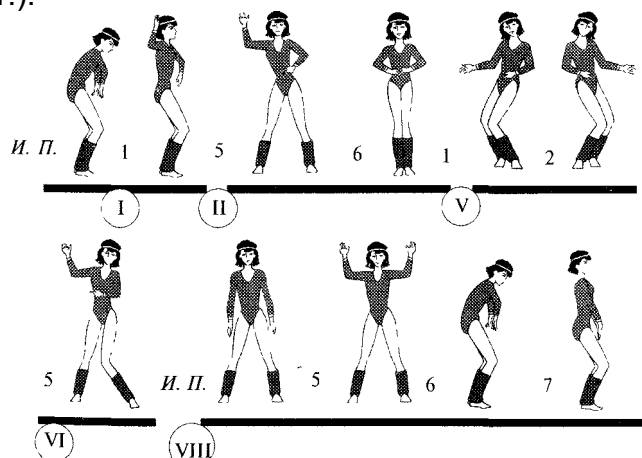


Рис. 5.11.

Такт I. 1 – не ра и ибая ног, прогнуться в поясничном отделе позвоночника, правую согнутую руку в сторону (предплечье вверх); 2 – вернуться в и. п.; 3–4 – то же с другой руки.

Такт II. 5 – шаг правой в сторону в стойку ноги врозь, правая нога счегка согнута, согнутая правая рука в сторону (предплечье вверх), левая рука согнута, ладонь на уровне талии, таз отведен влево; 6 – приставляя левую к правой ноге, и. п., 7–8 – повторить 5–6.

Такт III-IV – то же, что такты I–II, но с другой руки, с продвижением влево.

Такт V. 1 – сохраняя полуприсед в стойке ноги вместе, колени вправо, согнутые руки вправо (на уровне талии); 2 – перевести колени и руки влево; 3–4 – повторить 1–2.

Такт VI. 5 – сохраняя полуприсед, шагом правой в сторону, стойка ноги врозь, колени вправо, согнутые руки вправо (правая рука на уровне головы, левая – на уровне талии); 6 – перевести колени и руки влево; 7–8 – повторить 5–6.

Такт VII. И – прыжком поворот кругом; 1 – 4 – повторить такт VI.

Такт VIII. И – прыжком поворот кругом в стойку ноги врозь; 5 – руки в стороны, предплечья вверх; 6 – полуприсед на двух ногах, спину округлить, голову наклонить вперед, предплечья опустить вниз; 7 – прогнуться в пояснице, ладони на бедрах, голова прямо; 8 – и. п.

Повторить 4–8 раз.

23. И. п. – стойка ноги врозь, руки вверх (рис. 5.12.).

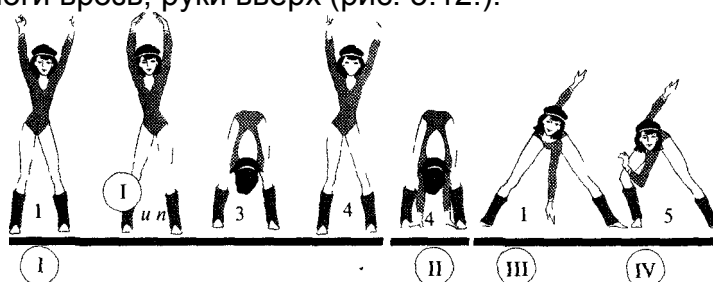


Рис. 5.12.

Такт I. 1 – таз вправо, щелчок пальцами правой руки; 2 – таз влево, щелчок пальцами левой руки; и – соединить руки над головой; 3 – наклон вперед, руки опустить между ног; 4 – вернуться в и. п.

Такт II. – то же, что такт I, но 4 – упор стоя.

Такт III. 1 – мах правой рукой назад, поворот туловища направо; 2 – упор стоя; 3–4 – то же другой рукой.

Такт IV. 5 – выпад вправо с наклоном вперед, левая рука согнута, ладонью опирается о колено правой ноги, правая рука назад; 6 – пружинящий наклон вперед с рывковым движением правой руки назад; 7–8 – то же в другую сторону.

Повторить 4 – 8 раз.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Создание Я-образа в магическом танце»

Вначале встаньте, глядя прямо перед собой. Выберите опорную ногу, поднимите стопу другой ноги назад и возьмитесь за нее рукой. Свободную руку вытяните вперед и вверх. Смотрите прямо перед собой, это поможет сохранить равновесие. Теперь наклонитесь вперед и поднимите вверх ногу, стопу которой держите, настолько, насколько это возможно. Представьте себя танцором, выполняющим прыжки из одной реальности в другую.

Расслабьтесь и снова станьте прямо, поставив обе ноги на пол. Затем встаньте на другую ногу и примите симметричную позу. Вы можете увидеть, что сохранять равновесие на одной ноге легче, чем на другой. Это указывает на то, что следует поработать над достижением гармонии в жизни, в чем поможет умение подолгу находиться в этой позе.

Один из наиболее действенных результатов работы над этой позой – создание магического тела. Магическое тело – это идеальное Я, то новое, более осознанное Я, которое создается посредством танца. Магическое тело – это Я, которое способно проявляться наиболее полно и значимо. Это умение действовать, используя нужную энергию для решения любых жизненных задач.

Каков ваш идеальный образ себя? Какими чертами и способностями вы бы хотели обладать? Как бы вы хотели выглядеть в глазах окружающих? Как бы в результате этих превращений изменили свою жизнь?

Явственно представьте это, примите такой образ себя. Коль скоро вы в состоянии это представить, значит, это достижимо. Меняя представления, человек изменяет свой мир.

Теперь, приняв эту позу, вообразите, что вы полностью соответствуете новому образу. Почувствуйте, как ваша форма становится совершенной, преобразуясь в магическое Я – как физическое, так и духовное.

СТРУКТУРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Внутренние конфликты и конфликты со средой проявляются в теле в той же мере, в какой проявляются в психике. Личность испытывает конфликты между рациональным разумом и животной природой, между стремлением к доминированию и потребностью в подчинении. Подобные конфликты укоренены в человеческой природе. Конфликт делает человека податливым к болезням, но, с другой стороны, может стать источником творчества и основой духовности.

Соматическое отражение конфликтов между мыслями, действиями и чувствами преимущественно касается трех областей:

- конфликт между мыслями и действиями отражен телесным конфликтом голова – позвоночник, в задней части шеи. Это наиболее ранний мышечный блок, приобретаемый человеком еще в период внутриутробной жизни, при родах и в первые дни и недели жизни;

- между мыслями и эмоциями – голова – туловище, в области горла. Этот блок формируется, когда «оральные проблемы сдавливают горло»;

- между чувствами и действиями, между действиями и дыханием – конфликт между позвоночником и внутренними органами, в области диафрагмы. Это более поздний блок,

он соответствует анальной и генитальной стадиям.

Тело может многое рассказать о том пути, который прошел человек, о том, с какими преградами он встретился, о «войнах», в которых он победил или проиграл, об опыте, который он приобрел, о конфликтах и трудностях, которые его формировали, а также о выводах, которые из этого сделаны.

В терапевтической работе важно понимать, что эмоции могут наслаиваться друг на друга: ту, которую проще выразить, можно использовать, чтобы спрятать другую эмоцию, которую выразить труднее. Так, гнев часто прячет страх, страх может скрывать гнев, а печаль – гнев или удовольствие. Терапевтический принцип в данном случае – выявление более глубокой эмоции. При этом необходимо создать условия для безопасного отреагирования, иначе процедура может оказаться в лучшем случае нетерапевтической, а в худшем – разрушительной.

Помимо экспрессивных движений, важным каналом для выявления эмоций является голос. При работе с голосом

важна связь между мышечным тонусом и голосом человека. Высвобождение голоса связано с изменениями в мышечном тонусе.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Тонирование звуков»

Это один из простых способов успокоить мозг, стабилизировать внутренние ритмы. Тонирование представляет собой произнесение или пение длинных звуков. Все приведенные ниже звуки произносятся с движением под ритмичную музыку.

Звук первый – «м-м-м». В течение пяти минут попробуйте «мычать». Не старайтесь воспроизводить какую-то мелодию, а просто подберите тон, при котором вы чувствуете себя комфортно. Расслабьте челюсти и ощутите энергию «мычания» внутри организма.

Звук второй – «а-а-а». Если вы испытываете сильный стресс или напряженность, расслабьте мышцы нижней челюсти и несколько минут произносите негромкое «а-а-а».

Звук третий – «и-и-и». Это самый стимулирующий из всех гласных звуков. Он активизирует дух и тело, действуя, как «звуковой кофеин».

Звук четвертый – «о-о-о». Пять минут произнесения этого звука приводят к мышечной релаксации, углублению дыхания и улучшению его ритма, снижению частоты сердечных сокращений. Это очень мощное средство быстрой нормализации состояния организма.

Упражнение 2 «В стиле рэп»

Составьте рэп-песню, отражающую ваше состояние, например:

Просто дрянь – Вот мне какво. Разве им не видно, Что мои дела – дрянь. Пусть услышат хоть чуть-чуть, Что я им сейчас говорю, И мне не будет так плохо Каждый день и всегда.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Танец пяти движений»

Выделяется пять первичных ритмов движения, которые присутствуют во всех культурах и соответствуют основополагающим качествам:

- плавные, мягкие, округлые и текучие движения; движения «женской» энергии;
- резкие, сильные и четкие, «мужские» движения;
- хаотические движения;
- лирические, тонкие, изящные движения, «полет бабочки» или «падающего листа»;
- движение в неподвижности, наблюдение за первичными импульсами движения, «пульсирующая статуя».

Эти модальности движения в контексте терапии и диагностики являются репрезентациями характеристик личности. Клиент или участник тренинга может не принимать определенных движений. Так, достаточно часто женщины среднего возраста не принимают «мужские», резкие и сильные движения. «Я не такая, мне это не нравится», – говорят они. Одновременно с этим они жалуются на недостаток внимания в семье, невозможность выражать свои чувства, на положение жертвы. В процессе работы выясняется, что именно это ясное, яркое и четкое выражение своих желаний помогает

изменять ситуацию. Источник силы часто находится там, где страшно и непривычно искать.

Другим распространенным «черным пятном» являются хаотические движения, что не удивительно для заключенного в рамки многочисленных личностных и социальных стереотипов современного городского жителя. Яркость и непредсказуемость хаоса пугает, и становится ясно, насколько мы не привыкли и не умеем «отпускать» себя, насколько мы лишаем себя непосредственности и спонтанности.

«Танец пяти движений» рекомендуется исполнять с закрытыми глазами, полностью отдаваясь ему, включаясь в ритм всем телом. Консультант заранее подбирает музыку для каждого из ритмов. Одна стадия длится около пяти минут. Перед началом даются инструкции, после окончания – обсуждение, во время которого участникам предлагается ответить на несколько вопросов: какой из ритмов был самым приятным, а какой давался труднее всего; при каком движении вы занимали больше пространства, а какое могли совершать только в небольшом объеме, и т. п. В целом это дает достаточно ясную диагностическую картину.

Таким образом, предложенная техника может выполнять несколько функций:

Диагностическая – человек обнаруживает освоенные и неосвоенные качества и то, как это связано с его жизнью. Он может сделать осознанный выбор – освоить определенную зону жизни, до этого незнакомую или даже «запретную».

Тестовая – если проводить эту технику в начале и в конце тренинга, то многие участники ясно увидят и почувствуют качество наступивших личностных изменений.

Терапевтическая – в сочетании с другими техниками «Танец пяти движений» позволяет клиенту найти способы выражения себя, расширить диапазон реакций и форм взаимодействия. Кроме того, само по себе движение, к тому же наполненное личностным смыслом, оказывает положительное психофизиологическое действие.

Упражнение 2 «Дане Макабр»

Представьте себя в виде собственного скелета. В сиянии полной луны, на безлюдном, заброшенном кладбище вы встаете из могилы и принимаетесь танцевать. Подберите соответствующую музыку и постарайтесь прочувствовать, как движется скелет, как постукивают кости... Техника отлично прорабатывает разнообразные фобии у взрослых.

Упражнение 3 «Танец жизни»

Представьте, что наступила последняя минута вашей жизни и вы танцуете для Бога. Постарайтесь рассказать Ему в движениях о своей жизни, о своих успехах и неудачах, о том, чему вы научились и чему не успели, о том, какой была ваша жизнь, словом, обо всем. Исповедуйтесь в танце, примиритесь с собой и с Бытием. Это очень глубокая техника, которую не стоит использовать слишком часто.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Атмосфера»

Каждая жизненная ситуация, каждый дом, каждый пейзаж, каждая семья имеют свою собственную атмосферу. Она создается целым рядом причин, но потом приобретает известную самостоятельность, даже способность влиять на причины, ее вызвавшие, и порождает новые явления, не существовавшие ранее. Наши движения, речь, манера держаться, интонации, настроения, чувства, а нередко и мысли меняются, когда мы попадаем в сильную, захватившую нас атмосферу. Атмосфера способна менять значение слов (сравните слово «люблю» в атмосфере драмы, водевиля, трагедии и т. д.) Поэтому и говорят о психологической важности атмосферы, создающей контекст общения, его психологическое содержание.

Атмосферу можно научиться чувствовать и осознавать. Научившись «видеть» атмосферу, окружающую человека в наиболее важные моменты его жизни, и его внутреннюю атмосферу, легче почувствовать его проблемы и чувства, понять содержание того, что нам сообщает клиент, а также то, какая новая атмосфера нужна клиенту в психотерапевтической работе для продвижения...

Закройте глаза. Представьте себе пространство вокруг вас, наполненное

атмосферой, как оно наполнено светом и воздухом. Представьте, что вокруг вас атмосфера радости, она заполняет все пространство комнаты, охватывает вас... А теперь представьте, что атмосфера радости покидает эту комнату, и на смену ей приходит атмосфера ненависти, и теперь она окружает вас со всех сторон...

Затем можно применять контрастные атмосферы, например: чуда – апатии – восторга – упрямства – благоговения – одиночества – радостного предчувствия... На каждую атмосферу дается 15–30 секунд. Заканчивать эту часть упражнения необходимо на нейтральной или положительной атмосфере.

А теперь выберите атмосферу, которая наполнит пространство вокруг вас. Она неторопливо сменяет предыдущую атмосферу и окутывает вас. Побудьте в ней... Почувствуйте себя в ней... Сделайте легкое движение в гармонии с ней... Подвигайтесь... Какие возникают образы, ощущения в теле? Что происходит с дыханием?

Упражнение 2 «Танцуем тему»

Перед началом упражнения консультант задает тему индивидуального танца, выраженную словесной формулой: «любить человека», «осенние сумерки», «восход солнца» и т. д. Участники должны закрыть глаза и попытаться пластически выразить ассоциации, которые возникают по этому поводу; можно напевать про себя, но не вслух. Примерно через 3 минуты консультант предлагает объединиться в общий танец, не открывая глаз. Нужно сохранить характер своего танца, но вместе с тем попытаться почувствовать движения партнеров. Если консультант видит, что некоторые участники танцуют что-то резко выбивающееся из общего характера, можно помочь им, задавая ритм. Когда общий танец «получился», руководитель предлагает участникам открыть глаза и продолжать танец с открытыми глазами.

Упражнение 3

«Осознание экзистенциальной ситуации»

Вы должны, произвольно перемещаясь по залу, найти свое место – то, которое комфортно для вашего тела.

Закройте глаза, чтобы лучше почувствовать тело. Прислушайтесь к сигналам, которые посылает ваше тело, и примите позу, которую оно хочет принять. Позвольте телу принять ту позу, которую оно хочет.

Оставаясь в этой позе, с закрытыми глазами, ждите появления чувств, ощущений, образов. После того как появился какой-то достаточно устойчивый образ или чувство, побудьте в этом образе и почувствуйте, что происходит. Если это получилось, вы можете задать себе вопрос: чего я сейчас хочу, что мне сейчас нужно?

ОБЩАЯ РАБОТА С БЛОКАМИ

Согласно теории телесно-ориентированной психотерапии, энергия движется снизу вверх и любые препятствия на ее пути ведут к проблемам. Когда ребенок сталкивается с непонятным запретом, с которым он не может справиться (чаще всего это запреты сексуального характера), он в самом раннем возрасте учится делать движения и принимать позы, которые пресекают негативные эмоции. В результате определенный участок тела «привыкает» блокировать энергию. Например, сосание пальцев и языка, гримасы и т. д. вызывают зажим в нижней челюсти. Со временем возникает целая система зажимов. Мышечные блоки соответствуют психологической блокировке чувств, эмоций, переживаний. Выделяется семь блоков.

Первый блок кольцом охватывает глаза и затылок. В этом блоке перекрывается плач, страх. Так дети смотрят сквозь человека: «я слабее тебя, и ничего не могу с тобой сделать, но могу тебя не видеть». Этот блок не стоит трогать руками, т. к. это может вызвать очень сильное негативное отреагирование. Одним из его проявлений являются невротические головные боли в затылке и висках.

Второй блок – в области рта: губы, язык, нижняя челюсть и верхняя часть шеи. - Здесь блокируются гнев, плач, обида. Крайне болезненны точки в районе челюстных суставов: мы сжимаем зубы и прячем под напряжением все слова, которые хочется, но нельзя сказать.

Третий блок – шея, горло. Здесь заблокирован гнев, крик, сильная обида. Частым

его проявлением является бронхиальная астма – очень глубоко спрятанный невроз. Астматики не разрешают себе дышать. Горло также нельзя трогать руками. Если вы сняли глазной и челюстной блоки, то горловой тоже начинает уходить. Горло – это мостик, который соединяет разум с ощущениями: «я не хочу чувствовать». Блокировка задней поверхности шеи означает: «я не умею чувствовать, я не знаю, как это делать».

Четвертый блок – руки. Здесь блокируются агрессия, любовь, сексуальность.

Пятый блок – диафрагмальный. В теле человека страх обитает в трех местах: в диафрагме, внизу живота и в ногах. У животных нормальный страх живет в ногах и внизу живота, он мобилизует организм спасти свою жизнь. А в диафрагме живут социальные страхи – страх быть непонятым, непринятым. Они не несут угрозу жизни, но человек их так воспринимает. При диафрагмальном блоке мы прежде всего перестаем правильно дышать. Клинические невротики вообще не могут дышать диафрагмой – «на всякий случай». Здесь можно работать с техниками глубокого дыхания, с помощью поз и движений создавать ситуацию, в которой человек не может не дышать.

Шестой блок – тазовый, включая и ноги. Здесь живет страх, который возникает при прямой угрозе жизни, страхи, связанные с сексуальными запретами. Очень характерный жест: сжимание колен. Для снятия этого блока эффективна работа с опорами.

Седьмой, грудной блок очень трудно определить. Его порождает страх потерять любовь. Он связан с горловым и диафрагмальными блоками.

У каждого человека своя конфигурация блоков – чего-то меньше, чего-то больше. Прямая разблокировка зажима ведет к выявлению и осознанию проблем и к избавлению от них.

РАЗМИНКА

Упражнение 1 «Лицевая гимнастика»

Массаж глазных яблок. Выбрать объект перед собой, расслабиться. Дышать глубоко, диафрагмой и животом. Спустя 2 минуты после глубокого вдоха сделать резкий активный выдох, направив энергию выдоха в глаза; глазные яблоки, как от толчка, должны устремиться вперед на объект. Необходимо избегать напряжения мышц век, они должны оставаться расслабленными. Сделать 8–10 таких выдохов. Затем выбрать объекты последовательно справа, слева и под ногами и сделать 5 циклов таких же дыхательных движений, фокусируя глаза по очереди на каждом объекте. Энергетический импульс движения глазных яблок начинается в брюшной полости вместе с выдохом.

Массаж губ. Проводится так же, но на выдохе к выбранному объекту направляются сложенные в трубочку губы.

Общий массаж лица. Выполняется так же, как и предыдущие варианты, но лучше проводить его лежа. На выдохе все лицо должно искривиться в маску гнева, неприязни или страха. Сделать 10 активных движений. Тело и шея должны оставаться расслабленными. Затем можно разрядиться криком, челюсть падает, рот открывается.

Упражнение 2 «Контрастное напряжение»

Напрягите правую руку. Почувствуйте, как она становится тяжелой, как будто в нее перемещается центр тяжести вашего тела. Усиливайте напряжение, утрируйте его, доводя до предела. Сбросьте напряжение. Прodelайте то же самое с левой рукой. Напрягите плечи. Если чувствуете, что вам это не удастся, немного надавите пальцами на плечи, почувствуйте напряжение. Усиьте его, доводя до предела. Сбросьте. Напрягите заднюю часть шеи (фокусировать напряжение на передней части шеи и гортани не следует)... Спину... Поясницу.. Обе ноги... Правую ногу... Левую ногу... Низ живота... Теперь напрягите верх живота. Что происходит с дыханием? Оно становится поверхностным, нижняя часть легких не заполняется. Сбросьте напряжение. Напрягите грудь. Обратите внимание на дыхание. Сбросьте напряжение. Напрягите все тело целиком. Расслабьте. Напрягите... расслабьте.

При выполнении упражнения участников необходимо предупредить, что если у кого-то из них были физические травмы или переломы, пострадавшие участки тела должны работать в щадящем режиме, усиливать напряжение следует осторожно, оно может даже происходить только в воображении.

БЫСТРАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Динамическая йога»

Встаньте на четвереньки, опираясь на пол коленями и локтями.

Вытяните правую руку и правую ногу параллельно полу. Делайте небольшие покачивающие движения рукой и ногой вверх-вниз. Опустите таз на пятку левой ноги, соедините локоть и колено правой руки и правой ноги – 16 раз. Поднимитесь на четвереньки и повторите все сначала.

Повторите упражнение с другой рукой и другой ногой.

Упражнение 2

«Положение в пространстве»

Сядьте на стул, прислушайтесь к своему телу и примите такую позу, какую хотите. Замрите в той позе, в которой вы находитесь, сидите, ничего не изменяя. Обратите внимание на то, как именно вы сидите, как держите руки. Через минуту выберите одну из точек, в которых соприкасаются две части тела (например, рука и подбородок). Дайте своему сознанию войти в одну часть, затем в другую. Попробуйте провести беседу между ними.

Упражнение 3

«Обострение ощущения тела»

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части себя вы чувствуете? Отметьте болч и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их расслабить, дайте им продолжаться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности? Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Упражнение 1 «Электрический ток»

Последовательное освобождение групп мышц от напряжения.

Участники стоят «стайкой». Руки опущены вдоль тела. В пальцах рук начинаются вибрации, как будто бьет электрический ток, через минуту вибрации распространяются на всю кисть, затем с интервалом в минуту они будут захватывать руку до локтя, плеча, верхнюю половину туловища и, наконец, все тело.

Участникам можно предложить иначе рационализировать вибрации – по собственному выбору (одни дрожат от холода, другие воображают себя каким-нибудь предметом и т. д.). Упражнение имеет ярко выраженный эффект: ощущение тепла, покалывание кожи, автоматическая концентрация внимания на внутренних ощущениях (если нет специального задания – другого объекта); снимаются также и психические блокировки.

Продолжительность выполнения упражнения – не менее 6 мин.

Упражнение 2 «Качание»

«Качание» может выполняться после упражнения «Электрический ток» или дополнять его.

Исходное положение такое же. Движение начинается также с пальцев рук и распространяется подобным образом, но вибрации в этом случае заменяются свободным качанием. Импульс движения исходит из верхней точки кисти, локтя, плеча, головы, соответственно.

Продолжительность – также не менее 6 мин. В результате возможно естественное головокружение. После выполнения упражнения нужно сделать 5 – 10 прыжков, почти не отрывая ступни от пола, на полусогнутых ногах, – встряхивания тела. Это способствует интенсивной энергетизации.

Вообще нужно иметь в виду, что отсутствие напряжения в коленях – слегка согнутые ноги – всегда энергезирует организм. Согласно биоэнергетической теории А. Лоуэна, в этом положении (колени чуть согнуты, носки чуть повернуты внутрь) стопа имеет наибольший контакт с почвой, что увеличивает приток энергии.

Упражнение 3 «Расслабление лежа»

Закройте глаза. Прислушайтесь к звукам за окном. Шелест ветра, пение птиц, голоса. Что еще? Прислушайтесь к звукам, наполняющим здание, но находящимся за пределами этой комнаты. Прислушайтесь к звукам, наполняющим эту комнату. Прислушайтесь к тому, что происходит в вашем теле. Прислушайтесь к своему дыханию. Какое оно? Не задерживайте и не убыстряйте его. Не надо ничего менять, просто прислушайтесь. Услышьте биение вашего сердца в груди. Услышьте биение сердца в других частях вашего тела.

Ваше тело может находиться в состоянии усталости или бодрости, напряжения или расслабленности, болезни или здоровья. Как бы то ни было, оно может вам многое рассказать о себе и о вас. Поблагодарите его за первый контакт с вами и, когда будете готовы, почувствуйте, как вы лежите на полу в этом зале. Откройте глаза.

ГЛАВА 6 НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ

Дети, являясь самой незащищенной, уязвимой социальной группой, часто оказываются в зонах стихийных и природных катастроф, военных действий, становятся жертвами физического, сексуального, эмоционального насилия. По данным ООН, от произвола родителей ежегодно страдают около 2 млн. детей в возрасте до 14 лет. Каждый десятый из них умирает, а 2 тыс. кончают жизнь самоубийством (ООН, Центр по социальному развитию и гуманитарным вопросам, 1998).

Проблема психотравмирующего влияния насилия на ребенка имеет не только психологический, но также социальный и юридический аспекты, однако в России ее изучению пока не уделяется достаточного внимания (Тарабрина, 2001).

Насилие классифицируется по нескольким параметрам:

- явное или скрытое (косвенное) – в зависимости от стратегии поведения обидчика;
- происходящее в настоящем или случившееся в прошлом;
- единичное или множественное, длящееся долгие годы;
- по месту происшествия и окружения насилия бывает: дома – со стороны родственников, в школе – со стороны педагогов или детей, на улице – со стороны детей или незнакомых взрослых.

Наибольшее распространение получила следующая классификация насилия, предложенная в работе Асановой (1997).

Физическое насилие – это любое неслучайное нанесение повреждения ребенку в возрасте до 18 лет. Физическое насилие выражается в форме ударов по лицу, тряски, толчков, затрещин, удушения, пинков, заключения в запертом помещении, избияния ремнем, веревками, причинения увечий тяжелыми предметами и ножом. Физическое насилие включает также вовлечение ребенка в употребление наркотиков, алкоголя, дачу ему отравляющих веществ или «медицинских препаратов, вызывающих одурманивание» (например, снотворных, не прописанных врачом), а также попытки утопления.

Сексуальное насилие – использование ребенка (мальчика или девочки) взрослым или другим ребенком для удовлетворения сексуальных потребностей или получения выгоды. Сексуальное насилие включает половое сношение (коитус), оральный и анальный секс (включая инцест), взаимную мастурбацию, другие телесные контакты с половыми органами. К сексуальному развращению относятся также вовлечение ребенка в проституцию, порнобизнес, обнажение перед ребенком половых органов и ягодиц, подглядывание за ним, когда он этого не подозревает: во время раздевания, отправления естественных нужд.

Пренебрежение интересами и нуждами ребенка – отсутствие должного обеспечения основных нужд и потребностей ребенка в пище, одежде, жилье, воспитании, образовании, медицинской помощи со стороны родителей или лиц, их заменяющих, в силу объективных причин (бедность, психические болезни, неопытность) и без таковых. Типичным примером пренебрежительного отношения к детям является оставление их без присмотра, что приводит к несчастным случаям, отравлениям и другим опасным для жизни и здоровья ребенка последствиям.

Психологическое насилие – постоянное или периодическое словесное оскорбление ребенка, угрозы со стороны родителей, опекунов, учителей, воспитателей, унижение его человеческого достоинства, обвинение его в том, в чем он не виноват, демонстрация нелюбви, неприязни к ребенку. К этому виду насилия относятся также постоянная ложь, обман (в результате чего ребенок теряет доверие к взрослому), а также предъявляемые к ребенку требования, не соответствующие его возрастным возможностям.

В отдельную форму выделяется также эмоциональное насилие. Некоторые исследователи полагают, что в основе любой формы насилия, в том числе и сексуального, лежит насилие эмоциональное, депривация, отвержение, которое оказывается «особенно коварным» и «причиняет значительный ущерб развитию личности и формированию механизмов совладания» (Palmer, McMahon 1997).

Как правило, ребенок-жертва страдает одновременно от нескольких форм насилия,

то есть переживает «много форм насилия сразу». Так, для детей, страдающих от инцеста, неизбежными являются сопутствующие разрушение семейных отношений и доверия к семье, манипуляции, а зачастую и запугивания со стороны родителя-насильника, квалифицируемые как психологическое насилие. Дети и взрослые – жертвы изнасилования, например, часто переживают и физическое насилие (избиение), и эмоциональное (угрозы убить или покалечить).

Пренебрежению и насилию над детьми способствуют определенные социальные и культурные условия (Зиновьева, Михайлова 2003).

1. Отсутствие в общественном сознании четкой оценки физических наказаний.
2. Демонстрация насилия в средствах массовой информации.
3. Права граждан на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, закрепленные в Конституции, не позволяют своевременно установить факт насилия и осуществить вмешательство.
4. Отсутствие эффективной превентивной политики государства.
5. Недостаточное понимание обществом насилия как социальной проблемы.
6. Низкая правовая грамотность населения.
7. Плохая осведомленность детей о своих правах.
8. Несовершенство законодательной базы.

Есть различные современные теории, пытающиеся объяснить причины насилия над детьми в семье. Социологическая модель рассматривает влияние социокультурных факторов на риск возникновения насилия над детьми. К таким факторам обычно относят: стереотип семейных отношений, усвоенный еще в детстве и принятый в данной социальной группе, а также жилищные и материальные условия семьи. С психиатрической, медицинской точки зрения жестокое обращение и пренебрежение ребенком – следствие патологических изменений в психике родителей, деградации, алкоголизации. Социально-психологический подход объясняет проявления насилия личным жизненным опытом родителей, их «травмированным» детством. Психологическая теория основывается на представлении, согласно которому ребенок сам «участвует» в создании предпосылок для жестокого обращения, что автоматически выливается в концепцию: плохое обращение как конечный результат деструктивных детско-родительских отношений. Интегрируя все эти подходы в комплексную модель, насилие можно трактовать как многомерный феномен, порождаемый взаимодействием сразу нескольких элементов, как то: личностные особенности родителей и ребенка, внутрисемейные процессы, стрессы, вызываемые социально-экономическими условиями, обстоятельствами общественного характера (Орлов, 2000).

Социально-экономические факторы риска насилия в семье:

- Низкий доход.
- Безработица или временная работа, низкий трудовой статус (особенно у отцов).
- Многодетная семья.
- Молодые родители.
- Неполная семья.
- Принадлежность к меньшинствам. © Плохие квартирные условия.
- Отсутствие социальной помощи от государства и от общественных организаций.

Факторы риска, обусловленные структурой семьи и моделью общения (Browne, Finkelhor, 1986):

- Семья родителя-одиночки, а также многодетные семьи.
- Отчим в семье или приемные родители.
- Конфликтные или насильственные отношения между членами семьи (Михайлова, 1998, 2001).
- Проблемы между супругами (сексуальная неудовлетворенность, отсутствие или недостаток эмоциональной поддержки, ревность и пр.) (Coohey, 1995).
- Межпоколенная передача. Родители, испытавшие или видевшие в детстве насилие, склонны к нему в обращении со своими детьми. С раннего возраста родители-жертвы усвоили паттерн агрессивного поведения по отношению к другим людям и членам

семьи в частности.

- Проблемы взаимоотношений родителя и ребенка.

- Эмоциональная и физическая изоляция семьи.

Факторы риска, обусловленные личностью родителя:

- Особенности личности родителя: ригидность, доминирование, тревожность, привычная раздражительность (особенно на провоцирующее поведение ребенка), низкая самооценка, депрессивность, импульсивность, зависимость, низкий уровень эмпатии и открытости, низкая толерантность к стрессу, эмоциональная лабильность, агрессивность, замкнутость, подозрительность и проблемы самоидентификации (Алтосаар, 2000);

- Негативное отношение родителя к окружающим и неадекватные социальные ожидания в отношении ребенка. В этом случае родители оценивают поведение ребенка как сильный стрессор. Их отличает недовольство и негативное самоощущение. Они чувствуют себя несчастными, недовольными своей семейной жизнью, страдающими от стресса.

- Низкий уровень социальных навыков. Отсутствует умение вести переговоры, решать конфликты и проблемы, совладать со стрессом, просить помощи у других. При этом работают механизмы психологической защиты: наличие проблемы отрицается, соответственно, не принимается помощь. Насилие над детьми является семейным секретом, который тщательно скрывается и открыто не обсуждается, поскольку вызывает страх, обвинения, стыд, вину и т. д.

- Психическое здоровье родителя: выраженные психопатологические отклонения, нервозность, депрессивность, склонность к суицидам увеличивают риск применения насилия в отношении детей.

- Алкоголизм и наркомания родителей и вытекающие из этого психофармакологические проблемы и аффективные нарушения: агрессивность, гиперсексуальность, раздражительность, нарушения координации, ослабленный контроль над своим поведением, снижение критики, изменения личности и др.

- Проблемы со здоровьем: патологически протекающая беременность, прервавшаяся беременность, тяжелые роды. Все это влияет на нервную систему и делает женщину менее устойчивой к стрессору.

- Эмоциональная уплощенность и умственная отсталость. Родитель не всегда понимает состояние ребенка – особенно больного, – поэтому может оставить ребенка без необходимой помощи.

- Незрелость родительских навыков и чувств. Дефицит родительских чувств и навыков чаще всего характерен для молодых, умственно отсталых, психически больных родителей. Молодой родитель нервозен, так как всегда испытывает страх, что не справится с требованиями. При этом депрессия и тревога снижают толерантность к стрессу и способность справляться с возникающими трудностями в воспитании (Михайлова, 1998).

Исследования выявили целый ряд особенностей ребенка, вызывающих в родителе недовольство, раздражение и следующее за этим насилие. Высокий риск стать жертвами насилия имеют дети со следующими особенностями:

- нежеланные дети, а также те, которые были рождены после потери родителями предыдущего ребенка;

- недоношенные дети, имеющие при рождении низкий вес;

- дети, живущие в многодетной семье, где промежуток между рождениями детей был небольшой (погодки);

- дети с врожденными или с приобретенными увечьями, низким интеллектом, с нарушениями здоровья (наследственный синдром, хронические заболевания, в том числе и психические);

- с расстройствами и нетипичными вариантами поведения (раздражительность, гневливость, импульсивность, гиперактивность, непредсказуемость поведения, нарушения сна, энурез);

- с определенными свойствами личности (требовательный без насыщения,

замкнутый, апатичный, равнодушный, зависимый, выражено внушаемый);

- с привычками, действующими на нервы родителям;
- с низкими социальными навыками;
- с внешностью, отличающейся от других, или с неприемлемыми для родителей особенностями (например, «не того» пола);
- дети, чье вынашивание и рождение было тяжелым для матерей, а также дети, которые часто болели и были разлучены с матерью в течение первого года жизни.

6.1 ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Эмоциональное насилие над ребенком – это любое действие, которое вызывает у ребенка состояние эмоционального напряжения, что подвергает опасности нормальное развитие его эмоциональной жизни.

Обычно на успех ребенка родители реагируют похвалой, чувством гордости и радостью. Но иногда родители реагируют противоположным образом: равнодушием и раздражением. Поначалу это вызывает в ребенке смешанные чувства. В дальнейшем ребенок, которому неоднократно приходится сталкиваться с неадекватными реакциями родителей в ответ на его положительное поведение, быстро теряет мотивацию на достижения и сопровождающее успех чувство гордости. Он делает вывод, что проявлять радость по поводу достижений опасно и неправильно.

К эмоциональному насилию относятся следующие действия по отношению к ребенку:

- изоляция, то есть отчуждение ребенка от нормального социального общения;
- угрюмость, отказ от обсуждения проблем;
- «торювя запретами» (например, если ребенок в определенное время не выполнил уроки или не убрал постель, то за этим на определенное время следует запрет смотреть телевизор или гулять);
- оскорбление;
- терроризирование, то есть неоднократное оскорбление ребенка словами и формирование стабильного чувства страха;
- поддержание постоянного напряжения, запугивание, угрозы;
- брань, издевки;
- запугивание наказанием («Еще одна двойка или очередная выходка в школе – и я возьмусь за ремень»);
- моральное разложение (коррупцирование), привлечение и принуждение ребенка к действиям, которые противоречат общественным нормам и наносят ущерб ребенку (принуждение к совершению краж, употреблению алкоголя или наркотиков).

Эмоциональное насилие над ребенком можно предположить в случае, если вы заметите, что родитель постоянно:

- предъявляет к ребенку завышенные требования, с которыми тот не в состоянии справиться, что формирует низкую самооценку и приводит к фрустрации;
- чрезмерно сурово наказывает ребенка;
- чрезвычайно критичен по отношению к ребенку, обвиняет его;
- злится и ведет себя устрашающе.

Наличие эмоционального насилия можно предполагать и на основе ряда признаков у ребенка, например, если он:

- эмоционально невосприимчив, равнодушен;
- грустен, субдепрессивен или у него выраженная депрессия;
- сосет пальцы, монотонно раскачивается (аутоэротические действия);
- замкнут в себе, задумчив или, наоборот, агрессивен;
- «приклеивается» к любому взрослому в поисках внимания и тепла;
- испытывает ночные приступы страха, плохо спит;
- не выражает интереса к играм.

Физиологические реакции ребенка также могут свидетельствовать о том, что он является жертвой эмоционального насилия. Сюда относятся:

- ночной и дневной энурез (недержание мочи);
- психосоматические жалобы: головная боль, боли в животе и области сердца, жалобы на плохое самочувствие и т. д.;
- замедленное физическое и общее развитие ребенка.

6.2 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

Психологическое насилие, несмотря на схожесть с эмоциональным, выделяется в отдельную категорию (Соонетс, 2000). Психологическое насилие – это совершенное по отношению к ребенку деяние, которое тормозит развитие его потенциальных способностей.

К психологическому насилию относят, например, частые конфликты в семье и непредсказуемое поведение родителей по отношению к ребенку. Из-за душевного насилия тормозится интеллектуальное развитие ребенка, ставится под угрозу адекватное развитие познавательных процессов и адаптационные способности. Он становится легко ранимым, снижается способность к самоуважению. Ребенок развивается социально беспомощным, легко попадает в конфликтные ситуации и с большой долей вероятности будет отвергаться ровесниками.

Английский психолог Алиса Миллер в 1980 г. в книге «Для твоего собственного блага» сформулировала так называемую «отравляющую педагогику» – комплекс воспитательных воздействий, которые ведут к развитию травмированной личности:

Родители – хозяева (не слуги!) зависимого от них ребенка.

Они определяют, что хорошо и что плохо.

Ребенок несет ответственность за их гнев. Если они сердятся – виноват он.

Родители всегда должны быть защищены.

Детское самоутверждение в жизни создает угрозу авторитарному родителю.

Ребенка надо сломать, и чем раньше – тем лучше.

Все это должно произойти, пока ребенок еще совсем маленький, не замечает этого и не может разоблачить родителей.

Методы, которыми добиваются послушания, разнообразны: психологические ловушки, обман, двуличность, увертки, отговорки, манипуляции, тактика устрашения, отвержение любви, изоляция, недоверие, унижение, опозоривание – вплоть до истязания, обесмысливание и обесценивание взрослыми всего того, что делает ребенок в семье («У тебя руки не из того места растут – лучше ничего не трогай!»; «Все равно ничего хорошего не получится!»).

Основываясь на этих «правилах», «отравляющая педагогика» формирует у детей следующие деструктивные установки, представления и мифы:

- любовь – это обязанность;
- родители заслуживают уважения по определению – просто потому, что они родители;
- дети не заслуживают уважения просто потому, что они дети;
- высокая самооценка вредна, а низкая – делает людей альтруистами;
- нежность (сильная любовь) вредна;
- удовлетворять детские желания неправильно. Суровость, грубость и холодность – хорошая подготовка к жизни;
- лучше притворяться благодарным, чем открыто выражать неблагодарность;
- то, как ты себя ведешь, важнее того, что ты на самом деле собой представляешь;
- родители не переживают, если их обидят;
- родители не могут говорить глупости или быть виноватыми;
- родители всегда правы, они не могут ошибаться.

Добросовестное следование правилам «отравляющей педагогики» формирует зависимую личность с низкой социальной толерантностью, ригидную, с «убитой душой», которая, вырастая, сама становится «душегубом». Родители совершенно искренне убеждены, что делают все для блага ребенка, при этом его калеча. Законы межпоколенной передачи неумолимы, и все повторяется опять, но уже в новом

поколении.

А. Миллер среди родительских мотивов выделяет следующие:

– бессознательная потребность перенести на другого унижение, которому они сами когда-то подвергались;

– потребность дать выход подавленным чувствам;

– потребность обладать живым объектом для манипулирования, иметь его в собственном распоряжении;

– самозащита, в том числе потребность идеализировать собственное детство и собственных родителей посредством догматического приложения (переноса) родительских педагогических принципов на своего ребенка;

– страх проявлений, которые у них самих когда-то были подавлены, проявлений, которые они видят в собственных детях, тех, что должны быть уничтожены в самом зародыше;

– желание взять реванш за боль, которую родитель когда-то пережил.

Очевидно, что если присутствует хотя бы один из перечисленных мотивов, то шанс изменить родительский паттерн поведения достаточно невысок.

Однако все это не означает, что дети должны воспитываться без всяких ограничений. Ненасильственная коммуникация основывается на уважении со стороны взрослых, терпимости к детским чувствам, естественности педагогических воздействий, т. е. зависимости от педагогических принципов.

6.3 ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

Физическое насилие – это вид отношения к ребенку, когда он умышленно ставится в физически и психически уязвимое положение, когда ему умышленно причиняют телесное повреждение или не предотвращают возможности его причинения.

Определить, что ребенок стал жертвой физического насилия, можно по следующим признакам (Соонетс, 2000):

- необъяснимо возникшие кровоподтеки;
 - шрамы, следы связывания, следы от ногтей, следы от давления пальцев;
 - следы от ударов предметами (ремнем, палкой, веревкой);
 - след от укуса на коже;
 - наличие на голове участков кожи без волос;
 - необъяснимые следы ожогов (от кончика сигареты, ожоги по форме варежки или носка);
 - ожоги горячим предметом (зажигалка, утюг и т. д.);
 - необъяснимые переломы костей, вывихи, раны;
 - повреждения внутренних органов (разрыв печени, ушибы почек, мочевого пузыря в результате удара в живот или в бок);
 - необычное состояние ребенка после вынужденного приема алкоголя или лекарств;
 - умерший ребенок с признаками насилия (убийство).
- о повторяющемся физическом насилии можно судить в том случае, если на теле ребенка имеются следы разной давности (шрамы, свежие раны, кровоподтеки и т. д.).

На факт применяемого физического насилия указывают и особенности поведения жертвы-ребенка:

- страх при приближении родителя к ребенку;
- пассивность, замкнутость или повышенная агрессивность;
- общее избегание физического контакта;
- застывший, испуганный взгляд (наблюдается и у грудного ребенка);
- необъяснимые изменения в поведении (прежде жизнерадостный ребенок теперь постоянно грустен, задумчив, замкнут);
- страх перед уходом из школы/детского сада домой. Или, наоборот, перед уходом в школу, если насилие применяется в школе или на улице;
- учащение случаев причинения себе вреда – саморазрушающее поведение (употребление алкоголя, наркотиков, курение);

- побег из дома;
- ношение одежды, не соответствующей погодным условиям (например, летом шерстяной свитер с высоким воротником, чтобы скрыть кровоподтеки на теле);
- отчаянные просьбы и мольба ребенка не сообщать родителям о его неудачах (двойки, прогулы, плохое поведение) в школе.

Факторы, связанные с семьей, на основании которых можно предполагать применение физического насилия по отношению к ребенку:

- известно, что в данной семье детей или конкретно данного ребенка и раньше подвергали физическому насилию;
- родитель относится к ребенку с необъяснимым презрением, пренебрежительно;
- родитель применяет жестокие приемы для дисциплинирования ребенка (удары кулаком или рукой, ногой, избиение предметом, ремнем и т. д.);
- в случае физической травмы ребенка родитель не обращается к врачу;
- известно, как родитель угрожал ребенку физической расправой («Ты у меня сегодня заработаешь...») или вспоминал прежние насильственные действия («Ты у меня получишь, как тогда...»);
- описание родителем происшествия не совпадает с характером травмы у ребенка, дает противоречивые объяснения.

6.4 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Сексуальное насилие, совершаемое по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. К сожалению, в нашей стране не существует достоверных данных о распространенности насилия над детьми, поскольку долгое время эта тема была закрыта, официальная статистика отсутствует. Однако по оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, органы внутренних дел в России ежегодно регистрируют 7–8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела (Догадина, Пережогин, 2000). Но в реальности эти показатели значительно выше.

Американские исследователи определяют сексуальное насилие над детьми (Child Sexual Abuse – CSA) как любой сексуальный опыт между ребенком до 16 лет (по отдельным источникам – до 18) и человеком по крайней мере на 5 лет старше него. Сексуальное насилие над детьми определяется также как «вовлечение зависимых, психически и физиологически незрелых детей и подростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они еще не могут полностью понять и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия» (Finkelhor, 1984).

Несмотря на существующий стереотип, среди всех случаев насилия над детьми 75–90% (по разным источникам) насильников знакомы детям, и только 10–25% случаев насилия совершается незнакомыми людьми. В 35–45% случаев насильником является родственник, а в 30–45% – более дальний знакомый.

В то же время только 2% жертв внутрисемейного и 6% жертв внесемейного насилия сообщают о случаях насилия властям. Следовательно, в приведенные выше данные входят лишь те случаи насилия, о которых жертвы сами решили рассказать. Реальные же цифры гораздо больше (Meichenbaum, 1994).

В сексуально-порочном обращении с ребенком по умыслу выделяют сексуальное злоупотребление (использование) и собственно сексуальное насилие (Соонетс, 2000).

Актами сексуального использования ребенка и насилия над ним являются следующие действия, которые нередко описываются жертвами как начало сексуального насилия (Зиновьева, Михайлова 2003):

- ласки, ощупывание, целование, и в том числе – тайное прикосновение к интимным частям тела ребенка (например, во время купания);
- рассматривание половых органов ребенка;
- демонстрация своего голого тела или своих половых органов ребенку;
- подглядывание за ребенком во время раздевания, купания, в туалете;
- притеснение ребенка смущающими взглядами, сексуальными высказываниями;

- мастурбация в присутствии ребенка.

К контактными формам сексуального насилия и использования относят следующие действия:

- трение пениса о тело ребенка;
- принуждение ребенка к мастурбации в присутствии взрослого;
- принуждение ребенка к манипуляции гениталиями взрослого;
- ощупывание гениталий ребенка или манипулирование ими;
- подражание половому сношению с помощью пальца;
- вагинальное половое сношение с ребенком;
- половое сношение с ребенком через анальное отверстие;
- половое сношение через рот ребенка.

На практике непросто отличить предвестники сексуального насилия от позитивного телесного контакта, который бывает совершенно необходим в общении с маленькими детьми. Различия между двумя ситуациями определяются намерениями взрослого человека (ситуация могла бы быть нормальной, если бы не было «задней» мысли, и ребенок должен это чувствовать), а также тем, имеет ли возможность ребенок свободно сказать «нет».

Обычно жертвами сексуального порочного отношения являются дети моложе 12 лет, но чаще всего – в возрасте 3–7 лет. Маленький ребенок еще не понимает происходящего, его легче запугать, склонить к тому, чтобы он никому не говорил о том, что произошло (то есть заключить «договор молчания»). Также совершивший насилие взрослый надеется, что в этом возрасте ребенок еще не способен описать произошедшее словами. Поскольку фантазии маленького ребенка зачастую смешаны с реальностью, то, вероятно, его рассказу не поверят, даже если он что-то об этом и расскажет. Сексуальному насилию в возрасте до 14 лет обычно подвергаются 20–30% девочек и 10% мальчиков. Мальчики чаще, чем девочки, подвергаются насилию в более раннем возрасте. Хотя в общей сложности сексуальное насилие над мальчиками встречается в 3–4 раза реже, чем над девочками (Черепанова, 1996).

Существует множество искаженных представлений о насильнике.

Во-первых, считается, что насильником может быть только мужчина. Однако по статистике 2% из тех, кто насилует детей, – женщины. По мнению специалистов, их количество в реальности больше, поскольку обнаружить подобные случаи труднее, т. к. традиционно женщины находятся рядом с ребенком, поэтому женщинам-насильникам проще скрыть происходящее.

Во-вторых, считается, что насильники принадлежат к людям старшего возраста. Однако обычно это люди моложе 40 лет, 50% из них становятся насильниками в 30 лет.

В-третьих, существует мнение, что сексуальное насилие над ребенком способен совершить только психически больной человек, однако лишь 5% из них страдают психическими расстройствами или нарушениями поведения и влечений. По зарубежным данным, приблизительно у 1/3 из них сформирован синдром зависимости (алкоголизм или наркомания) и лишь 1/3 из их числа совершили насилие в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Различают ситуативных насильников и насильников, имеющих определенные предпочтения. В первом случае нельзя считать, что главной причиной насилия стала специфическая ориентация – сексуальное предпочтение детей. Ситуативных насильников разделяют на несколько типов:

1. Регрессивные. Они огличаются низким уровнем собственного достоинства, а также низкой способностью контролировать импульсы. По этим причинам в условиях доступности собственных детей власть над ними провоцирует их к совершению насилия.

2. Морально неразборчивые. Они жестоко обращаются со всеми близкими людьми, кто находится в их власти и зависим от них: женой, родственниками, друзьями, подчиненными. В конце концов объектом насилия становится ребенок, при этом, как правило, насильник этого типа принуждает вступать с ним в сексуальный контакт, используя физическую силу.

3. Сексуально неразборчивые. Это люди, для которых не существует границ и правил удовлетворения собственных сексуальных потребностей. В последние годы даже выделяется специфический тип аддиктивного поведения: сексуальная аддикция, хотя далеко не все страдающие ею становятся насильниками.

4. Неадекватные. К этому типу относят социопатов – людей, социально не вписывающихся в рамки общества, для которых дети не имеют никакой ценности, и посему они считают себя вправе делать с ними все, что захотят.

5. Предпочитающие (детей) – это исключительно те, чья сексуальная ориентация направлена на детей, т. е. педофилы. Для удовлетворения своих потребностей они не останавливаются ни перед чем, поэтому количество жертв в данном случае значительно больше, чем у ситуативных насильников.

Предпочитающих насильников разделяют на следующие типы:

Соблазнитель. Они умеют находить контакт с ребенком, общаться с ним, слушать, разговаривать, устанавливать с ним партнерские отношения. Вовлечение в сексуальные действия происходит постепенно, сопровождается проявлением внимания по отношению к ребенку, ухаживанием и дарением подарков.

Интроверты. Этот тип не обладает такими же навыками общения и обольщения, как соблазнитель, поэтому установление длительного контакта с ребенком, позволяющего вступать в сексуальные отношения, – для него непростая задача. В связи с этим его сексуальный опыт кратко временен и нередко сопровождается физическим насилием.

Садисты. Их меньше всего – 2% из предпочитающих насильников. В этих случаях сексуальные действия сопряжены с потребностью причинять боль, вплоть до убийства

В случае сексуального насилия можно обнаружить и физические признаки произошедшего, и изменения в поведении ребенка. Телесные симптомы обычно связаны с тем, каким образом осуществляется с ребенком половой акт или другая форма насилия.

Оральные симптомы: экзема; дерматит; герпес на лице, губах, в ротовой полости; кроме того, отказ от еды (анорексия); переедание (булимия).

Анальные симптомы: повреждения прямой кишки; покраснение ануса; варикозные изменения; ослабление сфинктера; запоры.

Вагинальные симптомы: нарушение девственной плевы; расширение влагалища; свежие повреждения (раны, ссадины); сопутствующие инфекции.

Кроме этого, физическими симптомами сексуального насилия над ребенком являются:

- порванное, запачканное или окровавленное нижнее белье;
- гематомы (синяки) в области половых органов;
- кровотечения, необъяснимые выделения из половых органов;
- гематомы и укусы на груди, ягодицах, ногах, нижней части живота, бедрах;
- боль в животе;
- повторяющиеся воспаления мочеиспускательных путей;
- венерические болезни;
- неожиданная беременность (если несовершеннолетняя девушка отказывается назвать отца ребенка или беременность у девочек от 9 лет с недостаточным уровнем психосексуального развития).

Признаками перенесенного сексуального насилия являются различные изменения в поведении, некоторые из них можно рассматривать и как первые проявления посттравматического синдрома.

А) Изменения в проявлениях сексуальности:

- чрезвычайный интерес к играм сексуального содержания;
- поразительные для этого возраста знания о сексуальной жизни;
- соблазняющее поведение по отношению к противоположному полу и взрослым;
- сексуальные действия с другими детьми (начиная с младшего школьного возраста);
- необычная сексуальная активность: сексуальное использование младших детей; мастурбация (начиная с дошкольного возраста); трение половыми органами о тело взрослого; проституция.

Б) Изменения в эмоциональном состоянии и общении:

- замкнутость, изоляция, уход в себя;
- депрессивность, грустное настроение;
- отвращение, стыд, вина, недоверие, чувство собственной испорченности;
- частая задумчивость, отстраненность (с дошкольного возраста);
- истерическое поведение, быстрая потеря самоконтроля;
- трудности в общении с ровесниками, избегание общения с ними, отсутствие друзей своего возраста или отказ от общения с прежними друзьями;
- отчуждение от братьев и сестер;
- терроризирование младших детей и сверстников;
- жестокость по отношению к игрушкам (у младших детей);
- амбивалентные чувства к взрослым (начиная с младшего школьного возраста).

В) Изменения мотивации ребенка, социальные признаки:

- неспособность защитить себя, непротivление насилию и издевательствам над собой, смирение;
- резкое изменение успеваемости (хуже или гораздо лучше);
- прогулы в школе, отказ и уклонение от обучения;
- принятие на себя родительской роли в семье (по приготовлению еды, стирке, мытью, уходу за младшими и их воспитанию),
- отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей, вплоть до ухода из дома (характерно для подростков).

Г) Изменения самосознания ребенка:

- снижение самооценки;
- мысли о самоубийстве, попытки самоубийства.

Д) Появление невротических и психосоматических симптомов:

- боязнь оставаться в помещении наедине с определенным человеком;
- боязнь раздеваться (например, может категорически отказаться от участия в занятиях физкультурой или плаванием или снимать нижнее белье во время медицинского осмотра);
- головная боль, боли в области желудка и сердца.

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия – инцест, или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку совершается близким родственником. Подобные сексуальные злоупотребления являются признаком нарушенного функционирования семьи.

Бытует мнение, что инцест не является насильственным по отношению к ребенку, поскольку он не всегда включает в себя применение силы или прямое принуждение. Зачастую дети добровольно соглашаются на те или иные сексуальные действия. Причин этому много, например доверие и любовь к насильнику, страх потерять его расположение.

Однако специалистам, работающим с детьми, следует учитывать, что ребенок может не осознавать факта насилия в силу своего возраста или других причин. Чрезвычайно важно понимать, что даже в том случае, когда дети осознают значение производимых с ними действий, они все равно не обладают достаточным опытом, чтобы предвидеть все последствия таких действий для своего психического или физического здоровья.

На начальном этапе развития отношений инцеста они не кажутся ребенку насильственными, поскольку начинается все обычно с физического контакта, такого как прикосновения, поглаживания, и лишь позднее эти действия приобретают все более и более сексуализированный характер.

Маленькие дети могут считать, что такие отношения нормальны и приемлемы между любящими взрослым и ребенком. Некоторые жертвы рассказывают о том, что они понимали неправильность всего того, что с ними происходило, но не хотели терять то эмоциональное тепло, которое получали от насильника в обмен на согласие и молчание. Кроме того, сохранение тайны может поддерживаться за счет угроз и дезинформации.

Как правило, насильник не применяет физической силы, но может угрожать побоями или смертью самому ребенку или человеку, которого ребенок любит.

Некоторые исследователи считают, что сексуальные злоупотребления свидетельствуют о нарушении функционирования семьи. В такой семье слабые коммуникативные связи, часто дети и другие члены семьи догадываются о насилии, но ждут, что все прекратится само собой. Матери жертв сексуального насилия по своим характеристикам личности разделяются на два типа:

Доминирующая. Совершенно самостоятельная женщина, большое значение придает карьере, работе. Нередко обладает более высоким интеллектуальным уровнем, чем партнер. Эмоционально холодна, и, как правило, партнер ее не устраивает, поэтому она удовлетворяет свои потребности на стороне.

Пассивная. Характерна низкая самооценка, низкий уровень социальных потребностей, значительные проблемы в сексуальных отношениях с мужем. Ее самостоятельная роль в семье ослаблена. Мать отсутствует либо физически (вынуждена много работать), либо психологически (всегда во всем соглашаясь). Она уже давно никто в этой семье, не является значимым лицом ни в каком качестве, с ней никто не считается. Часто она сама переживает депрессию, подавлена, чрезвычайно зависима от мужа или сексуального партнера.

Как водится в алкогольных и дисфункциональных семьях, в них много секретов, запретов и страхов. Скрывается друг от друга многое: кто сколько заработал, с кем проводил свободное время и т. д. Неосознанный страх распада семьи, изменений в семейной структуре приводит к негибкости, ригидности в распределении семейных ролей, норм и правил. Проблемы в семье не решаются, вследствие этого накапливается напряжение. Дети подвергаются триангуляции, «включаются в треугольник», как правило, служат медиатором в отношениях взрослых и поэтому становятся и жертвами, и созависимыми от ситуации в семье: им отведена роль утешителей или ответственных за сохранение семьи. Поэтому они привыкли

беспрекословно подчиняться взрослым. Но обслуживание потребностей взрослых далеко не всегда ограничивается эмоциональной сферой. Напряжение в семье достигает апогея, когда возникает угроза распада семьи, и вот тут происходит инцест.

Когда ребенок переходит сексуальный барьер, жизнь для него меняется. Во-первых, напряжение в семье спадает, все начинают чувствовать себя лучше, семья не распадается, и главное: девочка начинает получать подарки, она пользуется защитой отца, и ее статус в семейной иерархии повышается.

В семье, где происходит сексуальное насилие, может быть несколько детей, и если раскрытия длительное время не происходит, все дети могут быть жертвами последовательно или одновременно. Часто дети не осознают, что их братья и сестры тоже жертвы, т. к. их переживания сосредотачиваются на себе. В том случае, если только один ребенок из нескольких подвергается насилию, другие дети замечают особое отношение к нему, но не могут понять причин.

Методы воздействия на жертву в целях сохранения тайны обеспечивают насильнику безопасность, а жертве не позволяют защитить себя. Особенности таких механизмов, препятствующих раскрытию, важны при анализе и диагностике случаев насилия над ребенком. Основными из них являются:

- изоляция;
- угроза, приводящая к отчаянию;
- демонстрация силы;
- обман или подкуп;
- интенсификация обыденных, требований с целью приучить жертву постоянно идти на уступки.

Процесс насилия имеет свое развитие, можно выделить тут несколько фаз.

1. Первая фаза – вступительная. На этом этапе взрослый должен создать условия, чтобы остаться наедине с ребенком в укромном месте. Сначала это может быть случайностью, затем насильник стремится повторить ситуацию. Таким образом, ребенок

оказывается в опасном контакте с человеком, которому доверяют его близкие или он сам.

2. Вторая фаза – непосредственно сексуальный акт.' На этом этапе взрослый начинает растормаживать, расслаблять ребенка. Например, насильник может раздеваться, оставаясь наедине с ребенком, но не полностью. Постепенно он подводит к тому, чтобы ребенок воспринимал это как нечто естественное. Процесс развивается по нарастающей: от невинных прикосновений – к ласкам интимного характера. Для ребенка это должно быть развлечением, игрой, тогда это можно повторить снова. В конце концов интимные ласки переходят в половой акт.

3. Третья фаза – контроль за сохранением секрета. Насильник должен оказать на ребенка такое давление, чтобы тот ни при каких обстоятельствах не раскрыл тайны происходящего. В подавляющем большинстве случаев это удается. Дети могут быть запуганы как угрозами физической расправы, так и моральной угрозой стать причиной бед и несчастий, вплоть до разрушения семьи. При инцесте ситуация разворачивается особенно трагично, т. к. весь ужас в том, что жертва боится потерять любовь человека, который ее насилует. Один из самых изощренных приемов – это угроза: «Тебя не будет любить мама, папу посадят в тюрьму» и т. п. Ребенок оказывается перед выбором между наказанием (утратой) и «наградой» за секс. Обычно фаза секретности длится долго, иногда до нескольких лет.

4. Четвертая фаза – раскрытие. На этом этапе становится известно о происходящем (или имевшем место) насилии. Различают случайные и намеренные раскрытия.

В первом случае факты насилия обнаруживаются случайно. Причиной такого раскрытия может стать нечаянный свидетель (третье лицо); иногда – раны и повреждения на теле, не соответствующие объяснениям ребенка; венерические заболевания; беременность и т. д. В этом случае ни насильник, ни жертва не готовы к раскрытию. И, как это ни парадоксально, жертва может отреагировать негативно на попытки изменить ситуацию и оказать ей помощь.

Чаще же факт насилия раскрывается, когда ребенок сам решается рассказать о случившемся. Обычно первым человеком, кому ребенок решается рассказать об этом, является другой ребенок – ровесник. Реже дети рассказывают о случившемся родителям и другим взрослым.

В психологии насилия описан такой феномен, как «открытое предупреждение», когда родители непрямыми намеками и двусмысленными фразами дают специалисту понять, что, находясь в доме, их ребенок подвергается опасности. К сожалению, специалисты в большинстве случаев закрывают глаза на эти сигналы опасности.

Следует все же помнить, что обвинение в насилии может быть фальсифицировано. Иногда дети оговаривают взрослых, включая своих родителей, поэтому требуется особое внимание и тщательное изучение ситуации. Однако любое сообщение ребенка о насилии нельзя игнорировать.

5. Пятая фаза – подавление.

Не имеет значения, каким образом все раскрылось, в любом случае семья стремится сделать все делом «келейным», свести к минимуму происшедшее, надеясь, что ребенок обо всем забудет. Если насилие происходило в семье, то эта фаза особенно тяжела, поскольку семья оказывает давление на ребенка, сознательно или бессознательно добиваясь, чтобы он отказался от своих слов. Раскрытие насилия вызывает сильную душевную боль, так как ребенку кажется, что, рассказывая о произошедшем, он совершает предательство – преступление против отца и матери. В большинстве случаев после раскрытия сексуального злоупотребления происходит распад семьи, у всех ее членов развиваются травматические переживания.

Часто ребенок становится жертвой жизненных обстоятельств, оказавшись абсолютно беззащитным перед насильником. Кроме этого, добиться справедливости – наказать насильника – бывает очень непросто, и ребенку приходится пройти через целый ряд достаточно тяжелых процедур (многочисленные экспертизы, дознание, суд и пр.), которые сами по себе потенциально травматичны, поскольку эмоционально возвращают в ту ситуацию, которую он всеми силами пытается забыть.

6.5 НАСИЛИЕ В ШКОЛЕ

Школьное насилие – это вид насилия, при котором имеет место применение силы между детьми или учителями по отношению к ученикам или – что в нашей культуре встречается крайне редко – учениками по отношению к учителю. Школьное насилие подразделяется на эмоциональное и физическое.

Эмоциональное насилие вызывает у жертвы эмоциональное напряжение, унижает его и снижает его самооценку. Виды эмоционального насилия:

- насмешки, присвоение кличек, бесконечные замечания, необъективные оценки, высмеивание, унижение в присутствии других детей и пр.;
- отторжение, изоляция, отказ от общения с жертвой (с ребенком отказываются играть, заниматься, не хотят с ним сидеть за одной партой, не приглашают на дни рождения и т. д.).

Под физическим насилием подразумевают применение физической силы по отношению к ученику, соученику, в результате чего возможно нанесение физической травмы.

К физическому насилию относятся избиение, нанесение удара, шлепки, подзатыльники, порча и отнятие вещей и др. Обычно физическое и эмоциональное насилие сопутствуют друг другу. Насмешки и издевательства могут продолжаться длительное время, вызывая у жертвы травмирующие переживания.

Жертвой может стать любой ребенок, но обычно для этого выбирают того, кто слабее или как-то отличается от других. Наиболее часто жертвами школьного насилия становятся дети, имеющие:

- физические недостатки – носящие очки, со сниженным слухом или с двигательными нарушениями (например, при ДЦП), то есть те, кто не может защитить себя;
- особенности поведения – замкнутые дети или дети с импульсивным поведением;
- особенности внешности – рыжие волосы веснушки, оттопыренные уши, кривые ноги, особая форма головы, вес тела (полнота или худоба) и т. д.;
- неразвитые социальные навыки;
- страх перед школой;
- отсутствие опыта жизни в коллективе (домашние дети);
- болезни – эпилепсию, тики и гиперкинезы, заикание, энурез (недержание мочи), энкопрез (недержание кала), нарушения речи – дислалия (косноязычие), дисграфия (нарушение письменной речи), дислексия (нарушение чтения), дискалькулия (нарушение способности к счету) и т. д.;
- низкий интеллект и трудности в обучении.

Дети, воспитанные в условиях материнской депривации (то есть не получившие в грудном возрасте достаточной любви, заботы, с несформированной привязанностью к родителям – приютские дети и «социальные сироты»), позднее склонны к большему насилию, чем дети, воспитывающиеся в нормальных семьях.

Большая склонность к насилию обнаруживается у детей, которые происходят из следующих семей (Olweus 1983):

Неполные семьи. Ребенок, воспитываемый родителем-одиночкой, больше склонен к применению эмоционального насилия по отношению к сверстникам. Причем девочка в такой семье достоверно чаще будет применять к другим эмоциональное насилие, чем мальчик.

Семьи, в которых у матери отмечается негативное отношение к жизни. Матери, не доверяющие миру ребенка и школе, обычно не желают сотрудничать со школой. В связи с этим проявление насилия у ребенка матерью не осуждается и не корректируется. В таких случаях матери склонны оправдывать насилие как естественную реакцию на общение с «врагами».

Властные и авторитарные семьи. Воспитание в условиях доминирующей гиперпротекции характеризуется безусловным подчинением воле родителей, поэтому дети в таких семьях зачастую задавлены, а школа служит каналом, куда они

выплескивают внутренне подавляемые гнев и страх.

Семьи, которые отличаются конфликтными семейными отношениями. В семьях, где взрослые часто ссорятся и ругаются, агрессивно самоутверждаясь в присутствии ребенка, работает так называемая «модель обучения». Дети усваивают и в дальнейшем применяют ее в повседневной жизни как способ справляться с ситуацией. Таким образом, одна модель поведения может передаваться из поколения в поколение как семейное проклятие. Сама по себе фрустрирующая и тревожная атмосфера семьи заставляет ребенка защищаться, вести себя агрессивно. В таких семьях практически отсутствует взаимная поддержка и близкие отношения. Дети из семей, в которых практикуется насилие, оценивают насильственные ситуации иначе, чем прочие дети. Например, ребенок, привыкший к насильственной коммуникации – приказному, рывающему и повышенному тону, – оценивает его как нормальный. Следовательно, в покрикивании и побоях, как со стороны учителя, так и со стороны детей, он не будет видеть ничего особенного.

Семьи с генетической предрасположенностью к насилию. У детей разная генетическая основа толерантности (переносимости) стресса. У детей с низкой толерантностью к стрессу обнаруживается большая предрасположенность к насильственным действиям.

Кроме того, низкая успеваемость также является фактором риска проявлений насилия. Исследования показали, что хорошие отметки по предметам прямо связаны с более высокой самооценкой. Для мальчиков успеваемость в школе не столь значима и в меньшей степени влияет на самооценку. Для них важнее успех в спорте, внешкольных мероприятиях, походах и др. видах деятельности. Неуспевающие девочки имеют больший риск проявления агрессии по отношению к сверстникам, чем мальчики с плохой успеваемостью. Школьному насилию способствуют:

1. Анонимность больших школ и отсутствие широкого выбора образовательных учреждений.

2. Плохой микроклимат в учительском коллективе.

3. Равнодушное и безучастное отношение учителей. Школьное насилие оказывает на детей прямое и косвенное влияние.

Во-первых, длительные школьные издевки сказываются на Я ребенка. Падает самооценка, он чувствует себя затравленным. Такой ребенок в дальнейшем пытается избегать отношений с другими людьми. Часто бывает и наоборот – другие дети избегают дружить с жертвами насилия, поскольку боятся, что сами станут жертвами, следуя логике: «Каков твой друг – таков и ты». В результате этого формирование дружеских отношений может стать проблемой для жертвы, а отверженность в школе нередко экстраполируется и на другие сферы социальных отношений. Такой ребенок и в дальнейшем может жить по «программе неудачника».

Во-вторых, роль жертвы является причиной низкого статуса в группе, проблем в учебе и поведении. У такого ребенка выше риск развития нервно-психических и поведенческих расстройств. Для жертв школьного насилия чаще характерны невротические расстройства, депрессия, нарушения сна и аппетита, в худшем случае возможно формирование посттравматического синдрома.

В-третьих, у подростков школьное насилие вызывает нарушения в развитии идентичности. Длительный стресс порождает чувство безнадежности и безысходности, что, в свою очередь, является благоприятной почвой для возникновения мыслей о суициде.

6.6 ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ У ДЕТЕЙ

Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни функционирования. Они приводят к стойким личностным изменениям, которые препятствуют реализации личности в будущем.

Помимо непосредственного воздействия, насилие, пережитое в детстве, также может приводить к долгосрочным последствиям, зачастую влияющим на всю дальнейшую жизнь. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений,

особых жизненных сценариев. При исследовании историй жизни людей, совершающих насилие над детьми, иногда в их детстве находят собственный неразрешенный опыт насилия.

Различают **ближайшие** и **отдаленные** последствия жестокого обращения и невнимательного отношения к детям (Софонова, Цымбал, 1993).

К ближайшим последствиям относятся: физические травмы, повреждения, а также рвота, головные боли, потеря сознания, характерные для синдрома сотрясения, развивающегося у маленьких детей, которых берут за плечи и сильно трясут. Кроме указанных признаков, у детей при этом синдроме появляется кровоизлияние в глазные яблоки. К ближайшим последствиям относятся также острые психические нарушения в ответ на любой вид агрессии, особенно на сексуальную. Эти реакции могут проявляться в виде возбуждения, стремления куда-то бежать, спрятаться, либо в виде глубокой заторможенности, внешнего безразличия. Однако в обоих случаях ребенок охвачен острейшим переживанием страха, тревоги и гнева. У детей старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с чувством собственной неполноценности.

Среди отдаленных последствий жестокого обращения с детьми вычлеляются нарушения физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия.

6.6.1 Нарушения физического и психического развития

У большинства детей, живущих в семьях, в которых тяжелое физическое наказание, брань в адрес ребенка являются «методами воспитания», или в семьях, где они лишены тепла, внимания, например в семьях родителей-алкоголиков, имеются признаки задержки физического и нервно-психического развития. Зарубежные специалисты называли это состояние детей «неспособностью к процветанию».

Воспитание ребенка в условиях эмоционального и физического насилия приводит к деформации личности. Злобная, недоброжелательная обстановка формирует низкую самооценку – следствие отношения к нему родителей и значимых взрослых. Маленький ребенок – объект отвержения, наказаний, угроз, физического насилия – начинает чувствовать себя нежеланным и нелюбимым, начинает относиться к себе враждебно и с презрением. Ощущение, что он нежеланный, вызывает в ребенке глубокое чувство вины и стыда за свое существование. Ощущение малоценности унижает ребенка, поэтому многие такие дети даже и не противятся насилию над собой именно из желания чего-то стоить. Таким образом, ребенок – жертва эмоционального насилия – растет со знанием того, что он плохой и несостоятельный во всем. В дальнейшем он воспроизводит уже усвоенные им паттерны поведения в собственной жизни, в том числе и в общении со своими детьми.

Дети, подвергшиеся жестокому обращению, часто отстают по росту или весу (иногда по обоим показателям) от своих сверстников. Они позже начинают ходить, говорить, реже смеются, значительно хуже успевают в школе, чем их одноклассники. У таких детей часто наблюдаются «дурные привычки»: сосание пальцев, кусание ногтей, раскачивание, занятие онанизмом. Да и внешне дети, живущие в условиях пренебрежения их интересами и нуждами, выглядят по-другому, чем дети, живущие в нормальных условиях: у них припухлые, «заспанные» глаза, бледное лицо, всклокоченные волосы, неопрятность в одежде, другие признаки гигиенической запущенности – педикулез, сыпи, плохой запах от одежды и тела.

6.6.2 Заболевания как следствие насилия

Заболевания могут носить специфический для конкретного вида насилия характер. Например, при физическом насилии это повреждения частей тела и внутренних органов различной степени тяжести, переломы костей. При сексуальном насилии – заболевания, передающиеся половым путем: инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, сифилис, гонорея, СПИД, острые и хронические инфекции мочеполовых путей, а также травмы, кровотечения из половых органов и прямой кишки, разрывы прямой кишки и влагалища, выпадение прямой кишки.

Независимо от вида и характера насилия, у детей могут наблюдаться различные

психосоматические заболевания: ожирение или, наоборот, резкая потеря веса на фоне нарушения аппетита. При эмоциональном (психическом) насилии нередко встречаются кожные сыпи, аллергические реакции, язва желудка; при сексуальном насилии – необъяснимые (если никаких заболеваний органов брюшной полости и малого таза не обнаруживается) боли внизу живота. Часто у детей развиваются такие нервно-психические заболевания, как тики, заикание, энурез (недержание мочи), энкопрез (недержание кала), некоторые дети повторно поступают в отделения неотложной помощи по поводу случайных травм, отравлений.

6.6.3 Психические особенности детей, пострадавших от насилия

Практически все дети, пострадавшие от жестокого обращения и пренебрежительного отношения, пережили психическую травму, оставляющую отпечаток в виде личностных, эмоциональных и поведенческих особенностей, отрицательно влияющих на их дальнейшую жизнь.

Тяжесть последствий физического и сексуального насилия зависит: от обстоятельств, связанных с особенностями ребенка (возраст, уровень развития и свойства личности) и насильника; от продолжительности, частоты и тяжести насильственных действий; от реакции окружающих.

Последствия для ребенка будут серьезнее, если насилие сопровождалось причинением боли и травмы. Такие формы сексуального насилия, как половое сношение (оральное, анальное или вагинальное), для ребенка наиболее травматичны. Последствия насилия будут тяжелее и в том случае, если оно совершено близким для ребенка человеком. Если после обнаружения сексуального насилия члены семьи встанут на сторону ребенка, а не на сторону насильника, последствия для ребенка будут менее тяжелыми, чем когда он не получает защиты и поддержки.

А. Green (1995) считает, что посттравматический синдром может возникнуть как при физическом, так и при сексуальном насилии. Дети, пережившие насилие, могут на довольно продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, например, вспомнить о нем уже будучи взрослыми, нередко – в ходе психотерапевтического процесса.

Эмоциональные реакции детей на насилие и жестокость могут быть следующими:

Чувство ответственности за насилие: реакция ребенка: «Если бы я был хорошим, мои родители не делали бы друг другу и мне больно...»

Чувство вины за постоянное насилие или жестокость: при частом или непрекращающемся насилии.

Постоянное возбуждение: даже в спокойной обстановке от ребенка можно ожидать очередной вспышки агрессивности.

Переживание потери: дети, отделенные от родителя, применяющего насилие, постоянно переживают потерю. Они могут сожалеть также и об утрате привычного жизненного уклада и о потере положительного образа родителей, применявших насилие.

Противоречивость: дети не осознают, что можно не знать о чувствах другого человека или иметь одновременно два противоположных чувства. Ребенок, который говорит: «Я не знаю, как к этому относиться», – чаще испытывает амбивалентные чувства, а не просто пытается убежать от разговора.

Страх быть покинутым: дети, отделенные от одного из родителей в результате акта насилия, могут испытывать глубокий страх, что второй родитель также может их покинуть или умереть, поэтому часто ребенок отказывается расставаться со вторым родителем.

Потребность в чрезмерном внимании взрослых: может быть особенно проблематичной для родителей, которые пытаются справиться с собственной болью или уже принятыми решениями. На детей могут обращать внимание по поводу негативных проявлений – когда они воспроизводят насилие, свидетелями которого были.

Боязнь телесных повреждений: значительный процент детей, являющихся свидетелями насилия или испытывающих его на себе, беспокоятся о том, что родитель, применяющий насилие, откажется от ребенка, либо причинит ему вред, либо будет вымещать зло на нем в различных ситуациях.

Стыд: в особенности для более старших детей, чувствительность к позору насилия может выражаться в форме стыда.

Беспокойство о будущем: неуверенность в повседневной жизни заставляет детей думать, что жизнь будет непредсказуемой и в дальнейшем.

Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на любое – не только сексуальное – насилие является низкая самооценка, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений. Личность с низкой самооценкой переживает чувство вины и стыда. При этом характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, в том, что «ты хуже всех». Вследствие этого ребенку трудно добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками затруднено.

Существуют и другие «маркеры» низкой самооценки – виды защитного, компенсаторного поведения, которые можно обнаружить у жертв насилия. Это экстрапунитивные формы: визг; нытье; жажда победы и самоутверждения любой ценой; обман в игре; стремление к совершенству; крайнее хвастовство и самохвальство; раздача своих денег, игрушек или конфет (подкуп); обвинение во всем других; желание иметь много вещей; использование различных приемов привлечения внимания (шутовство, поддразнивание других детей, антисоциальное поведение: воровство, ложь, драки, порча вещей и т. д.). Есть также интрапунитивные «маркеры» низкой самооценки: излишняя самокритика; замкнутость; стыдливость; извинения по каждому поводу; пугливость по отношению к новым стимулам; неспособность к принятию решения или выбора; подчеркнуто защитное поведение; чрезмерные попытки всегда и всем нравиться.

Жертвы физического и сексуального насилия часто страдают депрессией и отличаются аутоагрессивным поведением. Депрессивные симптомы выражаются в переживании тоски, грусти, неспособности ощущать радость, наслаждение и т. д. Аутоагрессивное поведение выражается в действиях, направленных на нанесение себе травм, в попытках суицида и суицидальных мыслях. Согласно психоаналитической трактовке, жертва таким образом как бы «соглашается» с подсознательным желанием родителей – «было бы лучше, если бы этого ребенка не было вообще». Чем тяжелее травма, например при сексуальном насилии, тем выше риск суицида и более глубоко выражена депрессия.

Плохой самоконтроль и нарушения поведения свойственны жертвам как физического, так и сексуального насилия. Однако, считает А. Green (1995), для жертв физического насилия больше характерны агрессивность, разрушительное поведение как в школе, так и дома, бесконтрольность поведения. С помощью агрессии они защищают себя от волнения (тревоги) и чувства беспомощности. Результат такого поведения – увеличение дистанции от других. Враждебное отношение к другим людям продиктовано боязнью причинить себе боль. У таких детей обычно мало друзей, потому что ровесников часто пугает их взрывное, импульсивное поведение.

В разные периоды жизни реакция на сексуальное насилие у детей и подростков проявляется по-разному (Rowan, Foy, 1993, Goodwin, 1995):

- детям до 3 лет свойственны страхи, спутанность чувств, нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, сексуальные игры;

- у дошкольников психосоматические симптомы выражены в меньшей степени, на первый план выступают эмоциональные нарушения (тревога, боязливость, спутанность чувств, вина, стыд, отвращение, беспомощность, ощущение своей испорченности) и нарушения поведения (регресс, отстраненность, агрессия, сексуальные игры, мастурбация);

- у детей младшего школьного возраста – амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, ощущение своей испорченности, недоверие к миру; в поведении отмечаются отстраненность, агрессия, молчаливость либо неожиданная разговорчивость, нарушения сна, аппетита, ощущение «грязного тела», сексуальные действия с другими детьми;

- для детей 9–13 лет характерно то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, диссоциативные эпизоды – чувство потери ощущений; в

поведении: изоляция, манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения, противоречивое поведение;

- для подростков 13–18 лет – отвращение, стыд, вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, неопределенность своей роли в семье, чувство собственной ненужности; в поведении: попытки суицида, уходы из дома, агрессия, избегание телесной и эмоциональной интимности, непоследовательность и противоречивость поведения.

Для детей – жертв физического и сексуального насилия характерно использование неконструктивных механизмов психологической защиты, которые ограждают ребенка от осознания неприятных чувств, воспоминаний и действий. Цель психологической защиты заключается в сохранении Я и снижении тревоги. Для отторжения своих травматических воспоминаний жертвы насилия используют отрицание, проекции, изоляцию чувств, диссоциацию и расщепление.

Жертва насилия не в состоянии одновременно признать плохие и хорошие стороны своих родителей. Дети отчаянно пытаются сохранить в себе представление о «хорошей» маме и поэтому отрицают факт насилия, когда мама «бывает плохой». Это характерно для детей, у которых пьющие родители были лишены родительских прав из-за насилия и пренебрежения родительскими обязанностями. Несмотря на свой отрицательный жизненный опыт: побои, голод, истязания со стороны родителя, эти дети все равно считают, что в семье лучше, чем в детском доме. Отрицание защищает ребенка от осознания им собственного отвержения, враждебности и презрения со стороны родителей (Kessler et al., 1995).

Проекция своих чувств и мыслей на других выражается в рисунках, играх, сказках, историях, созданных детьми, подвергшимися физическому и сексуальному насилию. Это имеет очень важное прогностическое значение в плане переработки стресса.

Изоляция позволяет блокировать неприятные эмоции, так что связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской в сознании ребенка не проявляется. Данный механизм приводит к «замораживанию» чувств, появляется эмоциональная тупость, которая позволяет хоть как-то справиться с болью, потому что чувствовать все очень тяжело. Иначе ребенку в таких условиях не выжить.

Исследования последних лет показали, что этиология множественной личности – расстройства, при котором «субъект имеет несколько отчетливых и отдельных личностей, каждая из которых определяет характер поведения и установок за тот период, когда она доминирует» (Каплан, Сэ-док, 1994), – прослеживается в раннем детском опыте интенсивного длительного насилия, причем последнее может быть как физическим, так и психологическим.

В этом случае жертва сталкивается прежде всего с неизбежностью повторения травматической ситуации, и возникает необходимость выработки защитной адаптивной стратегии, в буквальном смысле «стратегии выживания». Такой защитой для личности становится диссоциация. Так как тело подвергается насилию и жертва не в состоянии это предотвратить, единство личности сохраняется путем отщепления Я от собственного тела. Результатом становится переживание «оцепенения», «омертвения», дереализация (ощущение нереальности происходящего) и частичная амнезия.

Следует отметить, что ранние признаки диссоциации у маленьких детей немного отличаются от признаков диссоциации у детей постарше, которые достаточно многообразны: наличие воображаемого спутника; забывчивость; провалы в памяти; чрезмерное фантазирование и мечтательность; лунатизм; временная потеря памяти.

Таким образом, большинство исследователей сходятся в том, что результатами пережитого в детстве насилия, так называемыми «отдаленными эффектами травмы», являются нарушения Я-концепции, чувство вины, депрессия, трудности в межличностных отношениях («утрата базового доверия к себе и миру») и сексуальные дисфункции (Ильина, 1998).

6.6.4 Социальные последствия жестокого обращения с детьми

Можно выделить два аспекта этих последствий: вред для жертвы и вред для

общества.

Дети, пережившие любой вид насилия, испытывают трудности социализации: у них нарушены связи со взрослыми, нет соответствующих навыков общения со сверстниками, они не обладают достаточным уровнем знаний и эрудицией, чтобы завоевать авторитет в школе и др. Решение своих проблем дети – жертвы насилия – часто находят в криминальной, асоциальной среде, что нередко сопряжено с формированием пристрастия к алкоголю, наркотикам, они начинают воровать и совершать другие уголовно наказуемые действия.

Девочки нередко начинают заниматься проституцией, у мальчиков может нарушаться половая ориентация. И те, и другие в дальнейшем испытывают трудности при создании собственной семьи, они не могут дать своим детям достаточно тепла, поскольку не решили свои собственные эмоциональные проблемы.

Как говорилось выше, любой вид насилия формирует у Детей и у подростков такие личностные и поведенческие особенности, которые делают их малопривлекательными и даже опасными для общества.

Общественные потери в результате насилия над детьми – это прежде всего потеря человеческих жизней в результате Убийств детей и подростков или их самоубийств, а также потеря производительных членов общества вследствие нарушений психического и физического здоровья, низкого образовательного и профессионального уровня, криминального поведения жертв насилия. Это потеря в их лице родителей, способных воспитать здоровых в физическом и нравственном отношении детей. Наконец, это воспроизводство жестокости в обществе, поскольку бывшие жертвы сами часто становятся насильниками.

6.7 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ ЖЕРТВ НАСИЛИЯ

Основная цель работы психолога с жертвами насилия заключается в уменьшении и ликвидации последствий травматических переживаний

В процессе консультирования таких детей чрезвычайно важно для психолога установить контакт с ребенком, причем акцент следует сделать на постоянной демонстрации заботы о ребенке. Скорее всего ребенок будет постоянно проверять, адекватными и неадекватными способами, насколько психолог действительно о нем заботится (Зиновьева, Михайлова, 2003).

Задачи, стоящие перед психологом

- способствовать уменьшению у ребенка чувств стыда, вины, бессилия;
- помочь в укреплении чувства собственной значимости;
- сформировать новые поведенческие паттерны;
- способствовать дифференцированному взаимодействию с окружающими людьми;
- способствовать развитию самоопределения ребенка, восприятия собственного Я, в том числе и физического образа Я.

Специалисты в области работы с детьми, подвергшимися сексуальному или физическому насилию, полагают, что общепринятой формулы кризисного вмешательства не существует. Интервенции в форме кризисного вмешательства и краткосрочное психологическое консультирование эффективны в случае единичного инцидента, при длительном насилии необходима, соответственно, длительная работа, причем не только с ребенком, но и со всей семьей.

В целом специалисты придерживаются эклектичного подхода в работе с такими детьми. Наиболее эффективными считаются: визуализация, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия, психодрама, арт-терапия, музыкотерапия, танцевальная терапия. Наиболее подходящим вариантом работы с детьми, пережившими насилие, является эклектичная, мультимодальная модель консультирования, в которой сочетаются три основных психотерапевтических направления: работа с мыслями, работа с эмоциями, работа с поведением. Выбор конкретного метода в практической работе зависит от:

- возраста ребенка;
- стадии консультирования, то есть над чем в данный момент идет работа: над

мыслями, эмоциями или поведением;

– уровня когнитивного развития ребенка.

Консультирование лучше проводить в игровой или неформально обставленной комнате, нежели в кабинете или классе. Это способствует снятию напряжения, усиливает чувство безопасности и контроля над ситуацией. Считается, что процесс консультирования идет успешнее, если дети могут контролировать дистанцию между собой и взрослым, поскольку взрослые бывают чересчур агрессивными, иницируя разговор с ребенком. Консультант должен служить примером обязательности для ребенка, не опаздывать и, по возможности, не переносить время встреч, поскольку это может быть интерпретировано как отсутствие интереса или рождает беспокойство, раздражение. Консультант должен быть готов отдать ребенку все свое внимание, освободившись от посторонних мыслей и забот. Вполне естественно, что ребенок – жертва насилия испытывает особый страх при встрече с незнакомым взрослым, при посещении нового места. Иногда он даже не знает, куда и зачем ведут его родители или учителя. Это может вылиться в изначальное недоверие к психологу и формирование негативных ожиданий.

Обычно мотивация встретиться с психологом у ребенка отсутствует. Даже получив травму, ребенок стремится испытывать позитивные мысли и чувства и избегает негативных, поэтому визит к специалисту вряд ли станет для него приятным. Исключения составляют те случаи, когда дети уже знакомы со школьным психологом, проводившим, например, групповые занятия, с которым уже сформированы доверительные отношения.

Дети, пережившие сексуальное насилие, обычно являются гораздо более трудными клиентами, чем дети, пережившие насилие физическое или эмоциональное. Тем не менее все они научились не доверять окружающим, поскольку испытали сильную боль от тех, кого они любили. Это означает, что первичное установление контакта специалиста с ребенком и дальнейшее формирование доверительных отношений будет нескорым и непростым.

Выбор подхода к психологическому консультированию жертв насилия зависит от того, какие у детей существуют проблемы в когнитивном, аффективном и поведенческом плане. У жертв насилия чаще всего наблюдаются отклонения во всех вышеуказанных сферах, в частности:

когнитивный уровень: низкая самооценка; иррациональные, разрушительные мысли; проблемы с принятием решения; проблемы с поиском выхода из сложных ситуаций;

аффективный уровень: гнев, злость; тревожность; чувство вины; страх отвержения; фобии; депрессия;

поведенческий уровень: драки; слезы; низкая учебная успеваемость; ночные кошмары; изоляция от окружающих; конфликты с окружающими.

Дети так же, как и взрослые, избирают следующие формы сопротивления: отказываются говорить; отрицают, что проблема насилия существует; отказываются говорить на большую тему; говорят о чем-то несущественном; избегают контакта глаз; опаздывают или пропускают встречи; невербально закрываются и разговаривают враждебно; не идут на контакт с психологом (например, прячутся за мебель) и т. п.

Специалисту потребуется немало терпения и устойчивости к фрустрациям при работе с такими детьми, особенно если ребенок рассматривает психолога как часть системы (как часть мира взрослых или школы), которая причиняет боль. Основная задача специалиста – стать заодно с ребенком, чтобы помочь ему.

При консультировании детей, подвергшихся насилию, существуют следующие общие рекомендации (Зиновьева, Михайлова, 2003).

1. Определение проблемы посредством активного слушания. Для установления контакта с ребенком важно, как психолог слушает. Нужно помнить о свободной, расслабленной позе тела: это помогает ребенку начать говорить. Когда становится очевидно, что ребенок готов обсуждать проблему, важно услышать три момента: в чем состоит проблема, которая не разрешена; что чувствует ребенок в отношении этой проблемы; чего ребенок ждет от специалиста.

2. Уточнение ожиданий ребенка. Психологу необходимо объяснить ребенку, каким ожиданиям клиента он может соответствовать. Например, психолог не может сам покарать насильника. Тем не менее нужно проинформировать ребенка и его родителей или опекунов о том, что в состоянии сделать психолог, и дать им возможность самим решить, готовы ли они продолжать работу с данным специалистом. Если семья отказывается от помощи, психолог может предложить им обсудить другие варианты получения желаемой ребенком помощи.

3. Уточнение шагов, которые уже были сделаны для решения проблемы. Необходимо помнить о том, что больше информации можно получить, задавая вопросы открытого типа, а не закрытого. Рекомендуется вместе с ребенком на бумаге записать перечень тех поступков, которые тот совершал, чтобы решить свою проблему. Подобный прием важен в том случае, когда специалист хочет помочь ребенку отказаться от поступков, которые оказались бесполезными или, хуже того, разрушительными.

4. Поиск новых путей решения проблемы. Следующим шагом может стать сессия, на которой психолог, используя метод мозгового штурма, предлагает ребенку придумать как можно больше новых путей решения проблемы; в данном случае важно не качество, а количество придуманных способов.

5. Заключение договоренности с ребенком о претворении одной из идей решения проблемы в действие. Договориться с ребенком попробовать какие-либо новые шаги бывает трудно, хотя если это удастся, то нередко первые же попытки ребенка предпринять новые действия приносят успех. Важно, чтобы поставленные цели были реалистичны, и особенно важно, чтобы ребенок знал: результаты он обязательно будет обсуждать с психологом. Если что-то не получается, специалист помогает ребенку искать другие пути выхода из ситуации до тех пор, пока ситуация не разрешится.

6. Завершение сессии. Обычный способ завершения сессии состоит в том, что специалист просит ребенка подытожить, что же происходило во время их встречи: например, к каким важным идеям они пришли, какие планы на будущее составили. Как правило, обобщение занимает 2–4 минуты. Также в начале каждой последующей сессии рекомендуется просить ребенка вспомнить, что происходило на предыдущей. Это позволяет, во-первых, обучить ребенка уделять внимание процессу консультирования; во-вторых, психологу проверить собственную эффективность.

В процессе консультирования специалисту важно выяснить не столько то, что именно, например, сказал ребенок, сколько – что он при этом чувствовал. Вся история произошедшего может стать совершенно ясной, если, вместо задавания вопросов, применять технику активного слушания и давать ребенку обратную связь в виде предположительных утверждений (гипотез) о том, какие важные мысли и проблемы его занимают.

Иногда в желании помочь ребенку психологи задают чересчур прямые, директивные вопросы, что вызывает у клиента желание закрыться и уйти от контакта. Безусловно, в психотерапии есть моменты, когда необходимо задавать директивные вопросы с целью уточнения или разъяснения. В таком случае вопросы открытого типа более уместны. Они дают возможность ребенку выбрать то, что для него значимо, и не ограничивают свободы выражения своего мнения. Например, открытый вопрос: «Расскажи мне о своей семье» подразумевает потенциальные ответы на такие вопросы, как «Живешь ли ты с обоими родителями?»; «Кого ты включаешь в свою семью?»; «Как ты относишься к членам своей семьи?».

Необходимо осторожно относиться к вопросу «Почему?», так как он часто ассоциируется с обвинением «Почему же ты это сделал?». Ребенок может интерпретировать подобный вопрос следующим образом: «Почему же ты сделал такую глупость (или ошибку)?». В таком случае ребенок начинает защищаться, как будто от него требуют дать логическое объяснение своему поступку, хотя на самом деле ответ лежит на уровне подсознания, а задача психолога – помочь ребенку осознать свои мотивы. Обычно ответ на подобные вопросы позволяет понять только одно: как ребенок использует защитный механизм в виде рационализации, пытаясь сознательно объяснить

причины своих действий.

Garbarino и Stott (1989) подчеркивают, что вопросы должны быть адекватны уровню развития ребенка и предлагают следующие рекомендации для постановки вопросов дошкольникам:

- использовать предложения с количеством слов, не превышающим 5;
- использовать имена чаще, чем местоимения;
- использовать терминологию ребенка;
- вместо того чтобы говорить: «Ты понял, о чем я спрашиваю?», попросить ребенка повторить слова психолога;
- не повторять те вопросы, которые ребенок не понимает; вместо этого перефразировать вопрос;
- не задавать несколько вопросов одновременно;
- после полученного ответа лучше обобщить, что сказал ребенок, нежели задавать следующий вопрос, – таким образом психолог побуждает ребенка продолжить обсуждение, расширить свой ответ.

Обобщая, можно сказать, что прежде, чем задавать вопросы, специалисту следует определить, насколько эти вопросы уместны:

- насколько поставленный вопрос позволяет понять ребенка и его проблему;
- насколько поставленный вопрос способствует раскрытию и самовыражению клиента.

Несмотря на то что большинство профессионалов сообщают о валидности детских воспоминаний о насилии, тем не менее, всегда нужно учитывать склонность детей к преувеличению с целью вызвать к себе симпатию и привлечь внимание. Следует учитывать, что родители могут использовать обвинения в насилии в бракоразводных процессах и при вынесении судебных решений об опекуновстве над ребенком.

Loftus (L993) предположил, что существует два источника ложной памяти: средства массовой информации и навязывание психологом своих гипотез. Ребенок получает информацию о насилии над детьми с экрана телевизора или из разговоров взрослых. Родители могут постоянно предупреждать ребенка об опасности встречи с насильником. Психолог, со своей стороны, может непреднамеренно внести свой вклад в формирование ложной памяти, задавая вопросы, которые как бы подталкивают клиента к утвердительному ответу, или интерпретируя фантазии ребенка в заданном направлении. К сожалению, специалисты не имеют прямого инструментария, который бы определял правдивость маленьких клиентов; тем не менее, существует ряд рекомендаций, которые могут помочь:

- не нужно спешить с выводами и опираться только на один какой-то метод при определении, имело ли место насилие;
- не стоит задавать наводящие вопросы;
- не следует надеяться только на собственную память, особенно если обсуждается болезненная проблема, но фиксировать происходящее посредством записей или аудио-, видеотехнологий;
- в случае неясной ситуации консультироваться со специалистами;
- полезно использовать метод свободных ассоциаций;
- сомневаясь, говорит ли ребенок правду, можно попросить; «Расскажи мне об этом подробнее».

Очевидно, что психотерапевтический процесс необходимо заканчивать, когда цель, поставленная совместно психологом и клиентом, достигнута. На последней сессии обязательно обсуждается следующее:

- что происходило с ребенком в процессе консультирования;
- какая цель была поставлена, достигнута ли она;
- какие изменения ощущает ребенок, что реально в его жизни изменилось (отношение к себе и отношения с окружающими);
- как ребенок будет решать ситуацию в следующий раз, если она возникнет;
- какие у ребенка планы на ближайшее будущее, чем он собирается заниматься,

чего хочет достигнуть.

Ребенку необходимо дать понять, что забота о нем психолога не заканчивается вместе с окончанием консультирования, поэтому специалист обсуждает время и возможность последующих встреч с клиентом, чтобы узнать о его жизни. Можно попросить ребенка позвонить или написать либо договориться о кратком визите – обычно подобное отслеживание результатов консультирования происходит через 1 месяц или позже, но не позднее чем через полгода. Помимо этого, психолог при прощании всегда говорит о том, что, если будут возникать какие-то проблемы, дверь всегда открыта; ребенок и его родители всегда могут обратиться за помощью.

6.8 ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ

Групповые дискуссии и упражнения помогают детям решить для себя, кому в этом мире они могут доверять, а с кем следует быть осторожными. Хотя следует с большой предусмотрительностью использовать групповое психологическое консультирование для детей, переживших сексуальное насилие, поскольку их раны могут быть слишком свежими, чтобы высказывать свои чувства на группе.

Задачей терапии является не только помощь ребенку в преодолении психологической травмы, нанесенной сексуальным злоупотреблением, но и формирование у него жизненных навыков, соответствующих возрасту. Процесс групповой терапии ориентирован на социализацию ребенка. Он способствует формированию здоровых взаимоотношений детей друг с другом и учит их уважать как свои права, так и права других. Одна из главных целей групповой терапии – помочь ребенку развивать самоконтроль и умение вести себя согласно нормам, принятым в обществе. Помимо этого, участие в групповых занятиях повышает самооценку. Именно в ходе групповой работы психотерапевтам легче всего показать ребенку, ставшему жертвой сексуального злоупотребления, что не только он испытывает подобные страхи и сомнения. У детей появляется возможность в спокойной и доброжелательной обстановке разобраться в собственных противоречивых чувствах. Таким образом, именно групповая терапия является оптимальной формой работы с детьми, пережившими сексуальное злоупотребление, поскольку в процессе такой работы у них снижается чувство изолированности, развиваются навыки общения, появляется возможность проанализировать внутренние конфликты и переживания. Детям – жертвам сексуального злоупотребления очень трудно по собственной инициативе обсуждать происшедшее с ними. Поэтому групповая терапия с жертвами насилия, в частности сексуального, особенно эффективна при наличии директивной и структурированной программы (Мэнделл, Дамон, 1998).

Другие приоритетные задачи групповой терапии могут быть сформулированы следующим образом:

- изменение агрессивных форм поведения по отношению к окружающему миру, к другим людям, к самому себе;
- проработка травмирующих ситуаций, изменение смысла переживаний;
- возможность новой интерпретации пережитого;
- осознание и развитие эмоциональной сферы;
- погружение ребенка в атмосферу уважения, доверия, принятия;
- развитие базовых социально-психологических навыков;
- восстановление позитивного отношения к окружающей действительности;
- расширение представлений о мире;
- развитие позитивной перспективы будущего;
- создание системы поддержки в настоящее время и на будущее;
- возвращение ребенка к нормальной жизни.

Обычно групповая структурированная терапия происходит по принципу от простого к сложному. Переход к более проблемному, болезненному материалу происходит только тогда, когда участники терапии к этому готовы, следовательно, групповая терапия может продолжаться достаточно долго, например, до полугода. Группа обычно встречается раз

в неделю в фиксированное время, продолжительность сессии от 45 минут до 1,5 часа, в зависимости от возраста детей. По количеству участников детские группы должны быть небольшими, до 7–8 человек.

Для отбора детей для участия в групповой терапии необходимо собрать о них как можно больше информации, касающейся:

- личностных особенностей;
- особенностей раннего развития;
- динамики внутрисемейных отношений.

Необходимо оценить:

- уровень эмоционально-волевой регуляции ребенка: насколько он способен себя контролировать, концентрировать внимание, придерживаться групповых правил; «
- уровень интеллектуального развития ребенка: насколько он в состоянии понимать инструкции и выполнять групповые задания;
- психическое состояние ребенка на данный момент: если ребенок находится в состоянии эмоционального срыва или в глубокой депрессии, участие в групповой терапии не даст положительных результатов;
- уровень сопротивления ребенка групповой работе. Если ребенок активно отрицает произошедшее насилие или испытывает глубокие чувства вины и стыда, к работе в группе он не готов, сначала рекомендуется провести индивидуальную терапию.

В любом случае необходимо провести две или три индивидуальные встречи с каждым ребенком, чтобы подготовить его к групповой работе: снизить тревожность, ознакомить с целью занятий, поговорить про конфиденциальность и недопустимость насмешек в группе по поводу случившегося с ребенком.

Необходимо провести работу и со взрослыми: проинформировать их о целях и задачах групповой работы, обговорить вопрос конфиденциальности и заключить контракт, в котором родитель дает согласие на участие ребенка в групповой работе.

Детям, пережившим насилие, особенно младшим, показаны однополюсные терапевтические группы.

Для работы с детьми, пережившими насилие, особенно сексуальное, имеет значение пол ведущего, поэтому с девочками рекомендуется работать женщине, а с мальчиками – мужчине.

Группы должны быть закрытыми.

Последние 20–30 минут каждого занятия детям предлагают свободно пообщаться друг с другом, чтобы отдохнуть от эмоционально сложной групповой работы.

Окончание групповой терапии должно восприниматься детьми как значительное достижение, которое необходимо отметить в виде общего праздника, на котором отмечаются успехи детей.

6.9 ТРЕНИНГ С ДЕТЬМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

За основу данного тренинга взята программа, приведенная в работе специалистов, посвятивших себя проблемам реабилитации детей, ставших жертвами сексуального злоупотребления (Мэнделл, Дамон, 1998). Это программа групповой терапевтической работы с детьми 7–13 лет, которая была разработана в клинике Сан Фернандо Вэллей (США) и успешно применяется на протяжении уже 20 лет. Программа состоит из трех этапов и десяти модулей.

Этап 1. Он включает в себя Модуль 1. «Добро пожаловать в группу»; Модуль 2. «Приобретаем друзей»; Модуль 3. «Чувства – это нормально». Основная задача этапа – адаптировать детей к групповому взаимодействию и создать обстановку, способствующую работе с болезненными чувствами и внутренними конфликтами, порожденными травмой.

Этап 2. Включает в себя Модуль 4. «Рассказываем друг Другу о том, что произошло»; Модуль 5. «По секрету»; Модуль 6. «Моя семья». На этом этапе идет работа непосредственно с психологической травмой, полученной ребенком в результате насилия и последующей огласки случившегося. Анализируются возникающие у детей чувства

стыда, вины, незащитности, беспомощности, ответственности за происшедшее, ощущения предательства и потребности скрыть случившееся.

Этап 3. Включает в себя Модуль 7. «Позаботься о себе сам»; Модуль 8. «Девочки взрослеют»; Модуль 9. «Мальчики взрослеют»; Модуль 10. «На прощание». Завершающий этап терапии призван помочь участникам увидеть «свет в конце тоннеля», переключить внимание с пережитой им драмы на продолжение нормальной жизни. Затрагиваются такие темы, как самооценка, умение отстаивать свои права, половое созревание.

Кроме того, в программе использованы упражнения из следующих работ: Алиева и др., 2001; Анн, 2003; Бачков, 1999; Захаров, Хрящева, 1999; Кэррел, 2002; Лидере, 2003; Макшанов и др., 1993; Макшанов, Хрящева, 1993; Хрящева, 1999.

ЭТАП 1.

МОДУЛЬ 1. Добро пожаловать в группу!

На первых встречах вырабатываются групповые нормы. Задача психотерапевта на этом этапе – привлечь всех членов группы к участию в общем процессе и создать доброжелательную атмосферу. Развитие групповой сплоченности и создание обстановки доверия является необходимым условием успешной работы. Психотерапевты должны проанализировать структуру группы и уровень развития навыков общения каждого участника.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Вместе с участниками определить границы приемлемого поведения в группе и принять соглашение о соблюдении установленных ограничений.
2. Обеспечить развитие группового взаимодействия и взаимопомощи.
3. Способствовать обсуждению общих для всех проблем и переживаний, укреплять внутри групповую сплоченность.
4. Повысить самооценку каждого участника, обеспечив каждому возможность поделиться своими мыслями и чувствами в обстановке доброжелательности и поддержки. Подчеркнуть значимость каждого члена группы для формирования совместного группового опыта.
5. Помочь всем участникам группы осознать цель групповой работы.

Практические задания модуля 1 (3–4 занятия)

На первой встрече психотерапевты рассказывают о целях групповой терапии. После этого всеми участниками группы совместно создаются «Правила нашей группы*». Дети сами разрабатывают правила и определяют санкции за их невыполнение. Они по очереди выписывают предлагаемые правила на специальную доску (список правил в дальнейшем будет вывешиваться на каждом занятии группы в качестве напоминания). В ходе этого процесса устанавливаются соответствующие рамки и ограничения, что приводит к появлению чувства уверенности и контроля над ситуацией. Часто ребята предлагают правила, которые им будет очень трудно выполнять. Устанавливая санкции за несоблюдение правил, дети склонны быть излишне жесткими, так что может понадобиться вмешательство психотерапевта для внесения некоторых корректив. Может оказаться полезным ориентироваться на список групповых правил, которые являются в определенном смысле универсальными для работы любых групп. Он приведен в главе 3.1 (Правила работы группы).

Упражнение 1 «Групповой рисунок»

Для выполнения этого упражнения на взаимодействие детям выдается большой лист бумаги и фломастеры и предлагается сделать совместный рисунок. Они должны сами решить, что это будет за рисунок, и распределить между собой роли в процессе его создания. Это задание учит детей договариваться и дает психотерапевтам возможность наблюдать, какую стратегию использует каждый из детей. Оно также способствует сближению участников группы.

Упражнение 2 «Назови свое имя»

Детям дается следующая инструкция:

«Сядьте, пожалуйста, в один большой круг, назовите свое имя и положительное

качество (то, что вы в себе цените) на первую букву имени, по кругу).

После проведения этого упражнения можно провести обсуждение: что ты ценишь в себе? Трудно ли было находить в себе хорошее качество, что ты при этом чувствовал?

Детям иногда трудно назвать качество на нужную букву или найти в себе положительное качество, поэтому терапевту важно вовремя поддержать ребенка, оказать ему помощь и привлечь для этого других участников группы.

Упражнение 3 «Паутина»

Это упражнение – хороший способ как выработки, так и проверки сплоченности группы. Для его выполнения необходим клубок ниток. Удобнее проводить упражнение сидя на полу. Детям дается следующая инструкция:

«Сядьте в круг. У каждого из вас сейчас есть возможность назвать свое имя и что-нибудь рассказать о себе, например, чем тебе нравится заниматься или какая твоя любимая игра или еда. Подумайте, что вы хотите рассказать о себе. (Терапевт берет клубок ниток и, сказав что-то о себе, зажимает свободный конец нити в руке и кидает клубок участнику, сидящему напротив). Если хочешь, ты можешь назвать нам свое имя и что-нибудь рассказать о себе. Если ты ничего не хочешь говорить, то можешь просто взять нить в руку, а клубок перебросить следующему».

Таким образом, все члены группы оказываются «в паутине». Поговорите с ними на разные темы, которые могут способствовать групповой сплоченности: как вы думаете, почему мы составили такую паутину? Что нам помогло создать такую мощную паутину? После обсуждения паутина распутывается. Каждый участник возвращает клубок предыдущему, называя его по имени, пока клубок не вернется к терапевту. Следует быть готовым к тому, что нить может запутаться. Эту ситуацию можно прокомментировать с юмором, сказав, например, что члены группы уже тесно связаны между собой.

«Все ли высказались? Что вы почувствовали? Чьи рассказы вас заинтересовали? Трудно ли было говорить о себе? Кто в группе вызвал любопытство?»

Упражнение 4 «Двадцать «Я»

Это упражнение особенно подходит для первых занятий и является хорошим способом «сломать лед», способствует развитию атмосферы открытости и доверия. Для терапевта это упражнение является диагностическим. Каждому члену группы даются карандаш и бумага. Детям дается следующая инструкция:

«Двадцать раз ответьте на вопросы «кто я, какой я?». Используйте характеристики, черты, интересы, чувства для описания себя, начиная каждое предложение с местоимения «я»... Если вы уже закончили, приколите листок бумаги на грудь. Затем начинайте медленно ходить по комнате, подходите к другим членам группы и внимательно читайте то, что написано на листке у каждого. Пожалуйста, ходите молча и лишь читайте, что написано у остальных. Когда я скамандую «Стоп!», вы можете остановиться рядом с кем-нибудь и поговорить друг с другом о своих ответах».

Возможный вариант: «Можете не показывать свой список всем, дайте прочитать его тем, кому захотите».

Упражнение 5 «Рисую себя»

Участникам предоставляются листы бумаги разного формата и цветов, фломастеры, карандаши, ручки, мелки и т. д. Детям дается следующая инструкция:

«Сейчас я предлагаю вам нарисовать себя. Себя можно изобразить растениями, животными, с помощью схем, цвета, коллажа или как-то еще, как вам захочется. Для рисования вы можете использовать любую бумагу и любые пишущие принадлежности. Каждый может показать другим свой рисунок и рассказать о нем».

Терапевту надо иметь в виду, что дети часто стремятся к тому, чтобы взрослый похвалил их рисунок, «оценил на отлично». Терапевт при этом подчеркивает, что у каждого рисунок хорош по-своему, и главное, что участники изобразили себя.

Упражнение 6 «Какой я человек?»

Детям дается следующая инструкция:

«Человек часто задает вопросы, но в основном другим. Эти вопросы о чем угодно, только не о себе самом. Сейчас мы будем отвечать на два вопроса из многих,

отражающих ваше представление о себе.

Возьмите лист бумаги и ответьте на предлагаемые вопросы.

- **Мой жизненный путь:** каковы мои основные успехи и неудачи?
- **Влияние семьи:** как на меня влияют мои родители, братья и сестры, близкие?

Ваши ответы должны быть предельно откровенными, так как, кроме вас, их никто не увидит. Только с вашего разрешения с этими ответами ознакомлюсь я. Через некоторое время у вас накопится много ответов на этот простой и одновременно такой сложный вопрос: какой я человек? Эти ответы помогут вам лучше разобраться в себе».

Это упражнение можно проводить многократно в течение курса занятий, повторяя и меняя заданные вопросы.

Упражнение 7 «Какие мы?»

Все члены группы садятся в круг и получают от терапевта по листу бумаги. Каждый участник пишет в верхней части листа свое имя и делит лист вертикальной линией на две части. Левую отмечаем сверху знаком «+», правую – знаком «-». Под знаком «+» перечисляем: название любимого цвета, любимое время года, любимый фрукт, животное, книгу, то, каким образом легче всего доставить мне удовольствие, и т. п.

В правой части листа под знаком «-» каждый называет: нелюбимый цвет и т. д.

Терапевт участвует в упражнении вместе со всеми: читает вслух название каждого пункта и пишет свои ответы. После этого проводится знакомство с ответами и их обсуждение.

Упражнение 8

«Легкие пути ведут в тупик»

Это упражнение можно провести в конце одного из первых занятий. Его рекомендуется время от времени повторять с целью диагностики динамики группы. Детям дается следующая инструкция.

«Мы познакомились друг с другом, узнали новые имена и, самое главное, индивидуальные особенности всех членов нашей группы. Сейчас вам нужно записать в таблицу «Индивидуальность» то, что вам запомнилось о каждом из участников, суть его или ее высказываний о своей индивидуальности. Вспомните то, что они сами говорили о себе, что говорили о нем другие, когда мы сидели вместе. Это, безусловно, не очень легко, но «легкие пути всегда ведут в тупик». Вы можете добавить и свои выводы об индивидуальности этого человека, которые вы смогли сделать во время занятия. Например, вы можете написать: «Ирина отличается от всех своим спокойствием».

На эту работу вам отводится 10 минут. Постарайтесь вспомнить как можно больше о каждом из членов группы. Не ленитесь, это нужно в первую очередь именно-вам. Затем вы соберетесь в большой круг и по очереди зачитаете свои записи, исправляя неточности в графе «Его собственное высказывание».

Индивидуальность

№	Тренинговое имя участника	Его собственное высказывание	Мое представление о его индивидуальности
1			
2			
3			

Упражнение 9 «Футболка с надписью»

Терапевт говорит о том, что всякий человек «подает» себя другим. Говорит о футболках с разными надписями, приводит примеры «говорящих» надписей. Затем членам группы предлагается за 5–7 минут придумать и записать на листке бумаги надпись на своей «футболке». Оговаривается, что эта надпись в дальнейшем может меняться. Важно, чтобы она что-нибудь говорила о ребенке сейчас – о его любимых занятиях и играх, об отношении к другим, о том, чего он хочет от других, и т. п.

После выполнения задания каждый зачитывает свою надпись. Терапевт во всех случаях предоставляет участнику эмоциональную поддержку. Затем проводится очень короткое обсуждение: о чем в основном говорят надписи на футболках? Что мы хотим сообщить о себе другим людям?

В заключение терапевт показывает (желательно – выполненную в шуточной форме) надпись на своей футболке.

Упражнение 10 «Письмо себе, любимому»

Детям дается следующая инструкция.

«Сейчас вы напишете письмо самому близкому вам человеку. Кто самый близкий вам человек? Вы сами. Напишите письмо себе, любимому».

МОДУЛЬ 2. Приобретаем друзей

Модуль способствует дальнейшему формированию внут-ригрупповой сплоченности и доверия, установлению неформальных взаимоотношений между участниками.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Строить позитивные взаимоотношения между сверстниками в условиях группового взаимодействия.

2. Рост доверия между членами группы.

3. Дать возможность выразить эмоции, связанные с переживанием позора, и разъяснить природу подобных чувств.

4. Выбатывать умение находить себе друзей.

Практические занятия модуля 2 (4–6 занятий)

Упражнение 1

«Легкие пути ведут в тупик-2»

Это переходное упражнение, связывающее первый и второй модули. Дети разбиваются на пары и делают короткий «рекламный ролик» друг о друге, используя таблицу «Индивидуальность», которую они заполнили в модуле 1. Возможно, терапевту придется дать пример – продемонстрировать, как именно можно убедить группу в том, что кто-то будет замечательным другом. Необходимо пояснить, что рассказ должен быть доброжелательным. Презентация проводится перед всей группой. Ребенок, о котором идет речь, садится на специальное «почетное место». Дети часто испытывают удивление и радость, находясь в центре внимания группы.

Упражнение 2. «Выбираем друзей»

Каждому ребенку дается рабочий листок с вопросами о выборе друзей. Как и в предыдущих упражнениях, психотерапевт может сам разбить детей на пары. Участники группы по очереди отвечают на вопросы. Отвечая на вопрос: «Где ты находишь друзей?», дети часто вынуждены признаться, что практически не общаются со сверстниками за пределами школы. Причиной этого они нередко называют страх того, что их «секрет» будет раскрыт. Чувства, связанные с ощущением «испорченности», выходят на поверхность при ответе на вопрос: «Выбираешь ли ты в друзья тех, кто похож (или не похож) на тебя?». Также можно определить, как дети воспринимают отношение взрослых к их дружеским связям. Бывает, что они сердятся и обижаются на взрослых за то, что после происшедшего те стали излишне строгими.

Рабочий листок «Выбираем друзей» содержит следующие вопросы:

1. Где можно найти себе друзей?

а) _____

б) _____

2. Как ты выбираешь себе друга (подругу)?

3. Выбираешь ли ты в друзья тех, кто похож на тебя? Чем они похожи на тебя?

4. Выбираешь ли ты в друзья тех, кто не похож на тебя? Чем они не похожи на тебя?

5. Расскажи об одном из твоих друзей:

– На кого он (она) похож?

– О чем вы разговариваете?

– Что вы делаете вместе? ^s

– Как другие люди относятся к твоему другу (подруге)?

6. Как ты даешь понять другому, что хочешь с ним подружиться?

7. Что твои родители говорят о твоих друзьях?

Упражнение 3 «Друзья»

Это упражнение посвящено обсуждению того, что значит быть хорошим другом и какими качествами надо обладать для этого. Анализируется способность каждого из

детей быть другом. Отвечая на вопросы этого листка, дети часто выходят на обсуждение проблемы доверия другим людям, поэтому все задание может рассматриваться как работа с ощущением предательства, пережитого детьми. Это упражнение нередко вызывает замешательство у детей, что связано с негативным отношением взрослых к их разговорам с друзьями о происшедшем.

Рабочий листок «Друзья» содержит следующие неоконченные предложения:

1. Настоящий друг (подруга) всегда _____
2. Настоящий друг (подруга) никогда _____
3. Я бы хотел, чтобы мой друг (подруга) _____
4. Я всегда бы мог рассказать моему другу (подруге) _____
5. Я никогда не рассказал бы моему другу (подруге) _____
6. Я – хороший друг (подруга), потому что _____

Упражнения на установление контакта

Для того чтобы установился хороший контакт, важно расположить собеседника к себе, вызвать его доверие, интерес. Для этого у нас есть невербальные и вербальные средства. Невербальные – поза, улыбка, контакт глаз, организация пространства общения (дистанция). Вербальные – комплименты, «ритуальные» фразы («Какая хорошая погода...»), открытые вопросы, дающие возможность собеседнику ответить более полно (например: «Вы живете в этом доме?» – закрытый вопрос; «Где вы живете?» – открытый вопрос). Эту вводную информацию можно использовать перед началом выполнения упражнений по тренировке в установлении контакта.

Упражнение 1 «Автобус»

Выбираются двое желающих, которые садятся в центре круга. Терапевт объясняет ситуацию: вы едете в автобусе. Он останавливается на красный свет, и вдруг в автобусе, стоящем в соседнем ряду, вы замечаете приятеля, которого давно не видели. Окна автобусов закрыты, но вы хотите договориться о встрече с ним в каком-то определенном месте и в определенное время. В вашем распоряжении – одна минута, пока автобусы стоят у светофора. После невербального проигрывания ситуации участники делятся информацией о том, как они поняли друг друга. В упражнении по очереди участвуют все желающие.

Легко ли было понять партнера? Легко ли было выразить свои мысли без слов? Какими средствами вы пользовались? Что помогало, что мешало понять партнера?

Упражнение 2 «Найди пару»

Все сидят в круге. По сигналу нужно поменяться с кем-то местами. Для этого предварительно, без слов, нужно установить контакт глазами.

Упражнение 3 «Найди пару - 2»

Детям дается следующая инструкция." «Я раздам вам карточки, на которых написано название животного. Каждое название встречается на карточках два раза. К примеру, если вам достанется карточка, на которой будет написано «слон», знайте, что у кого-то еще тоже есть карточка с надписью «слон».

Прочтите, что написано на вашей карточке, так, чтобы надпись видели только вы. Теперь карточку можно убрать. Задача каждого – найти свою пару. При этом можно пользоваться любыми выразительными средствами, только нельзя ничего говорить и издавать характерные звуки «вашего животного». Другими словами, все, что мы будем делать, мы будем делать молча.

Когда вы найдете свою пару, останьтесь рядом, но продолжайте молчать, не переговаривайтесь. Только когда все пары будут образованы, мы проверим, что у нас получилось».

Упражнение 4 «Невербальный контакт»

Детям дается следующая инструкция:

«Один из участников (доброволец) должен выйти из комнаты. Когда он вернется, ему надо будет определить, кто из группы готов вступить с ним в контакт. При этом мы все будем пользоваться только невербальными средствами. Группа в отсутствие водящего должна будет выбрать участника, который будет демонстрировать готовность

вступить в контакт, остальные должны будут показывать нежелание этого делать».

Затем из комнаты выходят другие добровольцы. При этом количество участников, желающих вступить в контакт, можно постепенно увеличивать – двое, трое или все, кто хочет.

«Легко ли было устанавливать контакт? Что помогло найти желающего общаться? Какими средствами вы показывали нежелание общаться? Что вы чувствовали, когда понимали, что в общении с вами не заинтересованы? Были ли добровольцы, которым удалось установить контакт с большим количеством членов группы, чем планировалось?»

При обсуждении упражнения следует обратить внимание на признаки, которые помогали определить готовность к вступлению в контакт. Предметом обсуждения могут стать сложности, связанные с неоднозначностью предъявления своего желания или нежелания вступить в контакт.

Это упражнение позволяет отметить чувствительность, Доброжелательность участников, средства невербального контакта. Для терапевта оно в некоторой степени является социометрическим.

Упражнение 5 «Испуганный ежик»

Один участник изображает испуганного ежика, свернувшегося в клубок. Задача другого – попытаться соответствующими жестами, словами установить контакт с «ежиком», успокоить его и заслужить его доверие, чтобы он развернулся. Детям дается следующая инструкция:

«Кто из вас видел настоящего ежика? Вы знаете, что делает ежик, когда его пугает неожиданно появившаяся лисица или собака? Один из вас будет сейчас ежиком, который сильно испугался собаки. Другие по очереди будут подходить и успокаивать ежика. Кто из вас хотел бы быть ежиком? Ежик, свернись калачиком.

Представь себе, что ты еще очень маленький ежик и тебя напугал громкий лай собаки. А когда собака еще и ткнулась в тебя носом, чтобы обнюхать, тебе стало совсем страшно. Поэтому ты свернулся в крепкий клубочек, чтобы защитить свой носик и живот. К тебе на помощь придет мальчик или девочка, но ты недоверчив, потому что ты еще не знаешь, кто такие люди и чего от них можно ожидать. Кто хочет успокоить ежика? Подойди к ежику, тихонько поговори с ним. Скажи ему, что окажись ты на его месте, ты тоже испугался бы. Можешь его погладить. Если ты будешь осторожен, ежик тебя не уколёт. Попытайся показать ежику, что ты к нему очень хорошо относишься, не только словами, но и жестами, мимикой, прикосновениями. Успокой его – и ты увидишь, что он расслабился и раскрылся».

Затем ежиком становятся другие участники группы.

«Что вы чувствовали, когда были ежиками? А когда были людьми? Как пытались установить контакт, вызвать доверие ежика? Что было трудным? Что помогло? В каких ситуациях вы ведете себя подобно ежику? Что вам помогает установить контакт в реальных ситуациях?»

Упражнение 6 «Установление контакта»

Участники группы в парах, по очереди, разыгрывают различные сценки на установление контакта. Основному играющему дается инструкция: «Ты должен установить контакт с собеседником, для того чтобы...» Например, один участник – администратор гостиницы, а второй хочет поселиться в ней, один участник – продавец, а второй хочет поменять купленные вчера перчатки, один – спешащий прохожий, второй должен узнать, как доехать до улицы N и т. п.

Можно разыграть сценку с одним основным участником и несколькими дополнительными. Один из вариантов такой сценки описан в следующем упражнении.

Упражнение 7 «Очередь»

Из группы выбираются несколько человек, из которых один – водящий. Остальные становятся друг за другом в очередь, а водящий должен пройти к прилавку магазина без очереди. Он завязывает разговор с каждым из стоящих в очереди, пытаясь достичь своей цели. При этом все или некоторые из них могут получить определенные инструкции (неизвестные другим участникам) – например, не пропустить «нахала» к прилавку или

взять его себе в компаньоны для чего-либо. Желательно, чтобы водящий проиграл сценку несколько раз подряд в разных условиях.

После проигрывания сценок терапевт обращает внимание на успешность или неуспешность основного участника, вербальные и невербальные компоненты установления контакта. Участники из «очереди» делятся впечатлениями, что побуждало их идти навстречу просьбе, а что снижало это желание. Если водящему не удастся добиться цели, то отмечается, что было недостаточно, на что надо обратить внимание в следующий раз. Терапевт обязательно акцентирует внимание на том, что было удачным. Участники из «очереди» обычно не обсуждаются.

Упражнение 8 «Объявление»

Детям дается следующая инструкция:

«Вы знаете, что сегодня большинство газет публикует различные объявления частных лиц, в том числе и желающих найти друзей, увлеченных тем же хобби. Действительно, такие объявления помогают людям найти друг друга, они начинают переписываться, делиться новостями, радостями и т. д. Попробуйте и вы.

Ваша задача – составить текст газетного объявления с подзаголовком «Ищу друга». В нем нужно указать свои основные увлечения, любимые занятия. Чем вы занимаетесь в свободное время? Чем можете заинтересовать другого человека, чем помочь ему?

Не забудьте, что это обращение к живому человеку, найдите искренние слова. По объему текст объявления не должен превышать одной странички».

Упражнение 9 «Идеал»

Участникам предлагается представить свой идеал человека, с которым ему бы хотелось общаться постоянно, который мог бы стать другом.

Каждый пытается письменно сформулировать черты характера такого человека. Черты характера своего идеала записываются на листе бумаги слева в столбик.

После завершения этой работы листочки пускаются по кругу, и участники стараются дополнить каждую строку именами тех из присутствующих, кто наиболее соответствует сформулированному на строке качеству.

Для подведения результатов каждый берет свою записку, внимательно просматривает записи других участников и считает, чье имя на странице упоминается наибольшее число раз. Этот человек, по всеобщей объективной оценке, оказывается наиболее близким к идеалу данного участника.

Упражнение помогает детям получить групповую оценку своих качеств и, возможно, открыть что-то новое в других.

Упражнение 10 «Откровенно говоря»

Детям дается следующая инструкция:

«Мы уже убедились, что в этой группе можно быть откровенным. Давайте еще раз попробуем пооткровенничать друг с другом. Перед вами в центре круга стопка карточек. Вы будете по очереди брать по одной карточке и сразу продолжать фразу, начало которой написано на ней. Ваше высказывание должно быть предельно искренним и откровенным! Члены группы будут внимательно слушать вас, и если они почувствуют, что вы неискренни и неоткровенны, вам придется взять другую карточку с новым текстом и попробовать ответить еще раз.

Примерное содержание карточек'

Откровенно говоря, когда я иду в школу... Откровенно говоря, я скучаю, когда...
Откровенно говоря, мне очень трудно забыть... Откровенно говоря, я до сих пор не знаю...
Откровенно говоря, мне до сих пор... Откровенно говоря, когда я вижу ребенка...
Откровенно говоря, мне радостно, когда... Откровенно говоря, мне очень хочется...
Откровенно говоря, я думаю, что самое важное в жизни... Откровенно говоря, я всей душой ненавижу...
Откровенно говоря, когда я вижу красивого парня... Откровенно говоря, когда я вижу красивую девушку...
Откровенно говоря, когда я болею...

МОДУЛЬ 3. Чувства – это нормально

Эмоциональный опыт ребенка оказывает большое влияние на его общее развитие, поэтому данный модуль целиком посвящен работе с чувствами.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Научить участников группы выражать свои чувства в вербальной форме, тем самым снижая вероятность их неадекватного проявления в поведении.
2. Подготовить детей к работе с неприятными и часто противоречивыми чувствами, связанными с пережитым злоупотреблением: гневом, ощущением предательства, страхом, печалью, стыдом, виной, чувством отверженности и беспомощности.
3. Способствовать развитию эмпатии, обсуждая в доброжелательной обстановке чувства всех членов группы. Развивать способность детей понимать и поддерживать других.

Практические задания модуля 3 (4–6 занятий)

Упражнение 1

«Что заставляет людей чувствовать?..»

Детям предлагается описать жизненные ситуации, в которых у людей возникают такие чувства, как «грусть», «ярость», «радость» (Рабочий листок 3–1); или более сложные: «смущение», «стыд», «зависть» (Рабочий листок 3–2). Заполнив рабочие листки, дети по очереди вносят свои варианты в общий список, который составляется для каждого чувства. Хотя это упражнение поначалу подразумевает некоторую дистанцированность от личных переживаний ребенка и способствует развитию эмпатии, дети по собственной инициативе начинают приносить сюда реальные ситуации из своего жизненного опыта. Возникающие у ребенка ассоциации часто помогают психотерапевтам верно проинтерпретировать некоторые особенности его поведения. Так, мальчик, который на занятиях группы вел себя очень тихо, написал, что разговоры вызывают у людей «смущение». Другой ребенок утверждал, что некоторые люди «чувствуют себя одинокими», когда во время перерыва на обед с ними никто не разговаривает.

Рабочий листок 1

Когда люди чувствуют себя:

Счастливыми, то они _____

Радостными, то они _____

Грустными, то они _____

Злыми, то они _____

Одинокими, то они _____

Испуганными, то они _____

Рабочий листок 2

Когда люди испытывают:

Чувство гордости, то они _____

Ревности, то они _____

Беспокойства, то они _____

Смущения, то они _____

Стыда, то они _____

Упражнение 2 «Коллажи чувств»

Существуют различные упражнения, выполняя которые, дети могут научиться опознавать и понимать невербальные проявления чувств. Эту задачу можно решить с помощью одного из приводимых ниже практических заданий на составление коллажей из журнальных фотографий или картинок. Дети должны выразить с помощью коллажа то или иное чувство.

1-й вариант. Каждому ребенку предлагается сделать, используя фотографии (картинки), коллаж одного из чувств («грусть», «счастье», «испуг» и т.п.). Затем другие участники группы пытаются угадать, какое чувство передает этот коллаж. После этого ребенок, сделавший коллаж, объясняет, каким образом каждая из картинок выражает это чувство. Если дети увидели в этих иллюстрациях другие чувства, им предлагается дать свои объяснения.

2-й вариант. Психотерапевты выписывают на доску названия чувств. Каждому ребенку предлагается сделать свой собственный коллаж, выбирая по крайней мере по одной картинке для каждого из перечисленных чувств. Завершив работу, дети пишут,

какое чувство представлено на каждой картинке и показывают свой коллаж группе.

3-й вариант. В более сложном варианте упражнения коллаж можно использовать для сравнения эмоций, которые участники группы свободно проявляют, с теми, которые они предпочитают скрывать. Каждый ребенок рисует на листке бумаги большой круг и помещает картинки, обозначающие «допустимые» эмоции за пределами окружности, а «менее приемлемые» внутри круга. Психотерапевты могут использовать эти коллажи для того, чтобы помочь детям разобраться, что именно заставляет их скрывать те или иные чувства: является ли это их внутренней потребностью или результатом давления извне. Одна девочка поместила картинку, обозначающую грусть, внутрь окружности, пояснив, что другие члены группы не станут с ней дружить, если она будет грустной.

Упражнение 3

«На что похоже мое настроение»

Это упражнение позволяет участникам осознать свое эмоциональное состояние «здесь и сейчас» и выразить его в образной, символической форме. Упражнение выполняется в РУгу, с мячиком, который участники перебрасывают друг

другу, по очереди отвечая сначала на один вопрос, потом – на следующий и т. д. Детям дается следующая инструкция: «Прислушайтесь к себе. На какой цвет похоже сейчас ваше настроение?»

Варианты: «На какую погоду (музыку, цветок, животное и т. д.) похоже ваше настроение?»

Упражнение 4 «Имена чувств»

«Имена чувств»	Места, где я обычно испытываю эти чувства					
	Дома	На улице	В школе	В новой компании	Среди друзей	В других местах (где?)
Обычно						
1. Злость						
2. Радость						
3. Уныние						
4....						
5....						
6....						
7....						
Сегодня						
1. Скука						
2. Страх						
3. Восторг						
4,...						
5....						
6....						
7....						

Каждый записывает столько «имен» чувств, сколько сможет. Участник, записавший наибольшее количество, зачитывает, а терапевт в это время записывает слова на доске. Затем подсчитывается количество совпадений этих слов и слов других участников.

Актуализируются наиболее известные (а значит – предположительно, наиболее используемые) эмоции и эмоциональные состояния, объясняется разница между эмоцией и эмоциональным состоянием.

В первой колонке выписываются «имена» чувств. Затем выбирается ячейка, соответствующая месту, где это чувство возникает (мест может быть несколько), в ячейках проставляются крестики или оценка интенсивности чувства по 5–10-балльной шкале.

В первой части таблицы участники записывают чувства, которые для них обычны, те, которые они чаще всего испытывали в последнее время; во второй – чувства, которые участник испытывал сегодня.

Участникам предлагается выяснить, как окружающие люди понимают наши чувства.

Если вам кажется, что кто-то из детей не уверен в том, что обозначают некоторые слова, попросите кого-нибудь описать ситуации, в которых человек может испытывать это чувство.

В завершение этого упражнения можно задать группе несколько вопросов: «Какие чувства испытывал каждый из вас, когда вы в последний раз писали контрольную работу? Что вы чувствовали, когда приближались каникулы? Что вы чувствовали, когда в последний раз что-нибудь сломали? Какое, по-вашему, самое неприятное чувство? Какое чувство вам нравится больше других? Какое из названных чувств знакомо вам лучше (хуже) всего?»

Упражнение 5 «Эмоции в моем теле»

Упражнение позволяет осознать связь эмоций с телесными переживаниями, индивидуальные особенности переживания и выражения эмоций.

Необходимо подготовить листок со схематичным изображением человеческого тела для каждого участника и достаточное количество карандашей синего, красного, желтого, черного цветов. Детям дается следующая инструкция:

«Представьте, что вы сейчас очень сильно злитесь на кого-нибудь или на что-нибудь. Постарайтесь всем телом почувствовать свою злость. Может быть, вам будет легче представить, если вы вспомните какой-нибудь недавний

случай, когда вы сильно разозлились на кого-нибудь. Почувствуйте, где в теле находится ваша злость. Как вы ее ощущаете? Может быть, она похожа на огонь в животе? Или у вас чешутся кулаки? Заштрихуйте эти участки красным карандашом на своем рисунке. Теперь представьте, что вы вдруг испугались чего-то. Что вас может напугать? Представили? Где находится ваш страх? На что он похож? Заштрихуйте черным карандашом это место на своем рисунке».

(Аналогичным образом предложите участникам обозначить синим карандашом части тела, которыми они переживают грусть, и желтым – радость.)

«Где в теле вы чувствуете свою злость (страх, грусть, радость)? Какое чувство вам было легче всего представить и ощутить в теле? А какое – труднее? Были ли у кого-нибудь из участников группы похожие ощущения?»

Упражнение 6 «Угадай настроение»

Детям дается следующая инструкция:

«За одну минуту нарисуйте свое настроение, не рисуя ничего конкретного, – используйте только линии, формы, различные цвета... Теперь передайте свой рисунок соседу справа... Посмотрите внимательно на рисунок, который оказался у вас в руках. Попробуйте угадать, какое настроение изображено на нем».

Упражнение 7 «Зеркало»

Один участник мимикой изображает соседу какую-либо эмоцию. Тот, в свою очередь, копирует его своим лицом как можно точнее и «передает» гримасу дальше по кругу. Упражнение заканчивается, когда гримаса возвращается к первому участнику. Таким же образом «передаются» еще несколько эмоций.

«Как вы узнаете, что чувствует другой человек? Как на вашем лице отражаются ваши собственные эмоции? Какие мышцы при этом задействованы? Что вы чувствуете, когда видите мимическое изображение разных эмоций?»

ЭТАП 2

МОДУЛЬ 4. Рассказываем друг другу о том, что произошло

На первом этапе- терапии деги научились видеть разнообразные чувства у других и проявлять их. Теперь они готовы к работе непосредственно с пережитым сексуальным насилием, и эта работа будет продолжаться на протяжении всего оставшегося времени. На этом этапе у детей появляется возможность рассказать о том, что произошло, поделиться чувствами, часто глубоко спрятанными, и получить поддержку и понимание.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Дать детям возможность выразить чувства, связанные с пережитым злоупотреблением, в обстановке понимания и поддержки. Вербальное выражение чувств снизит вероятность проявления неотреагированных эмоций в поведении.

2. Помочь детям разобраться в их чувствах, направленных на насильника.

3. Дать детям возможность рассказать о насилии тем, кто пережил сходные события и испытал похожие чувства. Это поможет избавиться от ощущения одиночества и стыда.

4. Помочь детям проанализировать чувство вины, часто неосознаваемое, и ощущение ответственности за то, что с ними произошло, и справиться с ним.

Практические занятия модуля 4 (6–8 занятий)

Упражнение 1

«Что я чувствую, когда вспоминаю об этом»

Выполняя это упражнение, дети начинают задумываться над чувствами, связанными с пережитым насилием. Чтобы заполнить рабочий листок, им необходимо разобраться в своих переживаниях. (Это – первый из нескольких рабочих листков, в котором оставлено свободное место для обозначения яйца, совершившего насилие. Дети могут вписать либо имя этого человека, либо соответствующее местоимение «он» или «она».) Затем терапевт помогает детям осознать и проанализировать названные чувства. Например, отношение к утверждению «Я думал, что _____ на самом деле

меня любил» может стать отправной точкой для обсуждения амбивалентности чувств ребенка к насильнику, который час-

то воспринимается как более заботливый родитель. Терапевту важно подчеркнуть сходство рашгчных ситуаций и в то же время показать, что каждый случай индивидуален. Повтор этого практического задания ближе к окончанию программы терапии поможет определить, как работа в группе повлияла на чувства детей, связанные со злоупотреблением.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК

«Что я чувствую, когда вспоминаю об этом»

Я хотел(а) бы спрятаться от всех, чтобы мне не пришлось говорить об этом.	Никогда	Почти никогда	Иногда	Почти всегда	Всегда
Мне хочется плакать	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Я виню себя в том, что не смог (не смогла) этого предотвратить	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Мне кажется, что на самом деле меня любил	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Я считаю себя хорошим человеком	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Мне кажется, что у меня была возможность предотвратить то, что произошло	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Мне кажется, что имел право прикасаться ко мне	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда
Мне кажется, я понимаю, почему это произошло	Никогда	Почти никогда	Почти всегда	Почти всегда	Всегда

Упражнение 2

«Я думаю, это произошло потому, что...»

Детям предлагается перечислить причины, по которым, как им кажется, они подверглись сексуальному злоупотреблению, а также причины, побудившие их обидчика это сделать. Пытаясь осмыслить происшедшее, дети постепенно избавляются от чувства вины и ответственности за то, что произошло, преодолевают ощущение собственной беспомощности. Дети часто думают, что насильник «был болен», или «сошел с ума», или даже «сам был жертвой», и начинают испытывать к нему жалость, что мешает им понять в полной мере ответственность этого человека за происшедшее.

Нередко дети пытаются найти ответ на вопрос, почему именно они стали жертвами насилия. Детям предлагается перечислить причины случившегося в двух разных вариантах:

1. Я думаю, это произошло, потому что _____
2. Мне кажется, что сделал это, потому что _____

Упражнение 3

«Что обо мне подумают»

В этом упражнении участники группы работают со своими переживаниями, вызванными опасениями, что сверстники будут над ними смеяться или что их отвергнут после того, как узнают о подробностях насилия, совершенного по отношению к ним.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК

«Что обо мне подумают»

1. Когда другие люди узнают о том, что случилось, они могут подумать, что

2. Я боюсь, что я – единственный, кто (кого) _____
3. Если я расскажу об этом другим детям, они _____
4. Люди могут подумать, что я ненормальный, если я скажу им, что _____
5. Труднее всего мне рассказать о _____
6. Меня предупредили, что другие дети могут сказать, что _____
7. Я боюсь, что, если я расскажу обо всем, что случилось, то у _____ будут неприятности
8. Мне было бы легче говорить об этом, если бы _____

Упражнение 4

«Рассказываем друг другу о том, что произошло»

Дети разбиваются на пары, и им предлагается взять друг у Друга интервью, используя вопросы анкеты. Вопросы касаются взаимоотношений ребенка с совратителем и подробностей пережитого злоупотребления. Дети должны постараться заполнить анкету как можно более подробно, однако если какой-нибудь вопрос смутит их, разрешается сказать о своем смущении и не отвечать на вопрос. Возможность обсудить вопросы сначала только с одним из детей помогает снизить тревожность и укрепляет доверие. После бесед в парах ребята по очереди рассказывают о случившемся уже всей группе

АНКЕТА

«Рассказываем друг другу о том, что произошло»

Прочитай эту инструкцию своему партнеру: «Никто не заставляет тебя отвечать на все вопросы. Если какой-нибудь из вопросов тебя смущает, ты можешь его пропустить»

1. Сколько лет тебе было, когда это случилось в первый раз?
2. Кто это сделал?
3. Как _____ относился (относилась) к тебе до того, как это произошло?
4. Изменилось ли отношение _____ к тебе после того, как это произошло?
5. Расскажи о том, как это случилось в первый раз. Что _____ говорил(а) тебе? Как прикасался (прикасалась)? Дотрагивался (лась) ли ты до _____ сам(а)?
6. После того, как это произошло в первый раз, прикосновения изменились? Если изменились, то как?
7. Где это происходило?
8. Когда это происходило?
9. Как часто _____ делал(а) это (только один раз, ежедневно, раз в месяц, раз в неделю)? Сколько это продолжалось (это произошло только один раз, несколько месяцев, дольше)?
10. Где находились остальные члены семьи, когда это происходило?
11. Кто-нибудь видел, как это происходило, или знал об этом?
12. Делал(а) ли _____ это с кем-нибудь другим?
13. Если да, то случалось ли тебе быть свидетелем этого?
14. Что ты чувствовал(а), отвечая на все эти вопросы?

Упражнение 5 «Письмо обидчику»

Выполняя это упражнение, дети пытаются противостоять человеку, совершившему насилие. Для одних это – возможность подготовиться к встрече с обидчиком (если он является членом семьи, которая будет воссоединена); для других – единственный способ «поговорить» с насильником. Каждому ребенку предлагается написать письмо этому человеку, рассказать о своих переживаниях по поводу происшедшего и чувствах, которые он испытывает к виновнику случившегося. Если насильников было несколько, ребенок может написать письмо каждому из них или выбрать только одного. Детям разрешается использовать любые слова и выражения, в частности ругательства. Им также

рекомендуется включить в письмо свои добрые чувства или воспоминания. Одни дети выражают противоречивые чувства, подписывая письмо, полное отрицательных переживаний, «твой любящий сын (дочь)». Другие передают в письме только положительные чувства, в то же время всегда находятся участники, которые в своем письме выражают лишь гнев.

Свои письма дети зачитывают вслух. Терапевт оказывает им поддержку, высоко оценивая их усилия, а также вновь подчеркивает, что дети могут испытывать самые разные чувства, и это вполне нормально. Если ребенок не хочет читать письмо всей группе, он может сначала прочесть его кому-нибудь одному или попросить терапевта сделать это за него. В некоторых случаях ребенок предпочитает порвать письмо. Такое действие является попыткой избавиться от чувства вины и дискомфорта, которое часто сопровождает выражение гнева, и терапевт должен обратить на это внимание.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК «Письмо обидчику»

Адресовано _____ Дата _____

Я очень давно хотел(а) сказать тебе это. Я думал(а),

что _____ и что ты _____

Потом все изменилось. Когда ты сделал(а) это со мной, я

подумал(а), что _____ и я не понимал(а),

почему _____

Теперь, когда я вспоминаю об этом,

я _____ и я чувствую _____

Ты _____ и _____

Иногда, думая о тебе, я _____

Я хочу сказать, что _____

Если мы когда-нибудь встретимся,

я _____ и _____

P.S.

МОДУЛЬ 5. По секрету

К этому моменту участники группы поделились друг с другом подробностями того, что с ними произошло, и начали работать со своими чувствами, вызванными насилием. Теперь они готовы к более детальному анализу переживаний, возникших за время хранения тайны о сексуальном злоупотреблении.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Поддержать ребенка в его решении рассказать о происшедшем, несмотря на негативную реакцию окружающих. Тем самым уменьшается вероятность возникновения подобных «семейных тайн» в будущем.

2. Поработать с чувством вины, беспомощности и ответственности за злоупотребление, чтобы помочь детям понять, почему для них было важно сохранять тайну.

Примеры практических заданий модуля 5 (5– 7 занятий)

Упражнение 1 «Сохраняем тайну»

Участники группы разыгрывают ситуации, в которых один или оба персонажа должны решить: сохранить тайну или раскрыть ее. Выполняя это задание, дети начинают понимать чувства, которые заставляли их скрывать происшедшее. У них появляется возможность еще раз пережить эти чувства и обсудить их двойственную природу. После одной из таких ролевых игр мальчик сказал, что ему не хотелось никому говорить о том, что его совратил дедушка, так как у его мамы «и без того было слишком много проблем, и она всегда была грустная».

Дети разбиваются на пары, и каждая пара зачитывает

группе свой сценарий. К сценарию прилагаются вопросы, над которыми следует подумать. Затем каждая пара разыгрывает свою ситуацию перед группой. В ролевых играх, предлагаемых в рабочем листке в качестве образца, представлены наиболее часто встречающиеся проблемы. Терапевт может воспользоваться этими примерами для создания сценариев, ориентированных на специфику конкретной группы. Некоторые дети

после участия в этих ролевых играх могут признаться, что кто-то из их друзей в настоящее время подвергается сексуальному насилию; следует быть готовым к этому.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК

«Сохраняем тайну»

Ролевая игра № 1

Ситуация

Катя и Яна подверглись сексуальному насилию со стороны своего тренера по баскетболу. Это было так. Однажды после тренировки он предложил им остаться и посмотреть видео. Они согласились, но во время просмотра фильма он стал приставать к ним, дотрагиваться до них. Катя не хочет никому об этом рассказывать, так как боится, что у нее возникнут проблемы в школе, а мама запретит ей заниматься баскетболом. Но Яна считает, что надо обо всем рассказать.

Вопросы

1. Что чувствует Катя? Что чувствует Яна?
2. Что произойдет, если девочки обо всем расскажут?
3. Что произойдет, если Яна расскажет об этом, а Катя – нет?
4. Если они расскажут об этом, им поверят?
5. Кому они могут об этом рассказать?

Ролевая игра

Как Яне убедить Катю обо всем рассказать?

Ролевая игра № 2

Ситуация

Женя был в гостях у своего друга и, вспомнив о том, что забыл дома книгу, решил вернуться. Но когда он пришел домой, то увидел, что входная дверь заперта. Он очень удивился, так как знал, что его сестра Саша и его отчим должны быть дома. Он обошел дом, заглянул через окно в комнату сестры и увидел, что его сестра лежит на кровати и плачет, а отчим застегивает молнию на брюках.

Вопросы

1. Что почувствовал Женя в этой ситуации?
2. Что ему теперь делать?
3. Должен ли он рассказать кому-нибудь об этом? Кому?
4. Как вы думаете, если бы Саша знала, что Женя все это видел, то каких действий она бы от него ждала?

Ролевая игра

Женя рассказывает Саше о том, что он видел.

Ролевая игра № 3

Ситуация

Лена и Аня учатся в одном классе. Они стали подружками еще в детском саду и всегда рассказывали друг другу все свои секреты. Но совсем недавно Лена стала замечать, что с Аней что-то происходит. Раньше она была хохотушкой, а теперь почти всегда ходит грустная. Однажды Лена спросила Аню о том, что ее тревожит. Аня согласилась рассказать, но только при условии, что Лена пообещает хранить это в тайне. Если же Лена нарушит свое обещание, то она не будет с ней дружить и скажет всем девочкам их класса, что она предательница. Лена дала слово, что сохранит все в тайне, и тогда Аня рассказала ей, что отец прикасается к интимным частям ее тела.

Вопросы

1. Какие чувства испытывает Аня?
2. Какие чувства испытывает Лена?
3. Должна ли Лена хранить все это в тайне?
4. Почему, на ваш взгляд, Аня доверила Лене свою тайну?

Ролевая игра

Как Лене убедить Аню не хранить это в тайне?

Ролевая игра № 4

Ситуация

Уже 6 месяцев Миша подвергается сексуальному насилию со стороны отчима. Его отчим часто ездит на охоту и время от времени берет Мишу с собой. Отчим пригрозил Мише, что если он кому-нибудь об этом расскажет, то ему несдобровать. Миша очень боится своего отчима, но все же решил рассказать обо всем своему школьному психологу.

Вопросы

1. Какие чувства испытывает Миша?
2. Как вы думаете, есть ли у него серьезные причины опасаться своего отчима?
3. Почему Миша все же решился рассказать обо всем школьному психологу?
4. Как психолог может помочь Мише?

Ролевая игра

Миша рассказывает школьному психологу о том, что с ним происходит.

Ролевая игра № 5

Ситуация

В течение трех лет Сережа подвергается сексуальному насилию со стороны своего дяди. Сереже нравится общаться с дядей Игорем за исключением тех моментов, когда у дяди возникает желание погладить его интимные места. Отец Сережи умер, когда он был совсем маленьким, и дядя Игорь практически заменил ему отца.

Вопросы

1. Почему Сережа никому об этом не рассказывает?
2. Что произойдет, если он расскажет?
3. Если Сережа расскажет обо всем кому-нибудь из взрослых, что он от этого выиграет? Что потеряет?

Ролевая игра

Мама Сережи хочет, чтобы он поехал на выходные к дяде Игорю. Несмотря на все уговоры мамы, Сережа упорно отказывается.

Ролевая игра № 6

Ситуация

Уже год Вова подвергается сексуальному насилию со стороны своего двоюродного брата Кости, который старше его. Костя обещал избить Вову, если он кому-нибудь об этом расскажет. Вова часто издевается над своими сверстниками и даже их бьет, но все равно не рассказывает никому о том, что происходит.

Вопросы

1. Почему Вова никому об этом не рассказывает?
2. Кто может защитить Вову от его двоюродного брата?
3. Почему Вова так жестоко обращается со своими сверстниками?
4. Почему он не рассказал никому из своих друзей о насилии?

Ролевая игра

Мама привела Вову на прием к психологу, жалуясь на то, что он слишком много дерется с другими мальчиками.

Упражнение 2 «Раскрываем тайну»

Участникам группы предлагаются вопросы, связанные с раскрытием факта злоупотребления. После заполнения рабочего листка дети обсуждают свой опыт с другими участниками группы, используя ответы. Детям часто бывает стыдно за то, что они хранили эту тайну так долго, и они часто удивляются, когда узнают о том, что другие испытывают те же чувства. Иногда дети продолжают сомневаться в правильности своего решения рассказать о случившемся, считая, что они совершили предательство по отношению к насильнику.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК

«Делимся секретом»

1. Что _____ говорил(а) тебе, чтобы заставить тебя хранить все произошедшее в тайне и никому не рассказывать об этом?
2. Трудно ли тебе было держать это в тайне? Хотелось ли тебе кому-нибудь рассказать об этом? Кому?

3. Пытался (пыталась) ли ты кому-нибудь об этом рассказать? Как это происходило?
4. Сколько тебе было лет, когда взрослые обо всем узнали?
5. Откуда твои родители узнали о том, что произошло?
6. Какие чувства ты испытывал(а), когда твою тайну раскрыли?
7. Поверили ли твои родители твоему рассказу? А сейчас они верят тому, что ты говоришь?
8. Что произошло после того, как все об этом узнали? Кто расспрашивал тебя о случившемся?
9. Что случилось потом с твоим обидчиком? Пришлось ли тебе переехать жить на новое место?

Упражнение 3

«Письмо родителю, непричастному к сексуальному злоупотреблению»

Детям предлагают написать письмо непричастному к злоупотреблению взрослому. В этих письмах членов группы просят поделиться своими чувствами по поводу того, как этот взрослый реагировал на их признание. Участникам объясняют, что письма нужны для того, чтобы помочь им выразить свои чувства, и они могут по своему усмотрению дать или не дать взрослому прочесть это письмо. В письме ребенок выражает свое отношение к тому, что взрослый, возможно, знал о злоупотреблении, когда оно происходило, размышляет о том, поверил ли ему взрослый, и описывает, как, по его мнению, этот взрослый мог бы его поддержать.

Затем дети по очереди читают свои письма в группе. Письма часто бывают самоуничижительными, самообвиняющими, извиняющимися. Чувство вины может возникать из-за сильного гнева на взрослого, непричастного к злоупотреблению, и обиды на него из-за того, что он не сумел их защитить. Терапевт должен дать детям понять, что чувство гнева, ощущение предательства и обиды, которые дети испытывают, вполне естественны, и что он понимает их переживания и сам чувствует свой гнев на людей, которые заботятся о детях и оказывают им поддержку.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК

«Письмо родителю, непричастному к сексуальному насилию»

Адресовано _____ Дата _____

Когда ты узнал(а), что со мной произошло, мне показалось, что ты _____

Иногда, слушая тебя, я _____, например, когда ты сказал(а) мне _____

Мне все время хотелось спросить тебя

о _____ и _____

Я хотел(а) бы, чтобы ты _____

А еще я хочу сказать тебе, что _____

P.S.

МОДУЛЬ 6. *Моя семья*

Дети часто продолжают сомневаться, правильно ли они поступили, рассказав о случившемся, даже когда переживания, вызванные оглаской, уже теряют свою остроту. Нередко они чувствуют себя ответственными за те потрясения и перемены, которые неизбежно происходят в их семьях после раскрытия факта злоупотребления. Иногда возникающие осложнения накладываются на старые проблемы в детско-родительских отношениях, и это приводит к тому, что ребенок больше считается с потребностями родителей, чем со своими собственными.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Уменьшить чувство ответственности ребенка за то, что происходит в семье.
2. Помочь детям адаптироваться к изменениям, происходящим в их семьях.
3. Научить детей спокойно просить у родителей разрешения, если они хотят чаще уходить из дома и общаться с друзьями.

Примеры практических заданий модуля 6 (2–3 занятия)

Упражнение 1 «Моя новая семья»

Каждому ребенку выдают большой лист бумаги и просят разделить его пополам вертикальной линией. На одной половине ребенок рисует свою семью до того, как стало известно о случившемся, на другой – семью в настоящий момент. На рисунке надо изобразить типичный день из жизни семьи с участием всех ее членов. Затем терапевт помогает ребятам понять, что изменилось в их семьях, включая взаимоотношения с братьями и сестрами и семейные обязанности каждого.

Упражнение 2 «Скульптура семьи»

Для этого упражнения необходима комната соответствующего размера с мебелью или же разнообразный реквизит, позволяющий оформить помещение как сцену, на которой разыгрываются различные сцены из жизни семьи.

Каждый участник по очереди превращается в скульптора. Он воссоздает свою семью в виде «живой скульптуры», выбирая других участников группы на роли ее членов и располагая их в комнате так, чтобы они символизировали обстановку в его семье.

В идеале, скульптор выбирает кого-то, кто занимает в скульптуре его собственное место. Если членов семьи больше, чем участников в группе, автор сам исполняет свою роль.

Завершив скульптуру, ее создатель интерпретирует свою работу, объясняя, почему члены семьи расположены именно так.

После этого консультант предлагает скульптору перестроить скульптуру – изваять свою семью, какой бы он хотел ее видеть.

Упражнение 3 «Семейные истории»

Для выполнения упражнения нужны крупные листы бумаги для рисования и цветные карандаши или фломастеры.

Каждый участник делит лист на две половины и рисует два семейных воспоминания – счастливое и несчастливое. Оба события, нарисованные на одном листе, подчеркивают то, что и позитивные, и негативные явления происходят внутри одной единицы – семьи.

Когда группа закончит рисовать, каждый участник по кругу демонстрирует группе свой рисунок и комментирует изображенные события.

Упражнение 4 «Поиграем в семью»

Группа делится на «семьи» (они могут быть неодинаковыми по количеству человек). Семьи располагаются за столами в различных частях комнаты. Задача участников – определить состав семьи, распределить возраст ее членов, семейные роли. Каждый обдумывает, чем он занимается, где работает, чем увлекается, какую носит одежду, что любит есть на завтрак и т. д. Члены семьи решают, как проходят их будни и выходные дни, где и как они проводят свой отпуск, как распределяют семейные обязанности, какие у них отношения в семье, решают ли они все вопросы коллегиально или есть глава семьи. Подгруппа придумывает отличительные черты своей семьи, которые отражаются в фамилии. Семья создает свой герб, выбирает девиз, фамильную реликвию или историю, которой она гордится, и какую-то семейную тайну, о которой они не хотели бы рассказывать окружающим.

Все соображения зарисовываются на листах бумаги. Количество рисунков, их содержание, совместные они или отдельные у каждого члена семьи, «семья» решает сама.

Если в группе помимо терапевта участвует еще один взрослый, то они расходятся в разные «семьи». Желательно, чтобы они выбрали роли младших детей. В этом случае участники будут проявлять больше самостоятельности и творческой активности.

После выполнения задания каждая подгруппа по очереди представляет свою семью. После представления «семье» можно задать уточняющие вопросы.

Важно отметить, какой состав семей выбирают участники: полные это семьи или неполные, есть ли в семье дети, появляются ли «холостяки», которые не входят ни в одну из семей. Дети обычно выбирают главой семьи отца. Он чаще всего имеет фирму и достаточно богат. В семье обычно есть бабушки и дедушки и редко встречаются дяди и тети. Отношения обычно не дифференцированы, все хорошо друг к другу относятся и не ссорятся. Часто детям сложно определить проблемы, возникающие в семье. В этом

случае их предлагает терапевт. От большинства предложений участники отказываются, а соглашаются, только если эти проблемы временные, легко решаемые. Например, сыну не удалось поступить в институт, и он будет поступать на следующий год. От таких проблем, как болезнь, алкоголизм, бедность, участники отказываются.

После выполнения этого упражнения желательно сразу же провести следующее, так как «семья» сложилась и «пожила» вместе какое-то время.

Упражнение 5 «Связанные одной цепью»

В каждой семье ее члены связаны друг с другом, все вступают в какие-то взаимоотношения, как-то влияют друг на друга. С помощью этого упражнения можно представить отношения в семье. Для этого упражнения надо приготовить отрезок веревки длиной 1 метр для каждого из участников и моток веревки и ножницы для каждой «семьи».

Участники обвязываются вокруг пояса короткой веревкой. После этого «семьи» становятся в круг на расстоянии вытянутой руки друг от друга, и каждый привязывает к веревке на поясе концы отрезанных от мотка длинных веревок так, чтобы быть связанным с каждым членом «семьи». Не должно остаться ни одного свободного конца. (Для «семьи» из трех человек достаточно трех веревок, для четырех человек их понадобится шесть, для пяти – десять.)

«Это не значит, что вы каждый день ходите с веревками, но вы ощущаете эти незримые связи в семье. Представьте се-

бе какую-то повседневную ситуацию и начните действовать. Например, мама и папа хотят подойти друг к другу и обняться или сын хочет пойти поиграть в свои игрушки.

Насколько вы чувствовали себя связанными с другими? Что семье удалось сделать, где при этом находился каждый член семьи? Где имела место напряженность? Что вы можете сделать для того, чтобы ослабить ее?

Эти веревки можно рассматривать как различные чувства: любовь, беспокойство, тревога, ответственность за других. Мы ослабляем веревки, признавая право каждого человека на личную жизнь».

Упражнение 6

«Представление о своей будущей семье»

Детям дается следующая инструкция.

«Закрой глаза, расслабься и войди в свое внутреннее пространство. Представь, что ты взрослый человек. Вот ты идешь по улице,ходишь к своему дому, поднимаешься по лестнице, открываешь дверь своим ключом. Что ты видишь, что слышишь, какие запахи чувствуешь? Твоя семья радостно встречает тебя или каждый занят своими делами? Ты проходишь в комнату. Оглянись внимательно, что ты видишь, кто в ней находится?»

Затем каждый участник рассказывает о том, что он видел. Это упражнение можно провести несколько раз в течение курса занятий для контроля динамики состояния детей.

Упражнение 7 «Идеальная семья»

Как ребенок представляет себе идеальную семью? Что в ней делают родители? Какое у детей представление о «правильном» воспитании детей, о «хороших» детях, как они представляют себе, что ожидают от них родители? На эти темы можно провести беседы, порисовать и обсудить рисунки.

Часто дети, особенно младшие, имеют идеализированное представление о благополучной семье, и главное для многих из них – что родители любят своих детей. Любовь, по их мнению, «это когда все покупают ребенку, что он хочет – много лимонада, конфет, тортов, жвачки... плееры, велосипеды, часы, – и ни в чем не отказывают. А ребенок во всем слушается своих родителей, делает все по хозяйству, что ему скажут. Родители никогда не наказывают своих детей».

Упражнение 8

«Жизнь идеальной семьи»

Участники группы разыгрывают сцены из жизни семьи, выбирая радостные или грустные события. Один из участников (доброволец) назначает других на разные роли

для разыгрывания сценки из жизни идеальной семьи. Остальные участники – зрители. После проигрывания сцены они делятся своими впечатлениями о том, что они видели. Затем сцены разыгрываются другими участниками. Возможно, сцены не будут получаться такими идеальными, как хочется участникам. Это позволит подойти к обсуждению того, что действительно важно в семье, об отношениях в семье, проблемах, о развитии семьи.

Упражнение 9 «Позаботься о себе»

Упражнение заключается в невербальной подстройке участников друг к другу как аналогии семейной жизни. Сначала, разбившись на пары и прислонившись спинами друг к другу, надо найти максимально удобное положение, чтобы тело расслабилось; необходимо максимально снять напряжение, чтобы стало комфортно обоим. Затем к паре подстраивается третий участник (у родителей появляется ребенок). Упражнение идет непросто, у некоторых пар и троек оно получается, у других нет. У некоторых возникает ощущение давления, напряжения.

Упражнение 10 «Младенец»

Это упражнение проводится в виде сценки. Выбираются трое участников. Двое из них – папа и мама, а третий – младенец. Он еще не умеет говорить, а только лежит на спине в кроватке. Он может реагировать только жестами и звуками. Родители нагибаются над ним и играют с ним, кормят его, меняют ему пеленки и т. д., руководствуясь при этом его попытками объяснить, что же он хочет. Через 5 минут участники меняются ролями. В середине одной из ситуаций терапевт может ввести какую-то помеху семейной идиллии, например, звонит телефон или раздается звонок в дверь. Можно выбрать тот момент, когда «младенец» чего-нибудь хочет. После окончания упражнения каждый из «членов семьи» делится впечатлениями – что он думал и чувствовал, как повлияло на него постороннее вмешательство. Затем сценка разыгрывается другими участниками.

Упражнение 11 «Сценки из жизни семьи»

Участники делятся на две подгруппы и по очереди разыгрывают сценки из семейной жизни. Это может быть ситуация из прошлого, из будущего или просто воображаемая ситуация. Можно разыгрывать сценки без слов или со словами. В первом случае больше внимания уделяется мимике и пантомиме, через которые выражаются отношения и чувства. В сценках со словами играющие могут прямо рассказать о своей ситуации, а могут говорить намеками, предоставляя зрителям возможность догадаться, о чем идет речь. Сцена обычно проигрывается на определенном пространстве комнаты, и на нее отводится определенное время. Когда время подходит к концу, терапевт просит играющих остановиться. После проигрывания зрители, а потом терапевт делятся своими впечатлениями. Затем зрители становятся играющими. Участники могут придумать и разыграть сцены на любую тему.

ЭТАП 3

МОДУЛЬ 7. Позаботься о себе сам

Дети, пережившие сексуальное насилие, постоянно испытывают чувство стыда и беспомощности. У них снижена самооценка, им кажется, что они неспособны управлять своей жизнью. Этой теме следует уделить особое внимание, когда дети уже проработали чувства, связанные с сексуальным злоупотреблением, и уже подготовлены к конструктивной работе над самооценкой. Дети предпубертатного возраста должны научиться позитивно воспринимать себя, уважать себя и других и уметь проявлять достаточную твердость.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Помочь детям поверить в свои силы и осознать, что они способны постоять за себя.
2. Помочь им научиться распознавать потенциально опасные ситуации.
3. Помочь осознать необходимость уважения права другого человека на личное пространство.
4. Научить детей быть твердыми в отстаивании своей позиции и говорить «Нет!».
5. Дать детям почувствовать, что каждому из них уделяется внимание, тем самым снижая потребность утверждаться за счет других.

6. Научить детей заботиться о себе и не чувствовать себя жертвой.

7. Формировать навыки общения, учить получать и давать положительную и отрицательную обратные связи, проявляя заботу друг о друге, а не демонстрируя защитное поведение.

8. Уточнить их представления о том, как можно и как нельзя прикасаться к другим.

Примеры практических заданий модуля 7 (4–6 занятий)

Упражнение 1

«Мне нравится в тебе»

Детям предоставляется возможность получить положительную обратную связь от участников группы и дать ее другим людям. Для этого каждый ребенок пишет на отдельных листках по два положительных высказывания в адрес каждого из участников группы и терапевта. Затем ведущие собирают листки и раздают каждому ребенку адресованные ему высказывания. Далее участники группы, включая терапевта, по очереди зачитывают вслух полученные ими положительные высказывания. Ребятам предлагается взять листочки домой и показать их взрослым. Это упражнение обычно очень приятно детям, так как они видят, что нравятся окружающим.

Упражнение 2 «Комплименты»*

Члены группы делятся на две равные части и встают, образуя внутренний и внешний круг, лицом друг к другу. Один из стоящих во внешнем круге говорит стоящему напротив него во внутреннем круге: «Мне нравится, что ты... (положительное качество)». Участник из внутреннего круга отвечает на это: «Да, я (повторяет), и еще я... (добавляет какое-нибудь положительное качество)». Важно, чтобы все говорили искренне. Затем стоящие во внешнем и внутреннем кругах меняются ролями.

«Какие чувства вы испытывали, что было трудным? Трудно или легко отвечать на комплимент? Что больше понравилось – делать комплимент или принимать его? Какие комплименты вам показались необычными?»

Упражнение 3 «Слепой и поводырь»

Эта игра позволяет участнику почувствовать, насколько он может доверять другому человеку и насколько он может брать ответственность на себя. У участников, играющих в паре, могут измениться прежние впечатления друг от друга и улучшиться отношения. Так как это парное упражнение, оно должно проводиться в группе, где агрессивность не слишком высока, иначе участники начинают толкаться, обижать «слепых», и упражнение теряет свой смысл. Детям дается следующая инструкция:

«Разбейтесь по двое. Один из вас двоих надевает повязку на глаза так, чтобы ничего не видеть. Второй будет поводырем. Когда ты поводырь, ты должен провести «слепого» по помещению так, чтобы он чувствовал себя спокойно и уверенно. Это упражнение выполняется молча, без слов».

После выполнения упражнения участники меняются ролями.

«Как ты чувствовал себя, когда был «слепым»? Вел ли тебя твой поводырь бережно и уверенно? Знал ли ты все время, где ты? Как ты себя ощущал в роли поводыря? Что ты делал, чтобы вызвать и укрепить доверие своего партнера? Когда тебе было лучше: когда *ты* вел или когда *тебя* вели?»

Упражнение 4 «Каким я вижу себя»

Каждый ребенок делает из журнальных вырезок коллаж на тему «Каким я вижу себя» и показывает его группе. Дети обсуждают, соответствует ли коллаж их представлению об авторе. Терапевт помогает детям понять, как они сами воспринимают себя и как влияют взрослые на их мнение о себе.

В первой части курса есть аналогичные упражнения, и очень полезно сравнить результаты, чтобы оценить изменение в самовосприятии ребенка.

Упражнение 5

«Как позаботиться о себе»

Терапевт показывает детям видеофильм, в котором рассказывается о потенциально опасных ситуациях – как их предвидеть, как их избегать и как вести себя в таких случаях. Полезно использовать фильмы, в которых дети оказываются в различных угрожающих

ситуациях. Участники группы могут обсудить, какие чувства испытывают дети в этих историях, и вспомнить, не было ли у них похожих переживаний. Затем дети разыгрывают сцены, где они оказываются в ситуации, когда им может угрожать насилие. За основу берутся сцены из фильма или варианты, предложенные терапевтом. Тем самым участники учатся отказывать, искать возможные способы выхода из опасных ситуаций и решают, кому они могли бы рассказать о случившемся. Каждый ребенок должен побывать в роли как жертвы, так и преступника. Значение этих ролевых игр в том, что, как выразился один мальчик, он был бы «слишком испуган в реальной ситуации», но, оказывается, «легко продумать заранее, что надо делать».

Упражнение 6

«Такие разные прикосновения»

Хотя обычно уже маленьких детей учат тому, что прикосновения бывают разными, тем не менее, детям предпубертатного возраста часто трудно понять нюансы этих различий. Например, укол можно воспринимать как «неприятное» прикосновение, но оно не относится к насильственному; в то же время когда мать обнимает сына, это вполне допустимо и приятно, но может возбудить мальчика, и он почувствует себя растерянным и виноватым. Часто встречается ситуация, когда дети вовлекаются в сексуально окрашенные игры, не понимая, что их поведение неадекватно или может привести к злоупотреблению. Предлагаемое упражнение позволяет увидеть и понять ситуации, которые вызывают у детей тревогу.

Дети отвечают на вопросы, какие прикосновения им приятны, а какие – нет. Иногда им сложно в точности определить, как они относятся к тому или иному прикосновению. В анкете оставлено свободное место, куда они могут вписать свои примеры приятных и неприятных прикосновений. Терапевт помогает участникам разобраться в своих ощущениях, научиться отличать прикосновения просто неприятные от прикосновений, ведущих к насилию, и проводит обсуждение того, как определить, приемлемо или нет то или иное прикосновение. Упражнение достаточно сложное, так как ответ на вопрос, является ли данное прикосновение допустимым, зависит от большого количества факторов.

Наконец, терапевт рассматривает способы, с помощью которых дети могут избежать или прекратить те прикосновения, которые им кажутся недопустимыми, неприятными или пугающими. Иногда ребенок признается, что ему неприятно физическое проявление привязанности взрослых. Эту проблему целесообразно проработать на совместном занятии, где терапевт сможет прояснить для всех участников испытываемые ими чувства и обеспечить необходимую поддержку и ребенку, и взрослому.

1. Попросите детей назвать примеры прикосновений и запишите их в первую колонку таблицы. (При желании терапевт может выбрать примеры сексуально окрашенных прикосновений.)

2. Спросите, приятные или неприятные чувства вызывает каждое из названных прикосновений. Запишите их во вторую либо в третью колонку.

Прикосновение	Приятно	Неприятно
Поглаживание	Приятно	Неприятно, если длится слишком долго
Удар		Больно, страх
Объятие	Хорошо	Неприятно, если больше не хочешь
Поцелуй	Приятно	Противно, если не хочешь
Дергать за волосы	Приятно, если в шутку	Подло
Щипок		Неприятно
Щекотка	Возбуждает	Неприятно, если длится слишком долго
Гулять под ручку	Мило, спокойно	Неприятно, если на тебе «висят»
Толкание	Смешно	Неприятно, если больно

Отметьте, что:

- некоторые прикосновения иногда приятны, а иногда – нет;
- это зависит от ситуации, от твоих чувств и от того, кто к тебе прикасается;
- некоторые прикосновения вызывают смешанное чувство: неясно, приятно или нет; иногда впоследствии становится понятно, приятно или нет.

Моменты, на которые нужно обратить внимание, выполняя данное упражнение:

- позаботьтесь о том, чтобы дети приводили примеры как приятных, так и неприятных прикосновений;

- позаботьтесь о том, чтобы детям стало ясно, что одни и те же прикосновения могут иногда вызывать приятное чувство, а иногда – неприятное. (К примеру, тебе всегда неприятен толчок? И всегда приятен поцелуй? Используйте для этого преимущественно примеры из таблицы).

Упражнение 7

«Проявляем твердость характера»

Идея этого задания в том, что каждый ребенок имеет право на справедливое отношение к себе. Терапевты объясняют детям, как лучше поступить, когда их друзья делают или говорят им что-то неприятное. В таком случае следует сказать им о своих чувствах и выйти из неприятной ситуации. Это упражнение дает детям возможность проявить твердость в отношениях со сверстниками, не унижая и не оскорбляя их. Конечно, сначала надо обсудить, как дети относятся к критике: что они чувствуют, когда их критикуют (обиду, злость, отверженность), как они реагируют на критику (обвиняют в ответ, уходят, плачут, не обращают внимания). И конечно же, очень важно научить детей считаться с чувствами приятного или неприятного, возникающими у других, и уважать их. Ниже следуют примеры данных навыков и этапы их достижения.

Как сказать «НЕТ» тому, кто тебя донимает:

- 1) посмотри прямо в глаза;
- 2) скажи спокойно и четко «НЕТ»;
- 3) скажи о том, что тебе неприятно (если надо);
- 4) при повторении скажи еще раз четко «НЕТ», «Перестань!», «Уходи!».

Как реагировать на отказ (если тебе говорят «НЕТ»):

- 1) прекрати свои действия;
- 2) спроси, в чем причина отказа;
- 3) скажи, что тебе досадно;
- 4) спроси о желаниях собеседника или предложи что-нибудь другое.

Как сказать «НЕТ» тому, кого ты хорошо знаешь, если у тебя возникло НЕПРИЯТНОЕ чувство:

- 1) проверь, приятно тебе или нет;
- 2) если тебе НЕПРИЯТНО:
- 3) посмотри прямо в глаза;
- 4) скажи спокойно и четко «НЕТ»;
- 5) объясни, почему ты говоришь «нет»;
- 6) при повторении скажи еще раз четко «НЕТ», «Перестань!» или «Уходи!».

Как противостоять давлению группы (если тебя заставляют делать то, чего ты не хочешь):

- 1) подумай о возможных последствиях;
- 2) проверь, приятно тебе или нет;
- 3) реши, хочешь ли ты, а если не хочешь, то:
 - а) скажи спокойно и четко, что ты не хочешь,
 - б) объясни, почему ты не хочешь;
 - в) при повторении скажи еще раз, что ты не хочешь

Кроме умения научить говорить «нет», очень важно обратить внимание детей на вопрос о том, кто виноват. «Если к тебе прикасаются так, что тебе становится неприятно, ты в этом не виноват. Тебя не имеют права трогать, если ты этого не хочешь. Поэтому всегда можно попросить помощи, если у тебя самого не получается сказать «нет». Продолжай искать, пока не найдешь того, кто тебе действительно может помочь».

МОДУЛЬ 8. Девочки взрослеют

Переход от детства к девичеству для девочек, переживших сексуальное насилие, и для взрослых, несущих за них ответственность, сопровождается дополнительными проблемами; физиологические изменения, характерные для этого периода, заставляют задумываться о половой идентификации, об особенностях своего тела, о менструальных

циклах. С помощью этого модуля девочки и взрослые смогут узнать об особенностях женского полового развития, преодолеть типичные заблуждения и более оптимистично взглянуть на перспективу взросления.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Удовлетворить интерес детей к вопросам о сексе.
2. Предоставить детям достоверную информацию по вопросам полового развития и репродукции.
3. Развеять заблуждения детей о влиянии сексуального насилия на их будущую половую жизнь.

Примеры практических заданий модуля 8 (3 занятия)

Упражнение 1 «Фильм о половом созревании»

Группа девочек просматривает фильм, в котором доступным для возраста языком рассказывается о проблемах полового созревания. Это помогает начать обсуждение данной темы и дает девочкам возможность рассказать о своих страхах оказаться «испорченными» в отличие от «нормальных» детей. Обсуждая фильм, дети обычно делятся своей тревогой по поводу слишком раннего или позднего созревания в сравнении с другими девочками. У них возникают вопросы, касающиеся особенностей мужского и женского полового созревания и взаимоотношений между мужчиной и женщиной.

Упражнение 2 «Вопросы о сексе»

Девочек просят написать на листке вопросы, касающиеся секса и полового созревания, не указывая своею имени. Это позволяет участникам группы задать любые вопросы, не испытывая неловкости и не опасаясь насмешек. Терапевт собирает вопросы и зачитывает их вслух. Участники группы могут отвечать, если они знают ответ, а терапевт дает необходимые пояснения и информацию. Вот несколько наиболее типичных вопросов: «Откуда берутся дети?», «Можно ли забеременеть, не занимаясь сексом⁷», «Что такое противозачаточные меры?», «С какого возраста девушка может заниматься сексом?», «Сможет ли мой парень узнать, что со мной было?», «Я все еще девушка?», «Как люди заболевают СПИДом?», «Что подумают парни, если узнают, что меня пытались изнасиловать?».

Упражнение 3 «Когда я вырасту»

Терапевт вывешивает на большую доску фотографии женщин различных профессий, среди них: врач, медсестра, секретарь, учитель, спортсменка, женщина с ребенком, фотомодель, балерина, музыкантша, работница фабрики. У каждой картинке есть номер, которым пользуется ребенок, заполняя рабочий листок. Задача детей – написать, чем, по их мнению, занимаются эти женщины. Предположения детей могут и не совпадать с вариантами ведущих. Например, терапевт может считать, что картинка женщины с ребенком – это «мама», а девочки обозначают ее как «гувернантка» юти «детский врач».

Детей просят заполнить рабочий листок. Отвечая на его вопросы, девочки задумываются о том, с какими страхами и надеждами связано для них предстоящее превращение в женщину и чего бы они хотели достичь в будущем. Ответы помогают терапевтам вовлечь девочек в дискуссию о том, как они видят свое будущее и как пережитое насилие может повлиять на их взрослую жизнь. Это упражнение дает возможность лучше осознать существующие у детей стереотипные представления о взрослых женщинах и связь существующих стереотипов с собственной половой идентификацией. Кроме того, оно помогает девочкам задуматься о том, какими они видят себя сейчас и как представляют себя в будущем.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК ДЛЯ ДЕВОЧЕК «Когда я вырасту»

1. Чем эти женщины похожи?
2. Чем они непохожи друг на друга?
3. Какие чувства испытывают эти женщины?
4. На кого из них ты хотела бы быть похожим, когда вырастешь?
5. Почему?

6. Как ты думаешь, сможешь ли стать такой женщиной, когда вырастешь?
7. Что тебе нужно сделать, чтобы стать такой женщиной?
8. На кого из них тебе меньше всего хотелось бы быть похожей?
9. Почему?
10. Что может помешать тебе стать такой, как ты хочешь?

МОДУЛЬ 9. Мальчики взрослеют

Изменения, происходящие с мальчиками в предпубертатном возрасте, вызывают у них растерянность и тревогу, однако они не очень охотно задают вопросы о физическом развитии мужчин. У мальчиков, ставших жертвами сексуального насилия, на развивающуюся половую идентификацию и способность общаться со сверстниками влияют чувство вины. Сниженная самооценка и страх, что их будут считать «слабыми», «пассивными» или «голубыми». В этом модуле дается необходимая достоверная информация о естественных изменениях, сопровождающих половое созревание, которая, в частности, должна развеять заблуждения о разрушающем воздействии сексуального насилия на половую идентификацию мальчиков.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Объяснить, что представления о взаимосвязи сексуального насилия и гомосексуализма являются ошибочными.
2. Ослабить чувство стыда за собственную беспомощность в ситуации злоупотребления.
3. Предоставить участникам необходимую информацию о половом развитии.
4. Заострить внимание на тех психологических качествах членов группы, которые способствуют нормальной половой идентификации мальчиков. Это уменьшает количество неадекватных попыток продемонстрировать мужественность.
5. Уделить внимание переживаниям детей, связанным с отношениями между мужчиной и женщиной.

Примеры практических заданий модуля 9 (3 занятия)

Упражнение 1 «Фильм о половом созревании»

Мальчикам показывают фильм о половом созревании и репродукции. В нем должны быть отражены физические изменения внешности подростков и взрослых, физиологическая природа сексуального возбуждения и оргазма, развитие репродуктивной способности. Затем терапевт проводит дискуссию, подробно останавливаясь на половом созревании и подчеркивая, что это естественная стадия развития. Часто в процессе обсуждения всплывают темы, относящиеся к сексуальному насилию, и терапевт должен постоянно помнить о динамике психического состояния у мальчиков, подвергшихся сексуальному насилию, чтобы корректировать терапевтическое воздействие во время работы с данным модулем. Когда на занятии группы мальчик узнал, что эрекция может вызываться как сексуальными, так и нейтральными стимулами, он смог признаться, что испытывал стыд, поскольку во время насилия у него была эрекция. Другой участник сказал, что он вел себя так, будто знал о сексе все, чтобы никто не заподозрил его в том, что он «неженка». Терапевт мог показать связь этих признаний мальчиков со страхом, что их «испортили».

Упражнение 2 «Вопросы о сексе»

После обсуждения фильма участникам предлагается письменно задать еще хотя бы один вопрос о сексе. Мальчикам говорят, что терапевт прочтет эти вопросы и даст на них ответы на следующей неделе. Конфиденциальность и отсутствие жесткой инструкции позволяют выявить область сомнений и конфликтов каждого члена группы. Далее вопросы зачитываются вслух и обсуждаются. Вот примеры наиболее типичных вопросов: «Если секс – это так здорово, почему люди не занимаются им постоянно?», «Обязательно ли людям заниматься сексом, когда они вырастут?», «Почему некоторые парни «голубые»?», «Почему некоторые взрослые занимаются сексом с детьми?», «Все ли насильники «гомики»?». Эти вопросы позволяют терапевтам работать с темами, вызывающими сомнения, например: противоречивые чувства в отношении приятных ощущений, испытанных во время насилия; желание избежать нормального сексуального

развития и интимных отношений; страх превратиться в гомосексуалиста; вытесняемый страх стать насильником. Некоторые члены группы могут допустить, что они готовы совершить насилие в отношении сверстников или детей помладше. У терапевта появляется возможность помочь детям разобраться в чувствах, которые вызывают столь значимые для них темы, и показать, что существование этих чувств вполне естественно. Однако прямое обсуждение с детьми предпубертатного возраста проблем гомосексуальности или насильственных действий может угрожать их системе психологической защиты, которая в этом возрасте еще очень хрупка. Поэтому не следует поднимать подобные вопросы до тех пор, пока кто-либо из членов группы не выскажется открыто на эту тему.

Упражнение 3 «Когда я вырасту»

Терапевт прикрепляет к большой доске фотографии мужчин различных профессий: врач, бизнесмен, учитель, футболист, баскетболист, лыжник, мужчина с ребенком, танцор, музыкант, рабочий, каскадер, солдат и полицейский. У каждой фотографии есть номер, который ребенок может использовать, заполняя рабочий листок. Задача детей – написать, чем, как им кажется, занимаются эти мужчины. Предположения детей могут не совпадать с вариантами терапевта. Например, терапевт может считать, что мужчина, балансирующий на страховке, – строитель-монтажник, тогда как мальчики принимают его за каскадера.

Заполняя рабочий листок, ребята задумываются о том, с какими надеждами и страхами связано для них предстоящее превращение в мужчину и чего бы они хотели достичь в будущем. Опираясь на ответы мальчиков, терапевт предлагает группе обсудить, как каждый из участников видит свое будущее. Следует остановиться на том, как, по их мнению, происшедшее с ними может повлиять на их взрослую жизнь.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ «Когда я вырасту».

1. Чем эти мужчины похожи?
2. Чем они непохожи друг на друга?
3. Какие чувства испытывают эти мужчины?
4. На кого из них ты хотел бы быть похожей, когда вырастешь?
5. Почему?
6. Как ты думаешь, сможешь ли стать таким мужчиной, когда вырастешь?
7. Что тебе нужно сделать, чтобы стать таким мужчиной?
8. На кого из них тебе меньше всего хотелось бы быть похожим?
9. Почему?
10. Что может помешать тебе стать таким, как ты хочешь?

МОДУЛЬ 10. Прощание с группой

Окончание групповых занятий вызывает у детей и взрослых двойственные чувства. С одной стороны, они испытывают облегчение от того, что терапия, участие в которой было не для всех добровольным, завершается и у них появляется возможность «начать жить самостоятельно». С другой стороны, им грустно из-за неизбежного расставания. За время терапии дети и взрослые, как правило, привязываются к группе. Задания этого модуля позволяют детям и взрослым подвести итоги длительной и напряженной работы группы.

Основные задачи этого модуля состоят в следующем:

1. Помочь участникам группы увидеть связь между негативными чувствами, которые у них вызывает предстоящее окончание терапии, и их прошлыми проблемами (личными потерями, социальной изоляцией).
2. Сделать акцент на положительных чувствах, связанных с завершением программы, подготовить членов группы к окончанию групповой работы.
3. Вспомнить, как проходила работа группы, уделяя особое внимание наиболее значимым моментам и личным успехам каждого участника.
4. Определить, с какими участниками группы необходима дальнейшая терапевтическая работа.

Примеры практических заданий модуля 10 (4 занятия) .

Упражнение 1

«С тех пор, как я в группе»

Дети заполняют анкету, цель которой – узнать, что изменилось в их ощущениях и поведении за время прохождения терапии. Терапевты используют ответы детей и свои наблюдения, чтобы оценить индивидуальную динамику каждого участника группы и обеспечить объективную обратную связь. В одной из групп девочка согласилась с утверждением: «Я могу разговаривать с моими родителями». Она молчала четыре года, прежде чем стало известно о том, что ее совратил отец. Теперь же она смогла сразу рассказать матери, что к ней приставал сосед. Эта девочка сказала, что она смогла постоять за себя, потому что больше не чувствовала себя беспомощной, благодаря поддержке и ощущению собственной значимости, которые дала ей группа. Анализируя ответы, терапевт может выявить тех, кто нуждается в дальнейшей терапии.

АНКЕТА «С тех пор, как я в группе»

	Часто	Иногда	Редко	Никогда
Я не боюсь говорить о том, что произошло со мной				
Я могу просить у других то, что мне нужно				
Другим детям нравится играть со мной				
Я чувствую себя в безопасности				
Мне хочется сказать кому-нибудь что-нибудь приятное				
Люди понимают, что я чувствую				
Я могу спокойно разговаривать со своими родителями				
Мне нравится ходить в школу				
Я не боюсь сказать другим, что они меня злят				
Члены моей семьи ладят друг с другом				

Упражнение 2 «Моя группа»

Ребята заполняют рабочий листок. В нем они перечисляют чувства, которые могут возникнуть у них в связи с окончанием терапии, и дают оценку своему опыту работы в группе. Терапевт проводит общую дискуссию, посвященную окончанию группы. Участники обсуждают, что в групповом опыте оказалось для них наиболее полезным и что бы они сделали иначе, если бы сами планировали следующую группу. Обычно дети выражают положительное отношение к группе. Они говорят, что «это было здорово», часто отмечая полученную возможность найти новых друзей и узнать, что и в жизни других детей произошли похожие события, что они не одиноки в своей беде.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК «Моя группа»

1. Мне _____ от того, что скоро работа группы завершится.
2. Самым трудным за время занятий для меня было _____
3. Мне бы хотелось, чтобы _____
4. Для меня участие в занятиях группы стало _____
5. Мне бы хотелось, чтобы _____
6. С одной стороны, я _____ тому, что занятия группы подходят к концу, с другой я чувствую _____
7. То, что я приобрел здесь новых друзей _____
8. Когда я рассказывал(а) группе о том, что произошло со мной, я _____ и _____
9. Если бы я был(а) ведущим группы, я бы _____ чаще и реже _____
10. Еще я хотел (а) бы сказать всем участникам нашей группы, что _____

Упражнение 3 «Фильм о моей жизни»

Этому упражнению можно уделить не одно, а два или даже три занятия. Детям дается следующая инструкция:

«Представьте себе всю вашу будущую жизнь как художественный фильм, в котором

вы играете. Каждый из вас – и сценарист, и режиссер, и исполнитель главной роли. Вам решать, о чем этот фильм, вам выбирать, какие в нем будут действовать персонажи, где будут происходить события.

Нарисуйте на бумаге портрет героя будущего фильма, но не обычный автопортрет, а портрет того, кем бы вы хотели стать. При этом не важно, будет ли этот рисунок выполнен в реалистической, абстрактной или в какой угодно другой манере. Важно, чтобы он отражал вас таким, каким вы хотели бы видеть себя в будущем.

Отдохните немного и посмотрите на рисунок. Скажите себе: «Это я. Такой, каким я сделал себя сам. Нравлюсь ли я себе таким?» Если нет или не совсем, все можно исправить. Внесите необходимые изменения, уберите ненужное, добавьте детали. Сделайте все, чтобы вы были довольны. Не торопитесь.

Теперь вы нравитесь себе? Тогда опишите словами то, что вы вложили в портрет себя в будущем.

Наш герой готов к действиям. Пора сочинять сценарий, режиссировать, ставить фильм. Пусть этот сценарий начнется с самого ближайшего будущего, лучше всего – с завтрашнего дня. Придумывайте, что хотите; главное условие – это должен быть фильм про победителя.

Конечно, я не предлагаю вам придумать фильм, где у героя все только хорошо, очень хорошо или просто замечательно. Такого не может быть в реальной жизни, и смотреть такой фильм будет невыносимо скучно. Пусть в вашем сценарии будут и неудачи, и провалы, но это значит, что вы должны придумать самые интересные пути преодоления жизненных трудностей. Если вы выберете для сценария путь избегания трудностей, то фильма про победителя не получится.

Запишите этот сценарий и вспоминайте его почаще. Вспоминайте о том, что у вас есть возможность творить свою жизнь и самого себя».

Упражнение 4

«Я - подарок для человечества»

Детям дается следующая инструкция:

«Каждый человек – это уникальное существо. И верить в свою исключительность необходимо любому из нас. Подумайте, в чем состоит ваша исключительность, уникальность. Подумайте над тем, что вы действительно являетесь подарком для человечества. Аргументируйте свое утверждение, например: я подарок для человечества, потому что я...».

Упражнение 5 «Машина времени»

Терапевт предлагает участникам поговорить об их жизни и пофантазировать о том, что можно было бы сделать иначе, представить, что они перенеслись в какое-то время своей жизни, которое им бы хотелось изменить. Участникам предлагается зарисовать это событие так, как оно могло бы произойти, включая те действия, которые им следовало бы сделать, чтобы добиться другого развития событий.

Во время обсуждения каждый ребенок сначала рассказывает о реальном событии из своего прошлого, а затем описывает, каким образом он изменил это прошлое. Остальные участники обсуждают различные пути изменения его прошлого.

Упражнение 6 «Прощание»

Дети получают бланки прощальных писем каждому участнику группы и терапевту и заполняют их. Терапевт тоже пишет каждому ребенку письмо, в котором подчеркивает его успехи и достижения в процессе терапии. Затем письма раздаются адресатам, и каждый зачитывает их вслух всей группе. Детям очень важно знать, что к ним хорошо относятся, их ценят и что кому-то их будет не хватать. Некоторые дети выражают желание написать прощальные письма тем участникам группы, которые перестали посещать занятия раньше срока. Следует поддержать это стремление детей и заверить их, что письма будут отправлены.

РАБОЧИЙ ЛИСТОК «Прощальное письмо»

Дорогой (ая) _____ мы провели вместе достаточно много времени.

Когда я впервые встретил(а) тебя _____,

но после того, как я познакомился(ась) с тобой поближе,

я _____

То, что ты был(а) вместе с нами на занятиях

группы _____, и мне будет

не хватать, _____

Я рад(а), что ты был(а) с нами в группе, потому что _____ и хочу поблагодарить тебя за _____

Надеюсь, что _____

P.S.

Упражнение 7 «Прощальная вечеринка»

На последнем занятии проводится прощальная вечеринка. Лучше, чтобы дети сами продумали программу и меню. В конце мероприятия детям раздают их личные папки, в которых находятся все задания, выполненные за время терапии. Терапевт может подарить каждому ребенку недорогой подарок.

ГЛАВА 7 СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Самоубийство (суицид) – это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления (Кондратенко, 1999). К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.). К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. По другой классификации, выделяют самоубийства (истинные суициды), пара-суициды (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти), пресуициды (состояние личности, обуславливающее повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта) (Кондратенко, 1999). Суициды условно подразделяются на истинные, когда целью выступает желание человека лишиться себя жизни, и демонстративно-шантажные, которые применяются для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения.

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о **психологическом кризисе**. В данном случае под кризисом понимается эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта (Farberow, 1980).

Таким образом, психологический кризис рассматривается как внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами. А. Г. Амбрумова считает, что психологический кризис вызывается фрустрацией важнейших потребностей индивидуума и специфической личностной реакцией на эту фрустрацию. По мнению автора, «суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования будущего (т.е. степенью безнадежности)» (Амбрумова, Тихоненко, 1980).

В литературе часто встречаются термины «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью ауто-агрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В современной литературе, особенно западной, также широко распространены понятия «аутодеструктивного», или «саморазрушительного», поведения.

Психологическая – душевная – боль, вероятно, является общим признаком тяжелых кризисных состояний. Непереносимость душевной боли приводит к стремлению прекратить ее любым путем, и суицид может казаться человеку, находящемуся в кризисном состоянии, единственным способом избавления и разрешения всех проблем.

Согласно социологической теории самоубийства Э. Дюркгейма (Дюркгейм, 1994) суицидальные мысли появляются прежде всего в результате разрыва интерперсональных связей личности, отчуждения индивида от той социальной группы, к которой он принадлежит. В соответствии с его взглядами, существует три основных вида суицидов. Многие акты самоубийства являются эгоистическими, и саморазрушение в этих случаях обусловлено тем, что индивид чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей. Вторым типом являются аномические самоубийства, как следствие неудач в приспособлении человека к изменениям в обществе, приводящим к нарушению взаимосвязи личности и социальной группы. Они резко учащаются во время общественно-экономических кризисов, но сохраняются и в периоды социального процветания, когда быстрое повышение благосостояния вызывает необходимость адаптации к новым, отличным от прежних условиям жизни. Последний вид самоубийства Э. Дюркгейм называл альтруистическим. Это суицид, который совершается человеком, если авторитет социума или группы подавляет его собственную эго-идентичность и он жертвует собой во благо общества, ради какой-либо социальной, религиозной или

философской идеи.

Представления З. Фрейда о суициде основаны на концепции двух основных влечений человека: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти. Континуум человеческой жизни является полем битвы между ними. Человек не только хочет жить, быть любимым и продолжить себя в своих детях – бывают периоды или состояния души, когда желанной оказывается смерть. С возрастом сила Эроса убывает, а Танатос становится все более сильным, напористым и реализует себя полностью, лишь приведя человека к смерти. По Фрейду, суицид и убийство являются проявлениями разрушительного влияния Танатоса, то есть агрессией (Моховиков, 20016).

Основатель индивидуальной психологии А. Адлер полагал, что быть человеком означает, прежде всего, ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в стремлении к цели, которая может не осознаваться, но направляет все поступки индивида и формирует жизненный стиль. Чувство неполноценности возникает в раннем детстве и основано на физической и психической беспомощности, усугубляемой различными недостатками. Для человека экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми. Поэтому в течение всей жизни он находится в поиске преодоления комплекса неполноценности, его компенсации или сверхкомпенсации. Этот поиск реализуется в стремлении к самоутверждению, власти, которая становится движущей силой человеческого поведения и делает жизнь осмысленной.

Однако этот поиск может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается «бегство» в суицид. Утрачивается чувство общности; между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», оправдывающая непереносимость трудностей; в сфере эмоций возникает нечто, напоминающее «предстартовую лихорадку», с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения. А. Адлер подчеркивал, что, поскольку человеку свойственно внутреннее стремление к цели, чаще всего бессознательной, то, зная последовательность поступков в случае аутоагрессии, ее можно предотвратить.

Последователь школы психоанализа американский ученый К. Меннингер развил представления З. Фрейда о суициде, исследовав его глубинные мотивы. Он выделил три составные части суицидального поведения. По его мнению, для того чтобы совершить самоубийство, необходимо:

- желание убить – суициденты, будучи в большинстве своем инфантильными личностями, реагируют яростью на помехи или препятствия, стоящие на пути реализации их желаний;
- желание быть убитым – если убийство является крайней формой агрессии, то суицид представляет собой высшую степень подчинения: человек не может выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни;
- желание умереть – оно распространено среди людей, склонных подвергать свою жизнь необоснованному риску, а также среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.

Таким образом, если у человека возникают сразу три описанных К. Меннингером желания, суицид превращается в неотвратимую реальность, а разнесение данных желаний во времени обуславливает более мягкие проявления аутоагрессивного поведения.

К. Г. Юнг, касаясь проблемы самоубийства, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать причиной суицида. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы:

- метемпсихоза (переселения душ), когда жизнь человека продлевается чередой различных телесных воплощений;
- перевоплощения, предполагающего сохранение непрерывности личности и новое рождение в человеческом теле;
- воскрешения-восстановления человеческой жизни после смерти в состоянии так

называемого «тонкого тела»;

- возрождения-восстановления в пределах индивидуальной жизни с превращением смертного существа в бессмертное;
- возрождения путем трансформации, происходящей вне личности.

Архетип возрождения несет в себе образ награды для человека, находящегося в условиях невыносимого существования, и связан с архетипом матери, который влечет человека к метафорическому возвращению во чрево, где можно обрести долгожданное чувство безопасности.

Карен Хорни в русле психодинамического направления и эго-психологии полагала, что при нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный так называемой базисной тревогой. Она появляется еще в детском возрасте из-за ощущения враждебности окружения. Кроме тревожности, в невротической ситуации человек чувствует одиночество, беспомощность, зависимость и враждебность. Эти феномены могут стать основой суицидального поведения (например, детская зависимость взрослого человека с глубоким чувством неполноценности и несоответствием образу идеального Я или социальным стандартам). Враждебность при конфликте актуализирует, как считала К. Хорни, «разрушительные наклонности, направленные на самих себя». Они не обязательно принимают форму суицидального поведения, но могут проявляться в виде презрения, отвращения или глобального отрицания. Они усиливаются, если внешние трудности сочетаются с эгоцентрической установкой или иллюзиями человека. Тогда враждебность и презрение к себе и другим людям могут стать настолько сильными, что собственная смерть становится привлекательным способом мести. В ряде случаев именно добровольная смерть представляется единственным способом утвердить свое Я. Покорность судьбе, при которой аутодеструктивность является преобладающей тенденцией, К. Хорни также рассматривала как латентную форму самоубийства.

Американский психоаналитик Гарри Стэк Салливэн рассматривал суицид с точки зрения собственной теории межличностного общения. Самооценка индивида создается главным образом из отношения к нему других людей. Благодаря этому у него могут сформироваться три образа Я: «хорошее Я», если отношение других обеспечивает безопасность, «плохое Я», если окружение порождает тревогу или другие эмоциональные нарушения; кроме того существует и третий образ «не-Я», возникающий, если человек утрачивает эго-идентичность, например при душевном расстройстве или суицидальной ситуации. Жизненные кризисы или межличностные конфликты обрекают индивида на длительное существование в образе «плохого Я», которое является источником мучений и душевного дискомфорта. В этом случае прекращение страданий путем совершения аутоагрессии и превращения «плохого Я» в «не-Я» может стать приемлемой или единственно возможной альтернативой. Но этим же актом человек одновременно заявляет о своей враждебности к другим людям и миру в целом.

Роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения подчеркивалась и представителями гуманистической психологии (Р. Мэй, К. Роджерс и др.). Для Ролло Мэя тревога являлась не только симптомом для клинициста, но и экзистенциальным проявлением бытия и важнейшей конструктивной силой в человеческой жизни. Он считал ее переживанием «встречи бытия с небытием» и «парадокса свободы и реального существования человека».

Карл Роджерс полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении Я, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура Я является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаемый как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. Когда человек не признает его, он как бы заключает себя в темницу. Тогда нежеланный опыт отчуждается от Я, в силу чего теряется контакт с реальностью. Таким образом Я, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии полностью теряет доверие к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества. Утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что порождает суицидальные

тенденции.

Основоположник и классик логотерапии Виктор Франкл рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: он терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав свою ограниченность, переносить неудачи и страдания. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и утверждал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете самоубийца не боится смерти – он боится жизни, считал В. Франкл.

Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Он тщательно исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Эти особенности отражены в созданной им оригинальной типологии индивидов, которые, нередко сознательно, сами приближают свою смерть. К ним относятся:

- искатели смерти, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;
- инициаторы в смерти, намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- игроки со смертью, склонные искать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается низкой вероятностью;
- одобряющие смерть, то есть те, кто, не стремясь активно расстаться с жизнью, вместе с тем не скрывают своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Э. Шнейдман описал и выделил общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств и методов их совершения (Шнейдман. 2001):

- 1) Общей целью для суицида является поиск решения.
- 2) Общей задачей суицида является прекращение сознания.
- 3) Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль.
- 4) Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
- 5) Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.
- 6) Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
- 7) Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
- 8) Общим действием при суициде является бегство (агрессия).
- 9) Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.
- 10) Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.

Вместе с Н. Фарбероу Э. Шнейдман ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов), значительно углубивший понимание психодинамики самоубийства. На основе этого метода им были выделены три типа суицидов:

- эготические самоубийства; причиной их является интрапсихический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют лишь дополнительную роль; например, самоубийства психически больных, страдающих слуховыми галлюцинациями;
- диадические самоубийства, основа которых лежит в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому человеку; таким образом, внешние факторы доминируют, делая этот поступок актом отношения к другому;
- агенеративные самоубийства, при которых причиной является желание исчезнуть

из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом, например, суициды в пожилом возрасте.

В последних работах Э. Шнейдман подчеркивает важность одного психологического механизма, лежащего в основе суицидального поведения, – душевной боли (psychache), возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Н. Фарбероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Его подход позволяет шире взглянуть на проблему, рассматривая не только завершённые самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудо-голизм, делинквентные поступки, неоправданную склонность к риску, неадекватный азарт и т. д. Этот подход позволил Н. Фарбероу разработать принципы современной профилактики самоубийств. Кроме того, Н. Фарбероу занимается исследованиями психологии «оставшихся в живых» (survivors) – незадачливых самоубийц, а также родственников и друзей тех, кто покончил с собой.

Таким образом, практически всеми исследователями самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической **дезадаптации** личности в условиях переживаемых ею конфликтов. При этом суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями субъекта, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей. Понятие **предиспозиционной** дезадаптации включает в себя снижение социально-психологической адаптированности личности в виде предрасположенности, готовности к совершению суицида. В условиях предиспозиционной дезадаптации происходит социально-психологическая дезадаптация личности, что проявляется в нарушениях поведения и различных психоэмоциональных сдвигах. При переходе предиспозиционной стадии дезадаптации в суицидальную решающее значение имеет конфликт, который понимается как сосуществование двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых составляет актуальную для личности потребность, другая – преграду на пути ее удовлетворения (Соловьева, 2003).

Суицидогенный конфликт может быть вызван реальными причинами (у практически здоровых лиц), так и может заключаться в дисгармоничной структуре личности либо иметь психотический генез. Независимо от характера причин, конфликт для субъекта всегда реален и поэтому сопровождается интенсивными тягостными переживаниями, как правило, с депрессивной окраской. Конфликтная ситуация подвергается личностной переработке, в процессе которой конфликт разрешается. При его субъективной неразрешимости обычными, известными, приемлемыми для личности способами в качестве пути разрешения может использоваться суицид.

А. Г. Амбрумова (1991), характеризуя суицидальное поведение, выделяет **6 типов ситуационных реакций**:

1. *Реакции эмоционального дисбаланса*. Они характеризуются отчетливым превалированием гаммы дистимических изменений. Общий фон настроения снижен. Человек ощущает дискомфорт той или иной степени выраженности. При этом характерно нерезкое повышение уровня тревожности.

2. *Пессимистические ситуационные реакции* выражены в первую очередь изменением мироощущения, мрачной окраской мировоззрения, суждений и оценок, видоизменением и переструктурированием системы ценностей.

3. *Реакции отрицательного баланса* – это ситуационные реакции, содержанием которых является рациональное «подведение жизненных итогов», оценка пройденного пути.

4. *Ситуационная реакция демобилизации* – отличается наиболее резкими изменениями в сфере контактов: отказом от привычных контактов или значительным их ограничением.

5. *Ситуационная реакция оппозиции* характеризуется выражением экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности.

6. *Ситуационная реакция дезорганизации* содержит в своей основе тревожный компонент.

Описывается **пять видов суицидального поведения** в соответствии с доминирующими мотивами: протест; призыв к состраданию, сочувствию; избегание физических или душевных страданий; самонаказание и отказ от жизни (капитуляция) (Соловьева, 2001).

7.1 ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

На вероятность совершения суицидальных действий влияют самые разнообразные факторы: индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и уровень употребления психоактивных веществ, время года и т.д. С определенной долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, медицинские, природные, индивидуально-психологические.

7.1.1 Социально-демографические факторы

Возраст. Суицидальные акты встречаются практически в любой возрастной группе. Так, имеются данные о суицидальных попытках у детей 3–6 лет, хотя суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко (Клиническая психиатрия, 1994). Чаще всего молодежь совершает суициды в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемым именно в этом возрасте.

Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40–60 лет. Помимо психологических проблем, для этого возраста характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией – самым частым психическим расстройством этого периода. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Третий пик суицидального риска приходится на старых людей, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции.

Пол. Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид чаще носит завершённый характер. Так, соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2-3:1, но по количеству суицидальных попыток, самоубийств и актов самоповреждений, взятых вместе, мужчины опережают женщин.

Образование и профессия. Чаще всего суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Самый большой суицидальный риск у врачей, среди которых первое место занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. В группу риска входят также музыканты, юристы, низшие офицерские чины и страховые агенты (Каштан, Сэдок, 1994).

Уровень парасуицидов выше среди лиц со средним образованием и невысоким социальным статусом.

Место жительства. Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств. Даже в пределах одного города частота завершённых самоубийств выше в центральной его части, а незавершённых – на окраинах. По последним данным, в нашей стране частота суицидальных случаев в городской и сельской местности примерно одинакова.

Семейное положение и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Предлагается также следующая градация риска: наибольшему риску суицида подвергаются люди, которые никогда не состояли в браке, вслед за ними – овдовевшие и разведенные; далее – состоящие в бездетном браке; и наконец, супружеские пары, имеющие детей.

Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приемных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи. Суицидоопасные состояния, в частности, легче возникают в семьях дезинтегрированных (отсутствие эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (рассогласование целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых (ограниченное число социальных связей у членов семьи).

Родительские семьи суицидентов характеризуются аффективным беспорядком отношений и открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера. У отцов преобладают шизоидные и эпилептоидные черты, часто сопровождающиеся чужаковатостью, жестокостью, безразличием. Все это порождает холодную атмосферу в семье, запущенность детей, их психологическую дистанцию от родителей. В связи с занятостью собственными, чаще личными, переживаниями в такой семье можно наблюдать отсутствие тепла, равнодушие и лишь формальную заинтересованность родителей делами детей. Иногда родители проявляют открытый негативизм. В отрочестве, в ситуации разрушенной семьи, нередки повышенно жесткие требования, предъявляемые ребенку одним из родителей. Для суицидентов характерно постоянное чувство отсутствия заботы окружающих.

Два обстоятельства в семье имеют наиболее тесное отношение к последующей аутоагрессии: (а) ранние утраты: де-привация, связанная со смертью, уходом из семьи или разводом родителей искажает психическое развитие детей; (б) дисгармоничное воспитание: хроническая конфликтно-деструктивная атмосфера в семье приводит к возникновению отрицательных образов родителей. Отвержение матерью, жестокое обращение отца, предпочтение, оказываемое другому ребенку, несомненно, усиливают суицидальные тенденции.

Социально-экономические факторы. В периоды войн и революций число самоубийств значительно уменьшается, а во время экономических кризисов увеличивается (Клиническая психиатрия, 1998). По данным ВОЗ 1960 года, частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны. Самоубийства случаются как среди бедных, так и среди богатых людей, при этом последние более остро реагируют на финансовые потери, связанные с кризисом.

При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие биографические факторы (Ромек и др., 2004).

- Гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола и взрослые мужчины).
- Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.
- Суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (религиозные лидеры, кумиры поп-культуры и т. д.).

7.1.2 Индивидуально-психологические факторы

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Однако поиски связей между отдельными чертами личности и готовностью к суицидальному реагированию, как и попытки создания однозначного «психологического портрета суицидента», не дали результатов. Решающими в плане повышения суицидального риска, вероятно, являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью.

Выявлен ряд predisponирующих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие (Короленко, Донских, 1990)

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентации.

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера (Личко, 1977, Юрьева, 1999):

Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности

Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интра-пунитивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.

Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунитивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.

Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.

Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов (Моховиков. 2001а):

1. Импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. Кэмпulsive: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. Рискующий: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. Регрессивный: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.

5. Зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. Амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.

7. Отрицающий: преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. Гневный: затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.

9. Обвиняющий: убежден в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. Убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации.

11. Бесчувственный: притупление эмоциональных переживаний.

12. Заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.

13. Творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание

морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальное поведение в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т.п.).

7.1.3 Медицинские факторы

1. Психическое здоровье. Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровыми;
- лицами с пограничными психическими расстройствами;
- психически больными.

Психическая патология может выражаться в:

- депрессии, особенно опасен затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;
- алкогольной зависимости;
- зависимости от других психоактивных веществ;
- шизофрении;
- расстройстве личности.

Выделяют следующие варианты суицидального поведения у психически больных:

Ситуационный (психогенный), при котором суицидальные тенденции возникают в результате взаимодействия психогенных и личностных факторов, а психическое заболевание выступает в роли патопластического фактора.

Психотический (психопатологический), при котором суицидальные проявления обусловлены психопатологическими проявлениями болезни и реакцией на них пациента. Ситуационные факторы носят второстепенный характер и выступают в роли катализатора.

Смешанный, при котором и ситуационный и психопатологический механизмы в равной степени участвуют в формировании аутоагрессивного поведения.

2. Соматическое здоровье – наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания:

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

7.1.4 Природные факторы

В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. По-видимому, данная закономерность не распространяется на лиц, находящихся в условиях изоляции, и больных с тяжелыми соматическими заболеваниями. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник и постепенное снижение к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы. Авторы, изучавшие зависимость между географической широтой, фазой Луны, изменением интенсивности земного магнетизма, количеством пятен на Солнце и частотой суицидальных актов, не обнаружили влияния данных факторов на суицидальное поведение.

Ряд авторов при оценке риска суицидальной попытки после парасуицида (Bradley, 1995) предлагают учитывать следующие факторы:

Внешние обстоятельства:

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

Внутренние установки:

- верил ли суицидент в то, что действительно убьет себя;
- говорил ли, что хочет умереть;
- насколько предумышленной была попытка;
- какие чувства испытывал, обнаружив, что попытка не удалась (его спасли) – радость, сожаление, гнев (Вой-цех, 2002).

Естественно, что суицид всегда индивидуален. Не существует единой причины или группы причин самоубийства. Однако вычлеляется ряд прогностических критериев, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз в отношении суицидального риска. Все факторы разделяются на санкционирующие и лимитирующие суицидальное поведение, они представлены в таблице 7.1.

Таблица 7.1.

Прогностические критерии суицидального риска (Юрьева, 1998)

Признаки Санкционирующие		Лимитирующие
Возраст	Подростковый, зрелость (40–50 лет), пожилые	Детский, до 40 лет
Пол	Мужской	Женский
Раса	Белая	Не белая
Семейное положение	Разведенные, вдовы, одинокие (после 40 лет)	Семейные (женатые)
Социально-экономическое положение	Периоды экономической депрессии, резкое изменение национальной мотивации и социокультурных условий, эмиграция	Периоды высокой занятости, войн, революций
Занятость	Безработные, пенсионеры, заключенные	Работающие
Признаки Санкционирующие	Санкционирующие	Лимитирующие
Профессия	Врачи (особенно психиатры, анестезиологи, офтальмологи, стоматологи), юристы, музыканты	
Время года	Теплое (апрель-сентябрь)	Холодное (октябрь-март)
Физическое здоровье	Наличие хронических заболеваний, ведущих к инвалидизации, и фатальные болезни (напр СПИД, онкозаболевания)	Удовлетворительное
Суицидальное поведение в прошлом	Да, особенно суицидоопасны первые 3–6 мес после совершения суицидальной попытки	Нет
Заявление о суициде	Да (свыше 50% суицидентов говорили о своем намерении)	Нет
Лечение в психиатрической больнице	Да	Нет
Наследственная отягощенность	Да	Нет
Особенности личности	Эмоциональная лабильность, повышенная напряженность потребностей, низкая способность к формированию компенсаторных механизмов, низкая самооценка, неумение ослабить фрустрацию, импульсивность, эксплозивность, демонстративность	Психастеники, шизоиды
Психическое состояние	Наличие психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, опиаты, барбитураты, галлюциногены), аффективные расстройства настроения, шизофрении, ПТСР, а также расстройства личности, сопровождающиеся агрессивным поведением, вспышками возбуждения и насилия	Без психических расстройств
Признаки Санкционирующие	Санкционирующие	Лимитирующие
Психопатологические синдромы	Депрессивный (особенно с идеями самоуничужения и самообвинения), депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, тревожно-фобический, галлюцинаторно-параноидный с императивными вербальными галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации	астенический, ипохондрический, маниакальный, апато-абулический, онейроидный, паранойяльный бред сутяжничества, реформаторства и изобретательства
Медикаментозные средства	Потенцирующие развитие депрессии, кортикостероиды, резерпин, аггипертензивные (пропранолон), аминазин, некоторые противораковые и противозачаточные препараты	

7.2 ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

7.2.1 Ситуационные индикаторы

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека, особенно супруги или супруга; развод; потеря работы; уход на пенсию; сексуальное насилие; денежные долги; потеря высокого поста; профессиональная несостоятельность; раскаяние за совершенное убийство или предательство; угроза тюремного заключения или смертной казни; угроза физической расправы; получение тяжелой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; нервное расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена или уход (мужа, жены; жениха, невесты); ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; политическая смерть; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.

7.2.2 Поведенческие индикаторы суицидального риска

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- зскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- «приведение дел в порядок» (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей);
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- нарушения дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе, на работе или службе;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- приобретение средств для совершения суицида.

7.2.3 Коммуникативные индикаторы

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- сообщение о конкретном плане суицида,
- самообвинения,
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь

7.2.4. Когнитивные индикаторы

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;

– наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

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

7.2.5 Эмоциональные индикаторы

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии: (а) приступы паники, (б) выраженная тревога, (в) сниженная способность к концентрации внимания и воли, (г) бессонница, (д) умеренное употребление алкоголя и (е) утрата способности испытывать удовольствие;
- несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

7.3 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ КЛИЕНТОВ

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40% – в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30% так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов (Моховиков, 2001а):

I. Этап суицидальных тенденций. Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется **превенция** суицида, то есть его предотвращение на основании распознавания психологических или социальных предвестников. Главный смысл превентивных мер состоит в том, чтобы убедить общество, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходяще и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у окружающих будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

II. Этап **суицидальных** действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под **суицидальной попыткой** понимается сознательное стремление лишиться себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца. Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленные на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название **парасуицида**. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но есть случаи, когда человек гибнет, потому что «переиграл». Суицидальные тенденции могут также привести к **завершенному суициду**, результатом которого является смерть.

На этом этапе осуществляется процедура **интервенции**. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий **суицид** для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в

том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

III. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются **поственция** и **вторичная превенция** суицидального поведения.

Поственция – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения. Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида.

Они решаются путем использования таких стратегий, как: (а) психологическое консультирование; (б) кризисная интервенция; (в) поиск систем поддержки личности в обществе; (г) образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; (д) поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе. Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

Для осуществления превенции самоубийств ВОЗ предлагает использовать три концептуальные модели (Моховиков, 2001а):

Медицинская модель превенции рассматривает попытку суицида прежде всего как крик о помощи, к которому приводят эмоциональные расстройства и психологический кризис. Консультирование, медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижающие уровень аутоагрессии, являются основными задачами этой модели.

Социологическая модель ориентирована на идентификацию факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями.

Экологическая модель предусматривает исследование связи суицида с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте. Реализация этой модели состоит, прежде всего, в контроле и ограничении доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов. Осознание их может удержать консультанта от многих ошибок.

Мифы и факты о суициде (Моховиков, 2001а):

1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

3. Миф. склонность к самоубийству наследуется. Склонность к самоубийству не передается генетически.

4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т.п.

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

5. Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.

Не все люди, совершающие суицид, психически больны

Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной.» Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.

подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины.

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.

В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

12. Миф: не существует значимой связи между суицидом и наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

13. Миф: суицид – редкое явление.

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

14. Миф: Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

При обращении суицидального клиента вначале задача консультанта сводится к тому, чтобы «оттянуть время» и дождаться окончания опасного периода. Если суицидент в полной мере вовлечен в терапевтический процесс, у него возникает желание узнать, куда ведет его консультант, и он может решить «повременить» с исполнением своих суицидальных намерений. Поэтому необходимо постоянно пробуждать и поддерживать у суицидента интерес к терапии. При этом крайне важно соблюдать принцип

непрерывности терапии и обеспечивать преемственность содержания сессий. Чтобы перекинуть мостик от одной сессии к другой, терапевт может, например, вызвать у суицидента какой-то вопрос и отреагировать на него приблизительно так: «Вы затронули очень интересную тему. У меня есть некоторые соображения на этот счет, но я расскажу вам о них на следующей сессии. Может, и вы вкратце запишете, что вы думаете по этому поводу?»

Наиболее эффективный подход заключается в том, чтобы побудить суицидента к объективному анализу своих суицидальных желаний и подвести его к осознанию того, что эти желания могут оказаться безосновательными; таким образом терапевт может создать у суицидента мотивацию к продолжению исследования.

При первой встрече терапевт преследует несколько целей:

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

Эмпатический контакт предполагает, в первую очередь, безоценочное слушание, поддержку суицидента в его пусть пока еще небольшом желании выговориться; поэтому терапевт не форсирует события и задает далеко не все необходимые вопросы, то есть полученная от суицидента информация на данный момент является весьма неполной.

Необходимо понять, в какой степени суицидент будет сотрудничать с консультантом, другими словами – «бороться за свою жизнь» в процессе кризисной интервенции. Если консультант-психолог понял, что имеет дело с депрессивным суицидентом, ему следует предложить консультацию психиатра для решения вопроса о лечении. Это не значит, что консультант отказывает суициденту в кризисной помощи. Консультант делает все возможное и зависящее от него, чтобы помочь суициденту выжить, значит, он отвечает за то, чтобы суицидент был проинформирован обо всех формах необходимой ему помощи. Необходимость в медицинской помощи возрастает при ажитированной депрессии, а также на выходе из депрессивного состояния, когда повышается активность суицидента, а его эмоциональное состояние остается подавленным.

Поиски альтернатив должны проводиться совместно с суицидентом. Задачей номер один является выработка конкретного плана действий. Особенно важно обсудить, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время.

В дальнейшем направление и методы терапевтического вмешательства будут зависеть от того, какие мотивы лежат в основе суицидального поведения клиента.

Наиболее общими направлениями в работе с суицидальными клиентами являются следующие (Бек, 2003).

Исследование мотивов суицида. Перед терапевтом (консультантом) стоит задача понять, какими мотивами руководствуется клиент, совершивший суицидальную попытку или вынашивающий подобные планы.

Депрессивные суициденты чаще всего обосновывают свои суицидальные желания двумя категориями мотивов. Одни решаются на самоубийство, желая положить конец своим страданиям и видя в самоубийстве единственно возможный способ избавиться от тягостного напряжения. Эти суициденты обычно говорят о «невыносимости» и «бессмысленности» жизни, о том, что они устали от «постоянной борьбы».

Другие суициденты признаются, что пошли на этот шаг в надежде добиться желаемого от окружающих. Кто-то пытается таким образом вернуть любовь или расположение эмоционально значимого человека, другие хотят показать близким, что нуждаются в помощи, третьи просто желают попасть в больницу, чтобы вырваться из «невыносимой» обстановки. Довольно часто наблюдается одновременное присутствие обоих мотивов, а именно: мотива бегства от жизни и манипулятивных стремлений. У суицидентов с преимущественно ма-нипулятивной мотивацией суицидальные попытки обычно носят менее серьезный характер.

На вопрос о том, чем вызвано желание покончить с собой, суицидальные клиенты

обычно дают следующие ответы.

1. Жизнь не имеет смысла. Мне нечего ждать от жизни.
2. Я не могу больше жить. Я никогда не буду счастлив.
3. Это единственная возможность положить конец страданиям.
4. Я стал обузой для семьи. Им будет лучше без меня.

Все эти утверждения так или иначе связаны с чувством безысходности. Человек не видит выхода из невыносимой для него ситуации и считает, что только самоубийство освободит его от груза «неразрешимых» проблем.

Оценка риска самоубийства. Так называемая «оценка риска самоубийства» предлагает психологу/психотерапевту упорядоченный метод оценки суицидальной опасности, объединяющий и уравнивающий достоверный клинический материал из анамнеза суицидента, данные относительно его заболевания и оценку психического состояния в настоящее время.

Оценивая степень суицидального риска в настоящий момент и в перспективе, необходимо анализировать информацию о человеке с учетом перечисленных выше факторов и индикаторов. Основой для оценки суицидального риска является интервью с клиентом и последующий анализ позиций данного интервью. Сделанный вывод можно проверить, воспользовавшись шкалой оценки угрозы суицида (таблица 7.2.), разработанной Американской ассоциацией превенции суицидов. Шкала предназначена для экспресс-диагностики, поэтому, по возможности, все же лучше определять степень суицидального риска, используя детальный анализ состояния пациента, факторов и индикаторов суицидального риска.

Таблица 7.2.

Шкала оценки угрозы суицида (Ромек и др., 2004)

Пол	Мужской	
Возраст	12–24, 45 и выше	
Депрессия	Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время	
Предыдущие попытки	Да	
Зависимость от психоактивных веществ	Да	
Потеря рационального мышления	Иррациональное мышление, психотическое состояние	
Нехватка социальной поддержки	Нет семьи, друзей, круга общения	
Конкретный план	Время, место, способ	
	Летальность данного способа исполнения	
	Легкость его исполнения	
Отсутствие супруга (близкого человека)	Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно	
Пол	Мужской	
Болезни	Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности с плохим медицинским прогнозом	
ИТОГО		
ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0–2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска 1
3–4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенция и поддержка
5–6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная интервенция
7–10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная интервенция

В работе (Молтсбергер, 2003) предлагается оценивать степень суицидального риска на основе пяти компонентов" 1) предшествующая попытка суицида; 2) суицидальная угроза; 3) оценки предшествовавших реакций суицидента на стресс, особенно на утраты, 4) оценки уязвимости суицидента к трем угрожающим жизни аффектам – одиночеству, презрению к себе и ярости; 5) оценки наличия и характера внешних ресурсов поддержки; 6) оценки возникновения и эмоциональной значимости фантазий о смерти и 7) оценки способности суицидента к проверке своих суждений реальностью. Как видно, отчасти эти компоненты дополняют пункты критерии выше шкалы.

Предшествующая попытка суицида. Как показывают исследования, совершенная ранее попытка самоубийства является мощным предиктором последующего ее завершения и доказательством намерений человека.

Большинство из попыток скорее являются «криком о помощи» или стремлением отложить решение невыносимой ситуации, чем проявлением прямого желания умереть. Тем не менее, почти у трети парасуицидентов отмечаются признаки депрессии,

обусловленной критической ситуацией; у половины из них отмечаются расстройства невротического уровня. Некоторые превращают попытки в характерный стиль поведения, импульсивно возникающий в ответ на любую, даже незначительную, психотравматическую ситуацию. Разрешение кризиса у большинства приводит к снижению эмоциональных нарушений, враждебности и изоляции, повышению самооценки и улучшению отношений с окружением. Семьи парасуицидентов характеризуются так называемым «атомическим синдромом»: деструктивностью и хроническими конфликтами. Таким образом, эти люди отличаются множественностью проблем. В случае оказания помощи они часто сопротивляются или протестуют, далеко не всегда оставляют мысли о самоубийстве. Среди коррекционных подходов тут предпочтительнее когнитивно-бихевиоральный.

Суицидальная угроза. Давний миф о том, что «говорящие о самоубийстве никогда не совершают его», как доказала практика, является не только ложным, но и опасным. Напротив, многие кончающие с собой люди говорят об этом, раскрывая свои будущие намерения. Вначале угроза является бессознательным или полуосознанным призывом о помощи и вмешательстве. Если не находится никого, действительно стремящегося помочь, то позднее человек может наметить время и выбрать способ самоубийства.

Иногда индикаторы суицида могут быть невербальными. Подготовка к самоубийству зависит от особенностей личности и внешних обстоятельств. Оно состоит в том, что называется «приведением дел в порядок». Для одного человека это означает оформление завещания или пересмотр ценных бумаг. Для другого – длинные запоздалые письма или улаживание конфликтов с родными и близкими. Подросток принимается сентиментально раздаривать ценные личные вещи или расстается с предметами увлечений. Завершающие приготовления могут делаться достаточно быстро, после чего мгновенно следует суицид.

Оценка реакций на стресс в прошлом. Особенности реакций суицидента на предшествовавшие стрессовые ситуации можно выяснить, изучая его личную историю. Особое внимание обращается на такие сложные моменты, как начало обучения в школе, подростковый возраст, разочарования в любви, работе или учебе, семейные конфликты, смерть родственников, друзей, детей или домашних животных, развод и другие душевные раны и утраты в анамнезе. Предполагается, что суицидент склонен преодолевать будущие трудности теми же путями, что и в прошлом (Шнейдман, 2001). При оценке этих особенностей поведения особый интерес вызывают прошлые попытки суицида, их причина, цели и степень тяжести. Кроме того, терапевту нужно узнать, кто или что является поддержкой для суицидента в трудные для него времена. Далее следует выяснить, был ли суицидент в прошлом подвержен депрессии и имеется ли у него склонность к утрате надежды при столкновении с трудностями, иными словами, склонен ли он к проявлению отчаяния. Самоубийство и серьезные попытки суицида в гораздо большей степени коррелируют с отчаянием, чем с депрессией.

Жизненные ситуации, толкающие некоторых людей к самоубийству, как правило, не содержат в себе ничего необычного. Суициденты склонны преувеличивать размах и глубину проблем, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные трудности воспринимаются ими как неразрешимые проблемы. Кроме того, эти люди крайне не уверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями. И наконец, они склонны проецировать результирующую картину собственного поражения в будущее. Иначе говоря, они демонстрируют все признаки когнитивной триады, а именно: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего.

Другая отличительная особенность суицидента заключается в том, что смерть для него является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей («Если бы я умер, я бы не мучился сейчас этими проблемами»).

Оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам. По мнению Шнейдмана (Шнейдман, 2001), третьей чертой самоубийства, его главным стимулом, является невыносимая психическая (душевная) боль. Взрослые суициденты с недостаточностью саморегуляции рискуют утратить контроль над своими эмоциями в отсутствии внешнего

вмешательства.

Первым видом потенциально летальной боли является полное одиночество, субъективный эквивалент тотального эмоционального отвержения. Оно отличается от одиночества, воспринимаемого человеком как временное, смягченное воспоминаниями о любви и близости, при котором остается надежда на близость в будущем. В экстремальном одиночестве надежда отсутствует. Суицидент, охваченный им, чувствует, что любви не было никогда и никогда не будет, и он умирает. Появляется страх полного разрушения, тревога, переходящая в панику и ужас. Человек готов на все, чтобы избавиться от этого чувства.

Второй вид психической боли – Презрение к себе. У суицидента, близкого к самоубийству, оно отличается от обычного гнева на себя не только количественно, но и качественно. Его субъективное переживание не просто вызывает дискомфорт; это чувство жжет, как огонь.

Неспособность к переживанию собственной значимости отличается от ненависти к себе, хотя между этими чувствами есть сходство. Человек чувствует себя никчемным, ненужным и недостойным любви. Тем, кто несмотря ни на что, чувствует свою значимость, вынести жгучие муки совести гораздо легче. Человеку, переживающему никчемность, несомненно, сложнее устоять под натиском внутреннего нападения, поскольку он считает себя недостойным спасения.

Смертоносная ярость является третьим видом опасной психической боли. Суициденты справляются с обычным гневом, но при его перерастании в смертельную ненависть возникает опасность, что они направят ее против себя. Часто это случается, поскольку совесть отказывается терпеть подобное чувство и выносит человеку, испытывающему его, смертельный приговор, иногда – ради защиты жизни других людей. Такой человек чувствует ослабление своего контроля, он совершает суицид в страхе, что не удержится от убийства.

Оценка внутренних и внешних ресурсов поддержки (средств решения проблем). Ресурсы суицидента – это те «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодолеть кризис с позитивным балансом.

К внутренним ресурсам относятся: инстинкт самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем.

Существует также три класса внешних ресурсов, помогающих суициденту в поддержке внутреннего баланса: значимые другие, работа и специфические аспекты Я. Чаще всего суициденты полагаются на других людей, чтобы чувствовать свою реальность, отдельность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери поддерживающего другого может вызвать взрыв одиночества, смертоносной ярости и презрения к себе.

Иногда в обеспечении внутреннего равновесия суициденты не зависят от других людей. В этом случае источником их стабильности является работа.

Третьим классом ресурсов поддержки являются ценные для человека аспекты его Я. Чаще всего ими являются какой-то аспект тела или функция организма – суицидент не воспринимает их как прочно связанными с другой, обесцененной частью своего Я.

Важно не только выяснить, какой конкретный ресурс поддержки отказал или угрожает подвести суицидента, но и расспросить о наличии значимого человека, который желает его смерти. После самоубийства суицидента весьма часто обнаруживают, что кто-то из родственников игнорировал суицидальные угрозы или как-то иначе своим бездействием способствовал наступлению его смерти.

В формулировке риска самоубийства можно выделить следующие основные моменты: определение, кто или что необходимо суициденту для продолжения жизни и является ли этот ресурс доступным, временно недоступным, безнадежно утраченным или имеется угроза его существованию. От отчаяния суицидента спасает доступность внешних ресурсов. Однако не менее важным является вопрос, способен ли он оценить эти ресурсы, схватиться за них и использовать, чтобы остаться в живых.

Оценка фантазий о смерти. Следующим компонентом для определения риска самоубийства является оценка эмоциональной значимости фантазий о смерти. Предполагается, что когда суицидент говорит, что хочет «положить всему конец», он в действительности больше стремится к состоянию, похожему на глубокий сон. Сон вовсе не является смертью, но на протяжении тысячелетий люди имели склонность к отождествлению этих состояний. На бессознательном уровне бегство в смерть часто равнозначно эмиграции в другую страну, где все будет лучше.

Следует выявить, изучить и оценить значение фантазий о путешествии и присоединении к кому-нибудь в загробной жизни. В случае их бредового характера или силы, свойственной бреду, существует опасность совершения самоубийства.

При сильном стрессе суицидент может настолько переоценивать иллюзии, что они обретают силу бреда.

Оценка способности суицидента к проверке своих суждений реальностью. Оценка способности к адекватной проверке своих суждений реальностью завершает оценку суицидальной опасности.

Суициденты в глубокой депрессии иногда не способны оценить степень любви и заботы окружающих, а также своей ценности. В этих случаях следует не только выяснить доступность внешних ресурсов, но и способность понимания, что они существуют и ими можно воспользоваться.

У суицидентов, страдающих паранойей, также может наблюдаться серьезное нарушение проверки реальностью. Они убеждены, что любящие их люди на самом деле являются опасными предателями, желающими причинить им зло. В подобных случаях невозможно оценить реальную доступность помощи окружающих.

Остановимся отдельно на специфике суицидов у подростков и пожилых людей.

Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков (Моховиков, 2001а).

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. По другой классификации выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное (Кондрашенко, 1999).

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков (Моховиков, 2001а):

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек или унижения. † 6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных

последствий, уйти от трудной ситуации.

10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

К особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся (Амбрумова, Жезлова, 1978):

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4 В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена в таблице 7.3.

Таблица 7.3.

Признаки депрессии у детей и подростков (Моховиков, 2001а)

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогулы в школе

Суицидальное поведение у пожилых. Самоубийства пожилых людей и стариков также имеют возрастные особенности. Пожилой возраст, как уже указывалось, является последним кризисом жизненного цикла, во время которого человек сталкивается со множеством потерь и с необходимостью постоянно приспосабливаться к ним при слабости адаптивных механизмов личности. Поэтому пожилые люди очень часто реагируют на утраты депрессивными состояниями.

Основными факторами риска самоубийств в пожилом возрасте являются: (а) возраст и пол; (б) социальная изоляция; (в) семейное положение, переживание горя в настоящем, поддержка значимых людей; (г) предшествующие попытки суицида; (д) состояние физического и психического здоровья; (е) наличие окружения с аналогичными факторами риска, например в домах для престарелых.

Депрессии у пожилых характеризуются: фатальностью, беспомощностью и безнадежностью. Сниженная самооценка способствует возникновению отвращения к себе, окружающим и жизни в целом. Беспомощность выражается в неспособности контролировать значимые события или как-либо шить на них. С возрастом она усугубляется утратой работы, здоровья или семьи. Употребление алкоголя существенно усугубляет депрессию. Ее классические признаки – преобладание меланхолического

настроения с колебаниями в течение дня – у пожилых встречаются реже. Депрессия часто скрывается за нарушениями сна, утратой жизненной энергии или отсутствием аппетита.

В этом состоянии суицид является отчаянной попыткой, реакцией на психическую боль, безнадежность и невыносимые условия существования. Это доказывает анализ посмертных записок пожилых, в которых как преобладающий мотив самоубийства подчеркиваются безнадежность и «психическое истощение». Те, кто кончают с собой в этом возрасте, устали от жизни и оставшиеся силы тратят на то, чтобы, пусть и в смерти, остаться хозяевами собственной жизни. По этой причине парасуициды у пожилых встречаются редко, а методы самоубийств отличаются «запасом надежности» и повышенной жестокостью.

Обобщая все сказанное выше, терапевтическими мишенями в работе с суицидальным клиентом являются:

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

В зависимости от преобладания того или иного компонента психологического смысла суицида важное значение в психотерапии имеют (Конончук, 1989):

- изменение системы ценностей суицидента;
- усиление роли антисуицидальных факторов с акцентом на ценности жизни как таковой;
- самоактуализации Я;
- выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующей ситуации;
- уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;
- формирование системы компенсаторных механизмов, направленных, в частности, на появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации.

Во всех случаях необходимо усиливать рациональные стороны личности и подробно анализировать совместно с суицидентом глубинные механизмы его поступка. Немаловажная роль принадлежит также формированию адекватного отношения к смерти, изменению инфантильного подхода к данной проблеме.

Терапевтические модели и методы подбираются индивидуально. Доказана эффективность при работе с проблемами суицидальных клиентов таких направлений психотерапии, как когнитивно-поведенческая, гештальт-терапия, психодрама, нейролингвистическое программирование, семейная терапия и ряд других, подробное описание которых приведено в главе 3 настоящего справочника.

Терапевт должен понимать, что в ходе терапии возможны кратковременные обострения суицидальных желаний. Ему следует предупредить об этом клиента, особо оговорив, что внезапную вспышку суицидальных импульсов не нужно истолковывать как признак неуспешности терапии. Уже на ранних стадиях лечения необходимо представить клиенту различные стратегии, с помощью которых он мог бы противостоять внезапному возникновению или усилению суицидальных импульсов (Бек, 2003).

Особенно велика опасность обострения суицидальных желаний у клиентов, совершивших попытку самоубийства до начала терапии, в этом случае даже мелкие житейские неурядицы могут привести к обострению аутоагрессивных намерений. Некоторые клиенты впадают в уныние, когда отмечают за собой возобновление суицидальных мыслей, и делают вывод о неэффективности терапии. Терапевт должен объяснить, что в этом событии заключено больше позитивного, чем негативного, ибо клиент приобретает возможность «проработать» свои суицидальные желания в терапевтической ситуации

Психотерапевт должен быть доступен для клиента с высоким риском суицидального

поведения в любое время. Если этот человек обратился в службу телефонной экстренной психологической помощи, ему предлагается звонить любому дежурному консультанту, так как все сотрудники должны быть проинформированы о сложившейся ситуации. Частнопрактикующий консультант или психотерапевт обязан сообщить такому клиенту номер телефона, по которому он всегда сможет с ним связаться.

7.4 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЦЕЛЕВШИХ ПОСЛЕ САМОУБИЙСТВА

В западной суицидологии понятие «уцелевшие после самоубийства» (англ. survivors) распространяется не только на пытавшихся покончить с собой, но чаще всего и на их родственников и близких, переживающих горе. Если последние обращаются за консультированием, то цель работы состоит в принятии и интеграции (Моховиков, 2001а). В процессе беседы с уцелевшими после самоубийства приходится сталкиваться со следующими темами и чувствами:

1. **Вопрос «Почему?»**. Поиски ответов на этот вопрос вызывают тревогу и психическую боль. Потребность знать «правду» обычно приводит к двум заблуждениям: «Это случилось, потому что я сделал (или не сделал) что-то» или «Это произошло, так как кто-то сделал (или не сделал) что-то». У них появляется чувство вины, и в большинстве случаев требуется осознание различий между «виной» и «причиной смерти».

2. **Сожаления**. Часто клиент говорит: «Если бы я был добрее...» или «Если бы я сделал для него ...», и это может отражать действительность. Но дальше обязательно добавляет: «...то он, конечно, был бы жив». Это заключение, основанное на эмоциях, является ложным. Это может быть генерализацией, бесспорным доказательством своего краха как отца, брата или человека. Это приводит к аутоагрессивным мыслям и углубляет чувство стыда, становящегося хронической семейной проблемой.

3. **Гнев**. Переживание гнева, как и вины, является естественным, поскольку человек чувствует утрату. В случае самоубийства гнев связан не только с оставленностью, но и с отвержением со стороны того, кто покончил с собой, отказавшись от помощи. Этому немало способствуют посмертные письма с обвинениями, в которых нельзя оправдаться. Переживания сожаления, вины, гнева кажутся слишком разными, чтобы встречаться одновременно, и действительно, во многих классификациях стадий «реакции на острую потерю» разводятся во времени. Но подобное разделение относительно, ибо на разных этапах совладающего реагирования выходят на первый план разные грани **единого, целостного, внутренне конфликтного** переживания. Оно-то, в конечном итоге, и озвучивает фактический сценарий. «В моей смерти прошу никого не винить» может оказаться более тяжким обвинением, чем откровенный навет или посмертное сведение счетов с оставшимися. И консультанту принципиально важно иметь в виду, что индивидуальные карты переживаний клиента хоть и несут на себе отпечаток общих закономерностей, никогда не клишируют их.

4. **Стигма**. Лишь небольшое число уцелевших обходятся без стигмы и не страдают от клейма, оставленного суицидальной попыткой. Обычно клеймо возникает в силу интериоризации негативного отношения окружающих к случившемуся. Стигматизация приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от окружения.

5. **Суицидальные намерения**. Описанные эмоциональные переживания могут привести к мысли, что самоубийство является возможной альтернативой. Как показывают исследования, эти намерения возникают у уцелевших в 6 раз чаще, чем у переживающих горе вследствие других утрат.

6. **Семья**. Самоубийство всегда затрагивает семью как целое. В этой ситуации необходимы изменения и пересмотр отношений, но горе и отвержение этому мешают. Семья обладает мощными ресурсами психологической поддержки и интеграции и способна вынести из случившегося важный интеграционный урок, но может и разрушить себя.

7. **Религиозные аспекты**. Для некоторых клиентов эти аспекты являются особо

болезненными. Они говорят о потере веры, гневе на Бога, ставят под сомнение свои духовные ценности, реорганизация которых является, тем не менее, важной частью их возвращения к реальности.

Что следует делать консультанту в работе с уцелевшими после суицида:

- 1) быть принимающим и заботливым;
- 2) давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;
- 3) подчеркивать, что переживания являются естественными;
- 4) информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

- 1) Не следует принимать просьбы, которые вы не можете выполнить;
- 2) рационализировать события;
- 3) давать неисполнимые обещания;
- 4) делать замечания типа: «У вас есть еще дети», «Это была Божья воля», «Не стоит говорить об этом», «Это и без того давит на вас».

7.5 ПОДДЕРЖКА ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТА

Необходимо помнить, что те, кто решил оказать посильную поддержку (в том числе телефонные консультанты или другие помощники), во время работы могут испытывать эмоциональные реакции, осложняющие ситуацию, такие как (Моховиков, 2001а):

а) **паника** («Я не в силах чем-либо помочь»), которую следует преодолеть, поскольку клиент ищет, с кем бы поговорить и кому бы доверить свои проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает од-единственную связь обратившегося с остальным миром;

б) **страх** («Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?»), свидетельствующий о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; каждый человек, в том числе и клиент, ответствен за сделанный им выбор, но консультант имеет реальную возможность помочь;

в) **фрустрация** («Еще один длинный разговор, которого я не желал бы») из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту;

г) **гнев** («Неужели можно быть настолько слабавольным, чтобы решиться на такой поступок?»), который легко овладевает человеком, отражая беспомощность консультанта; осознание этой эмоции, несомненно, увеличивает степень свободы и позволяет эффективнее работать с клиентом;

д) **обида** («Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня»), которая часто проявляется в отношении тех, чьи суицидальные угрозы не принимают всерьез, например молодежи; кроме того, человеку свойственно преуменьшать важность и силу чувств других, поскольку в противном случае это потребует адекватного собственного ответа. Следует принять в качестве исходной посылки, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией;

е) **внутренний конфликт** («Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его»), который возникает из-за того, что выбор приходится делать консультанту; однако по сути перед выбором стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать или не оказывать помощь) нет;

ж) **безвыходность** («Эта ситуация безнадежна: как я могу заставить ее (его) захотеть жить?»), возникающая из-за обилия предъявленных клиентом проблем или сложных ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить отношение клиента к ней;

з) **отречение** («В такой ситуации я вел бы себя так же»), свидетельствующее о

наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.

С учетом возникновения таких осложняющих реакций принципы консультирования суицидального абонента должны быть следующими:

1. Не впадать в панику.
2. Быть вежливым и открытым, принять клиента как личность.
3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
4. Тактично искать ситуации, в которых клиент любим или нужен.
5. Вести беседу так, как если бы консультант обладал неограниченным запасом времени.
6. Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
7. Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
8. Позволить клиенту проявлять к себе жалость.
9. Суицидальное поведение следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
10. Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию
11. Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
12. Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Кризисными службами также разработаны некоторые стратегии, направленные на преодоление беспокойства или негативных чувств, связанных со звонками суицидентов. В них входит:

– групповая поддержка (например, команды единомышленников и пр.). Это – ответственность группы: оказать своим членам поддержку в трудное время.

– совместная работа над конкретными случаями. Необходимо подчеркивать, что было сделано правильно, и рассмотреть альтернативные стратегии, которые в следующий раз могут оказаться более успешными. Такой обзор должен проходить в атмосфере поддержки и обучения (полезно прослушивать записи телефонных звонков с угрозой суицида).

– знание всех сотрудников о стрессе, переживаемом консультантом, принявшим суицидальный звонок. Снизить этот стресс позволяет непродолжительный перерыв, например пока консультант оформляет звонок, а возможно, и освобождение от работы на короткое время.

Руководитель известной в США клиники W. Menninger (1991) предлагает советы специалистам, работающим с потенциальными самоубийцами, и тем, кто страдает из-за самоубийства пациента.

Мировоззренческие установки:

- специалист не может нести ответственность за то, что говорит и делает пациент вне стен терапевтического кабинета;

- самоубийство иногда происходит вопреки заботливому отношению;

- нельзя предотвратить самоубийство, если пациент действительно принял такое решение

Тактика при консультировании пациентов с суицидальными намерениями:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;

- в рискованных случаях обязательно консультируйтесь с коллегами;

- необходимо обсудить с коллегами самоубийство пациента как возможный вариант его выхода из кризиса. Следует помнить, что роль консультанта состоит в том, чтобы предостеречь пациента от самоубийства и помочь ему найти другие способы разрешения проблем.

Как реагировать на самоубийство пациента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;

- вы обретаеете важный опыт;

- не удивляйтесь своему подавленному настроению, чувствам вины и злобы.

Преодоление последствий самоубийства вашего пациента.

- скорбь – естественная реакция, и все переживают тут нечто похожее;
- говорите об этом и переживайте, но без излишнего самообвинения,
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье;
- помните о годовщине горестного происшествия, чтобы вас не застиг врасплох звонок семьи погибшего.

7.6 ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Работа с суицидальными клиентами может проводиться также в рамках групповой кризисной терапии. В качестве показаний для групповой кризисной терапии выделяются следующие (Старшенбаум, Амбрумова, 1987).

– наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

– выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отно-

шений взамен утраченных, необходимость создания жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации; – готовность обсуждать свои проблемы, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Необходимо помнить, что в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы, поэтому окончательные показания для групповой терапии устанавливаются на основании наблюдения за поведением суицидента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с участием в группе. Для этого в ходе предварительной беседы с клиентом оговаривается что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками. В группу обычно включаются два клиента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Однако ситуация с тремя и более подобными клиентами в группе представляет собой трудноразрешимую проблему: они потребуют слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы и создадут тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других участников.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий.

Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения кризиса составляют 4–6 недель, курс групповой кризисной терапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок может произойти сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Общение участников группы вне занятий поощряется, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно обычно запрещается.

Группа является открытой, т. е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один-два участника, и соответственно, она пополняется новыми.

Открытость группы, создавая определенные трудности для сплоченности, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, участники, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открыто-конечной группе более опытные клиенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Ориентированность групповой кризисной терапии на проблемы требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта в отличие от традиционной групповой психотерапии в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению суицидента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую помощь членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

На первых занятиях клиент делится суицидальными переживаниями с другими членами группы, имеющими подобные переживания или столкнувшимися с ними в недавнем прошлом. В результате существенно облегчается отреагирование, что приводит к снижению аффективной напряженности. Актуализируются антисуицидальные факторы, что способствует мобилизации личностной защиты.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание суицидентом своей неадаптивной установки, препятствующей использованию необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Групповая терапия с суицидальными клиентами имеет преимущества по сравнению с индивидуальным кризисным вмешательством. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации при групповой терапии становится богаче, чем при индивидуальной работе. В группе «товарищей по несчастью» суицидент лучше принимает советы партнеров по лечению и поддержанный ими активнее испытывает новые способы адаптации. Группа дает суициденту возможность оказывать помощь другим участникам, ощущая при этом чувство компетентности и нужности, крайне ценное для преодоления кризиса.

В фазе окончания терапии, на последнем занятии, суммируются достижения суицидента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы. Сохранение контакта окончивших терапию клиентов друг с другом и с продолжающими работу в группе поощряется, в частности – их взаимопомощь. Для клиентов с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть суицидентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в себе, она также помогает в будущем отказаться от чрезмерно зависимой позиции в межличностных отношениях. Следует отметить, что несмотря на ряд ценных возможностей помочь во время кризиса и снизить риск суицида в будущем, групповая форма работы существенно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных клиентов в психологической поддержке может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта, которому, кроме того, необходимо следить за индивидуальными кризисными ситуациями членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного негативного влияния клиентов друг на друга, предупреждать распространение в группе агрессивных и аутоагрессивных тенденций. Поэтому с целью уменьшить нагрузку практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом.

В качестве примера программы групповой кризисной терапии мы предлагаем реориентационный тренинг, в задачи которого входит: исследование психологического смысла суицида для клиента, в том числе выяснение основных фрустрированных потребностей, исследование жизненного стиля личности и реориентация, которая понимается как расширение спектра возможностей и поиск новых ориентиров в жизни.

7.7 РЕОРИЕНТАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ

Данный реориентационный тренинг разработан на основе индивидуальной психологии Альфреда Адлера, теории оптимизма Мартина Селигмана и социально-когнитивной теории Джулиана Роттера. В основу тренинга положена идея эутимной терапии. Эутимная терапия – вид поведенческой психотерапии, ставящий своей целью

развитие когнитивных и поведенческих стратегий получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия (от греческого «eu», «euthenein» – хорошо, процветать). Наиболее часто используемым и хорошо себя зарекомендовавшим методом эутимной терапии служит на сегодняшний день «тренинг наслаждения» (Ромек, Ромек, 2003), материалы которого использованы в программе. Кроме того, использованы материалы книги Фопеля (2000).

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ АЛЬФРЕДА АДЛЕРА

Адлеровская психология (индивидуальная психология) – теория личности и терапевтическая система, разработанная Альфредом Адлером, – рассматривает личность холистически как наделенную творчеством, ответственностью, стремящуюся к достижению целей в пределах своей области феноменологического опыта. В индивидуальной психологии утверждается, что иногда из-за чувства неполноценности стиль жизни бывает саморазрушительным. Индивид с «психопатологией» скорее утратил уверенность в себе, а не болен, и терапевтическая задача состоит в том, чтобы приободрить такого человека, активизировать его социальные интересы и посредством взаимоотношений, анализа и методов действий развить новый стиль жизни.

Основные положения учения Альфреда Адлера (Кондратенко и др., 2001; Фрейджер, Фейдимен, 2001) включают следующие понятия:

Неполноценность и компенсация. Адлер утверждал, что почти каждый человек имеет какие-то физические или психические, чаще всего характерологические недостатки, что формирует у него *комплекс неполноценности*.

Это чувство неполноценности наряду с негативным может оказывать и позитивное влияние на личность, так как нередко является стимулом для достижения цели.

Агрессия и борьба за превосходство. В своих ранних работах Адлер утверждал, что борьба за превосходство и агрессивные тенденции человека являются важным фактором в борьбе за выживание, самосовершенствование и самоутверждение. При этом он не отождествлял агрессию с враждебностью, а рассматривал ее как инициативу и способность к преодолению препятствий. Стремление к превосходству Адлер понимал не только как агрессию и «волю к власти», а намного шире – как побуждение улучшить себя, развить свои способности, свои потенциальные возможности. Если цель превосходства включает в себя общественные интересы, то и развитие личности принимает конструктивный характер. Если же цель предполагает борьбу только за личное превосходство, лишена социального интереса, то такая цель, по мнению Адлера, не приносит удовлетворения индивидууму, деформирует его «жизненный стиль» и в конечном итоге приводит к неврозу.

Жизненные цели. Жизненные цели определяют направление и конечную цель нашей деятельности, позволяют стороннему наблюдателю объяснить конкретные аспекты нашего мышления и поведения с точки зрения этих целей. Адлер указывал, что черты характера не являются ни врожденными, ни неизменяемыми, они вырабатываются как интегральные части нашей целевой ориентации.

Адлер обращал внимание скорее на притяжение будущего, чем на давление прошедшего. Для Адлера гораздо важнее то, куда мы надеемся *прийти*, чем то, где мы *были*.

Адлер выделил три основные жизненные цели (задачи): работу, дружбу и любовь.

Работа приносит удовлетворение и чувство собственной значимости в той степени, в какой она полезна обществу. Дружба – выражение нашей причастности к людям, необходимость и потребность приспособляться к окружающим и общаться с ними. Любовь – это тесный союз ума и тела, высшая форма кооперации между двумя индивидуумами противоположного пола. Эти три задачи, по Адлеру, всегда взаимосвязаны.

Стиль жизни. Жизненный стиль личности так же уникален, как уникальна и сама личность. Адлер подчеркивал необходимость анализировать личность как единое целое. Жизненный стиль – это уникальный способ достижения своих целей, избираемый

личностью. Это комплекс средств, позволяющих приспособиться к окружающей действительности. Таким образом, стиль жизни – это, во-первых, принятая человеком концепция жизни, и, во-вторых, принятый им паттерн поведения.

К основным факторам, влияющим на деформацию жизненного стиля. Адлер относил органическую неполноценность, избалованность и отверженность.

Схема апперцепции. Собственные представления индивидуума об окружающей среде и о себе Адлер назвал схемой апперцепции. Апперцепция – это свойство психики человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта и личностных особенностей субъекта.

Схема апперцепции, по Адлеру, является частью жизненного стиля и во многом определяет поведение индивидуума.

Мосак (Mosak, 1973) разделил убеждения образа жизни на четыре группы:

- 1. Я-концепция – те убеждения, которые есть у меня, относительно того, кто я такой.

2. Я-идеал – убеждения о том, каким мне следует быть, или каким я обязан быть, чтобы занять свое место.

3. Образ мира – убеждения о том, что не является мной (мир, люди, природа и тому подобное), и о том, что мир требует от меня.

4. Этические убеждения – личный этический кодекс.

Творческая сила личности. Адлер утверждал, что человек не является пассивным объектом воздействия внешней среды, а в борьбе за свое место в жизни сам активно влияет на внешнюю среду. Он подчеркивал, что люди – не беспомощные пешки в руках внешних сил; каждый из них сам формирует свою личность. К основным проявлениям творческой силы личности Адлер относил процессы формирования жизненной силы, жизненного стиля и схемы апперцепции.

Социальный интерес. В определенном смысле все поведение человека, по мнению Адлера, социально, поскольку он развивается и функционирует в социальном окружении. Чувство общности Адлер понимает шире, чем взаимоотношения индивидуума и его ближайшего окружения; оно означает для него «заинтересованность в идеальном обществе всего человечества как в конечной цели эволюции».

Сотрудничество – одно из проявлений чувства общности и один из важных аспектов социального интереса. С эволюционной точки зрения, способность взаимодействовать в добывании пищи, охоте и защите от хищников была решающим фактором для выживания человеческой расы и наиболее эффективной формой адаптации к окружающей среде. Адлер считал, что только взаимодействуя друг с другом, принося пользу обществу, мы можем преодолеть нашу реальную неполноценность или наше чувство неполноценности. С другой стороны, недостаток взаимодействия и, в результате, чувство собственной несостоятельности и недовольства жизнью есть корень всех невротических или неадаптивных (maladaptive) жизненных стилей.

Адлерианская терапия включает три фазы:

– исследование жизненного стиля личности;

– «инсайт» в постижении этого жизненного стиля;

– реориентация, преобразование, изменение принятой

личностью концепции жизни и усвоенных способов поведения.

Специфическая цель адлерианской терапии – помочь человеку избавиться от ощущения собственной малоценности, незначительности и почувствовать себя причастным к миру людей. В процессе терапии человек с помощью терапевта находит «ошибку» в формуле своего жизненного стиля, а затем развивает альтернативные цели и способы их достижения. При этом реориентация трактуется не как изменение курса, а скорее как раскрытие целого «веера» возможностей (Сидоренко, 2000). Реориентация – это не исправление ошибок, а поиск новых ориентиров.

ТЕОРИЯ ОПТИМИЗМА М. СЕЛИГМАНА

Теория оптимизма Мартина Селигмана возникла в ходе экспериментов по изучению причин формирования «выученной беспомощности». В ходе этих экспериментов

обнаружилось, что даже в условиях очень неблагоприятной внешней среды некоторые люди очень устойчивы и не становятся беспомощными, сохраняют инициативу и не прекращают попыток достичь успеха. Качество, которое обеспечивает эту способность, Селигман связал с понятием оптимизма и предположил, что именно приобретенный в успешной «борьбе с реальностью» оптимизм служит причиной того, что временные непреодолимые трудности не снижают мотивации к активным действиям, точнее, снижают ее в меньшей степени, чем это происходит у «пессимистичных» людей, склонных к формированию выученной беспомощности (Зелигман, 1997; Ромек, 2000).

По мнению Селигмана, суть оптимизма состоит в особом стиле объяснения причин неудач или успехов. Оптимистичные люди склонны приписывать неудачи случайному стечению обстоятельств в определенной точке пространства в определенный момент времени. Успехи они привычно считают личной заслугой и склонны рассматривать их как то, что случается почти всегда и почти везде. Именно через стиль атрибуции (приписывания) «просеивается» опыт неудач. В случае оптимистичной атрибуции значение этого опыта преуменьшается, в случае пессимизма – преувеличивается.

Определив таким образом ключевые характеристики оптимизма, Селигман смог найти и очень надежный способ оценки степени присущего человеку оптимизма по его высказываниям, письмам, статьям.

Таблица 7.4.

Характеристики стилей мышления по М. Селигману

ОПТИМИЗМ	
Успехи	Неудачи
[Приписываются себе (это закономерно, в этом моя заслуга, я это сделал сам, все зависело и зависит от моих собственных усилий и желания)	Приписываются стечению обстоятельств (просто не повезло, неудачно сложились обстоятельства, не по моей вине, по вине случая или других людей)
Широко в пространстве (при любых обстоятельствах, если захотеть и постараться, успех обеспечен В любом месте, в любой стране)	Локально в пространстве (просто в этом месте случайно оказались не самые лучшие условия)
Широко во времени (и раньше так было, и в будущем будет так же. Всегда. За очень редким исключением)	Локально во времени (время оказалось не самым удачным. Нужно <i>попробовать позже еще раз</i>),
ПЕССИМИЗМ	
Успехи	Неудачи
Приписываются стечению обстоятельств (просто повезло, удачно сложились обстоятельства, по воле случая или других людей)	Приписываются себе (это закономерно, в этом моя вина, я это сделал сам и сам виноват)
Локально в пространстве (просто в этом месте случайно сложились благоприятные для меня условия)	Широко в пространстве (при любых обстоятельствах, в любом месте, в любой стране неудачи мне обеспечены)
Локально во времени (время оказалось удачным. Вряд ли еще когда так повезет)	Широко во времени (и раньше так было, и в будущем будет так же. Всегда. За очень редким исключением)

СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ТЕОРИЯ ЖУЛИАНА РОТТЕРА

С точки зрения социально-когнитивной теории Роттера (Rotter, 1954), внешние события могут оказывать разное влияние на поведение человека, и характер этого влияния будет существенно зависеть от способа восприятия этих событий, присущего конкретному человеку одни и те же события могут быть расценены разными людьми противоположным образом и вследствие этого по-разному влиять на их поведение.

Способ восприятия событий внешнего мира формируется в процессе взаимодействия с другими людьми. Те, в свою очередь, исходят при этом из своих убеждений, так или иначе передавая их друг другу. В процессе взаимодействия между людьми и происходит *социсыльное научение* – передача опыта от поколения к поколению.

Суть теории Роттера составляет несколько базовых предпосылок:

1. Разные стереотипы поведения в определенной ситуации имеют разный потенциал, то есть могут разворачиваться в одной и той же ситуации с разной вероятностью.

2. В связи с определенными способами поведения у нас существуют относительно устойчивые предположения о количестве, качестве и вероятности подкрепления, которое за ним последует. Эти предположения Ротгер назвал ожиданиями и выдвинул гипотезу, что они основаны на прошлом опыте поведения в подобных ситуациях.

3. Далее, разные подкрепления имеют для нас разную ценность. При равной вероятности получить подкрепление, мы выбираем тот стереотип поведения, который ведет к более ценному для нас подкреплению.

4. Взаимодействие ожидания подкрепления и ценности подкрепления происходит в конкретной психологической ситуации. Под психологической ситуацией понимается индивидуальное восприятие человеком происходящих с ним событий в существенных для него компонентах. Это восприятие (психологическая ситуация) строго индивидуально и составляет для каждого конкретного человека его собственную реальность, какой бы странной она ни казалась другим людям.

Три названных первыми компонента Роттер связывает воедино в своей формуле прогноза поведения. С его точки зрения, потенциал поведения складывается из ожидания и ценности подкрепления. Чем выше ожидания и ценность подкрепления, связанные в определенной психологической ситуации с некоторым стереотипом поведения, тем выше вероятность того, что именно этот стереотип будет выбран.

Удовольствие и наслаждение сами по себе являются достаточно ценным подкреплением, и в нормальной ситуации человек стремится к действиям, доставляющим удовольствие, а не избегает их. Но зачастую дефектный процесс социального научения приводит к тому, что от эутичных (т.е. доставляющих удовольствие) действий человек ждет не наслаждения, а совсем наоборот – наказания и всяческих неприятностей. Получать удовольствие он начинает считать стыдным и страшным делом и в ситуации выбора совершенно добровольно отказывается от удовольствий в пользу штрафов и страданий. Следует различать аскетизм как отказ от избыточных наслаждений для усиления будущего удовольствия и отказ от наслаждения из-за страха получить наказание.

Ценность и ожидание подкрепления создаются в первую очередь осознанными целями, к которым стремится человек. Понимание и осознание целей позволяет прийти к наслаждению намного более надежным способом в долгосрочной перспективе.

Цель, по Роттеру, возникает в результате материализации и осознания одной из шести потребностей: потребности в статусе и признании, защите, доминировании, независимости, любви и привязанности, физическом комфорте. Потребность понимается Роттером как устойчивая связь между определенными стереотипами поведения и подкреплениями, которые обычно связаны с этим поведением.

В таком понимании каждая потребность обладает тремя характеристиками: потенциалом, ценностью и свободой деятельности. Эти три характеристики потребности аналогичны характеристикам поведения, но имеют и ряд специфических особенностей.

Потенциал потребности означает наличие некоторого поведения, приводящего к ее удовлетворению с большей или меньшей вероятностью.

Ценность потребности определяется как средняя ценность подкреплений, к которым ведет ее удовлетворение. Шесть названных ранее потребностей имеют разную ценность для разных людей в зависимости от прошлого опыта подкреплений, к которым вело удовлетворение соответствующих потребностей. Ценность потребности в статусе и признании будет высока в том случае, если ранее статуа : < * позиции стабильно доставляли приятные переживания.

Каждый раз, когда человек планирует свои действия, он оценивает свои возможности достижения той или иной потребности. Если с его точки зрения эти возможности невелики, то он теряет **свободу деятельности** в отношении этой потребности. Здесь нужно еще раз подчеркнуть, что речь идет исключительно о субъективных воззрениях и оценках.

Низкая свобода действий в сочетании с высокой ценностью потребности по Роттеру означает плохую адаптацию и часто ведет к невротическим нарушениям. Если человек присваивает высокую ценность тем потребностям, для удовлетворения которых у него недостаточно ресурсов, то наслаждаться жизнью у него едва ли получится.

Таким образом, целями предлагаемого тренинга являются:

- исследование жизненного стиля личности;
- реориентация, которая понимается как:
- повышение потенциала эутичных, приносящих наслаждение, способов мышления и поведения;

- повышение уровня ожиданий получить подкрепление в результате эутичных действий;
- достижение изменения фокуса внимания и способа интерпретации успехов и неудач, случающихся с человеком, в пользу позитивного восприятия и оптимистичного стиля атрибуции (приписывания причин).

Тренинг состоит из ряда последовательных этапов. Первый этап тренинга не является групповым, и осуществляется в ходе индивидуальной беседы клиента и психотерапевта. Полученные на первом этапе результаты используются для обсуждения с клиентом возможности участия в групповой работе.

ЭТАП 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ ЛИЧНОСТИ

ТЕХНИКА 1. Выяснение психологических потребностей

Самоубийство опирается в основном на душевную боль, главным источником которой являются фрустрированные психологические потребности. Шнейдман (Шнейдман, 2001) разработал опросник со списком этих потребностей для того, чтобы иметь возможность прицельно опрашивать обследуемых, оценивая, какое влияние оказывают различные потребности на их отношение к себе и окружающему миру. Он выделил 20 базовых потребностей человека. Значимость каждой из них оценивалась числом баллов таким образом, чтобы общая сумма всех баллов была равна 100. Иными словами, общее количество баллов у всех опрашиваемых является одинаковым, а диагностическую информацию можно извлечь из различий между показателями значимости отдельных потребностей (у конкретного человека). Эти различия демонстрируют, каким образом потребности формируют стиль (паттерны) жизни человека.

Таблица 7.5. Опросник психологических потребностей

Потребность	Баллы
1. Самоуничтожение. Потребность пассивно подчиняться; умялять свое достоинство.	
2. Достижение. Потребность справляться с трудностями и побеждать.	
3. Принадлежность. Потребность принадлежать, быть частью группы людей, поддерживать дружбу.	
4. Агрессия. Потребность силой преодолевать сопротивление; стремление к борьбе, драке или нападению.	
5. Автономия. Потребность быть независимым и свободным; преодолевать ограничения.	
6. Противодействие. Потребность возмещать потери с помощью борьбы, повторных усилий.	
7. Защита. Потребность отстаивать себя в случае критики или обвинений.	
8. Почтение. Потребность в восхищении и поддержке, восхвалении и подражании вышестоящему лицу (лидеру).	
9. Доминирование. Потребность контролировать, влиять и определять поведение других; стремление быть лидером.	
10. Демонстративность. Потребность возбуждать интерес, привлекать, восхищать или развлекать других.	
11. Избегание опасности. Потребность избегать боли, ранений, болезни и смерти.	
12. Неприкосновенность. Потребность в защите себя и своего психологического пространства.	
13. Забота. Потребность в обеспечении других едой, помощью, утешением, защитой и воспитанием	
14. Порядок. Потребность в организованности и порядке в вещах и мыслях	
15. Игра. Потребность в действиях для удовольствия, в поиске удовольствия ради него самого	
16. Отвержение. Потребность в исключении, изгнании, удалении от себя другого человека	
17. Чувственность. Потребность в эстетических и положительных чувственных переживаниях, в наслаждении	
18. Избегание стыда. Потребность сторониться чувств унижения и стыда	
19. Получение поддержки. Стремление, чтобы другой человек удовлетворял значимые потребности, потребность быть любимым	
20. Понимание. Потребность располагать информацией о происходящем, понимать, каким образом и по какой причине происходят события	

ТЕХНИКА 2. Выяснение смысла суицида

В позитивной психотерапии (Пезешкиан, 1996) попытка суицида рассматривается как «завершение болезненного развития». Под попыткой суицида подразумевается не столько стремление к смерти, сколько вызов окружающему миру. Конечно, возможно, что эта попытка заканчивается смертью или всерьез задуманное самоубийство не удастся.

Если поразмышлять над тем, что означает «лишить себя жизни», то здесь можно обнаружить и позитивные стороны. Если человек «забирает» у себя жизнь, значит он постигает жизнь, овладевает ею, он приспособливает ее к себе. Здесь возможно новое начало. «Лишить себя жизни» – это способность поставить свою жизнь под вопрос и изменить свои взгляды на нее.

Опросник для клиентов с суицидальными тенденциями

1) «Я этого больше не вынесу»; «Жизнь – это иллюзия»; «Все – игра воображения, химера, вымышленный мир»; «Кто научился умирать, перестает быть рабом», «Смерть – это ворота жизни»; «Все лишено смысла»

Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки, которые близки к вашей проблематике? Как вы относитесь к этому?

2) Какое средство вы использовали, чтобы уйти из жизни?

3) Ваше чувство самооценности основывается преимущественно на вашей профессиональной деятельности?

4) В вашей профессиональной деятельности вы разочарованы, чувствуете себя отвергнутым? Или к вам несправедливо относятся на работе?

5) Была ли ваша попытка самоубийства вызовом окружающему миру? С какой целью?

6) Вы рассказывали кому-нибудь о вашей попытке самоубийства? Как среагировали ваш партнер и другие значимые для вас люди?

7) Какие разочарования (чем, кем) предшествовали вашей попытке самоубийства? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?

8) Одолевают ли вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что вас привело к таким мыслям и ощущениям?

9) Знаете ли вы, какие причины заставляют людей других культурных традиций сознательно лишать себя жизни (например, харакири в Японии, принесение себя в жертву в Индии)?

10) Хотели ли вы покончить с невыносимой для вас ситуацией (какой?) или с жизнью вообще?

11) Задумываетесь ли вы о глобальных проблемах будущего всего человечества (война – мир, экологический кризис, мировой голод)?

12) Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?

13) Какие цели и планы есть у вас в профессиональной деятельности, партнерских и семейных отношениях, здоровье и общественной сфере на ближайшие 5 лет? Какие возможности для их реализации вы видите?

ТЕХНИКА 3. Раннее воспоминание

Ранние воспоминания используются для изучения специфики различных состояний и синдромов, например депрессивного синдрома в разных возрастных группах или ПТСР у участников боевых действий. Приводим инструкцию получения раннего воспоминания, опубликованную в работе Е. Сидоренко (Сидоренко, 2000).

По процедуре обследования участникам тренинга предлагается дать письменное изложение самого раннего воспоминания. Подчеркивается значение следующих моментов:

- старайтесь быть как можно более конкретным;
- не давайте «обзоров», т. е. воспоминаний о случаях, которые повторялись много раз;
- не отказывайтесь давать воспоминание, даже если вы не абсолютно уверены, что это действительно случилось с вами,
- включайте все, что помните, даже то, что вам кажется незначительным,
- описывайте только то, что относится к возрасту до восьми лет;
- описывайте чувства, даже если они противоречивы;
- называйте имена присутствующих в воспоминании людей;
- опишите наиболее яркую часть;
- опишите то, что случилось до и после этого, и чувства, которые в это время возникали;
- попытайтесь высказать догадку по поводу цели своего поведения;
- укажите примерный возраст, к которому относится воспоминание.

Можно использовать более короткую инструкцию: человека просят рассказать самое раннее воспоминание о каком-либо событии. Предлагается, чтобы это было одно событие, а не рассказ о серии событий. После того как клиент сделает это, консультант может задать уточняющие вопросы:

- Что вы чувствовали?

– Кто еще там был?

– Помните ли вы цвета, звуки и другие обстоятельства этого события?

Можно попросить рассказать два ранних воспоминания о каких-либо единичных событиях, которые произошли в возрасте до 8 лет. Это могло быть любое событие, которое «засело» в голове и может быть вызвано перед «мысленным взором». Воспоминания записываются на магнитофон, а позже

переписываются на бумагу. После записи каждого воспоминания испытуемого просят:

– дать ему *название*;

– выразить свои *чувства* по поводу этого события;

– внести любое *изменение* в запомнившееся событие.

В последующем анализе используется только то событие, которое клиент вспомнил первым.

Качественный контент-анализ ранних воспоминаний

Схема контент-анализа ранних воспоминаний состоит из четырех этапов:

1. Анализ содержательных категорий и выдвижение гипотез.

2. Проверка гипотез.

3. Инсайт – постижение формулы жизненного стиля автора раннего воспоминания.

4. Исследование формулы вместе с автором раннего воспоминания.

На первом этапе фиксируются содержательные категории и выдвигаются гипотезы.

1. Присутствующие в воспоминании люди.

1.1. Мать.

1.2. Отец.

1.3. Братья и сестры.

1.4. Двоюродные братья и сестры.

1.5. Бабушки, дедушки и остальные родственники.

1.6. Посторонние, чужие люди: гости, друзья, соседи и др.

2. Тип события.

2.1. Опасности, несчастные случаи, телесные и другие наказания.

2.2. Болезни и смерть.

2.3. Проступки, кражи, сексуальный опыт и др.

2.4. Новые жизненные ситуации.

3. Способ восприятия ситуации субъектом.

3.1. Преобладающий вид чувствительности.

3.2. Ощущение принадлежности.

Важно учитывать, используется ли только местоимение «я» или (и) местоимение «мы»:

В целом использование местоимения «мы» свидетельствует о большем развитии социального чувства и сотрудничества, но многое зависит от того, с кем «мы»: только с членами собственной семьи или с более широким кругом людей.

3.3. Чувства и эмоции.

Вначале кратко остановимся на взглядах Адлера на эмоциональную жизнь вообще. Речь идет по крайней мере о трех основных идеях:

А. Все чувства и эмоции имеют цель.

Б. Цель чувств и эмоций соответствует общей жизненной цели – избранному нами стилю жизни.

В. Чувства, которыми проникнуты ранние воспоминания, помогают нам удерживать эмоциональный тон, соответствующий избранному жизненному стилю.

Чувства и эмоции, описанные субъектом, или хотя бы вскользь упомянутые им воспоминания являются важным средством постижения его жизненного стиля. Именно поэтому многие исследователи специально обращают внимание испытуемых на необходимость и важность описания чувств, даже неясных, смешанных или кажущихся незначительными. С другой стороны, диагностично и то, включает ли субъект описание эмоций по собственной инициативе или нет. Это отражает его стиль в подходе к

проблемам и задачам, выявляет его интерес к эмоциональной стороне жизни, к своим собственным чувствам и чувствам других людей. По этой причине важность описания чувств в предлагаемой мною инструкции специально не подчеркивается.

На этом завершается анализ по содержательным категориям – первый этап контент-анализа ранних воспоминаний.

На втором этапе предлагается прочитать все гипотезы, записанные на первом этапе, и вычеркнуть те из них, которые опровергаются какими-либо другими элементами воспоминания.

На третьем этапе предлагается сосредоточиться удобным для себя способом и попытаться постичь формулы жизненного стиля автора воспоминаний. Поначалу лучше работать в режиме мозгового штурма – продуцировать любые идеи и записывать их, не критикуя.

Затем на основе анализа этих идей должна быть выведена отточенная формула жизненного стиля, начинающаяся со слов, предложенных Адлером, например: «Жизнь – это...» или: «Жить – значит...».

Четвертый этап анализа – исследование вместе с автором ранних воспоминаний той жизненной формулы, которую составил консультант, то есть переход от **диагностической задачи к психотерапевтической**.

Следующие этапы тренинга проводятся в группе. Общие понятия групповой терапии, включающие процедуру знакомства, разминки, завершения работы и т.д., изложены в главе 3.

ЭТАП 2. ПОСТАНОВКА И СОГЛАСОВАНИЕ ЦЕЛЕЙ

Людьми доставляет большое удовольствие ощущение успешного достижения собственных целей и мечтаний, как кратковременных, так и перспективных. Помешать этому может несколько обстоятельств.

Во-первых, часто сами жизненные цели неясны и туманны. Бесцельность существования приводит к скуке и апатии, пассивности и пессимизму. Ясная и детальная постановка целей в этом случае сама по себе приносит некоторое удовольствие, особенно если возникает ощущение того, что собственные цели важны и другим людям, что собственные планы небезразличны другим людям и поддерживаются ими (Ромек, Ромек 2003).

Во-вторых, очень часто можно встретить подмену целей средствами их достижения. Сконцентрировавшись на предмете, средстве достижения цели (например, автомобиле или квартире), люди забывают о том, для чего им этот предмет нужен. Привязываясь к средствам достижения цели, человек просто вынужден испытывать неприятные чувства в силу труднодоступности или порчи предмета.

В-третьих, часто цели ставятся на недостижимом уровне, что не дает человеку получать удовольствие от каждодневного приближения к этим целям. Сравнивая свое состояние с не-, достижимым идеалом, человек концентрируется на различии, которое существует между ним самим и идеальным состоянием, легко обнаруживает это различие и расстраивается. Для переформулирования такого рода целей используется широко известный в поведенческой психотерапии (первоначально предложенный Б. Ф. Скиннером) принцип «последовательного приближения к цели». Суть этого метода состоит в том, что человека учат концентрироваться на маленьких шагах, ведущих к достижению цели, и обеспечивать самому себе подкрепление за выполнение этих шагов.

В-четвертых, часто вместо того, чтобы концентрироваться на целях (то есть на удовольствии), люди концентрируются на проблемах. Проблемы, таким образом, затмевают цель, накапливаются в сознании и затрудняют достижение цели. Многие проблемы, кажущиеся неразрешимыми, на практике легко устраняются, если внимание концентрируется на цели и связанных с нею удовольствиях.

Задача этого этапа тренинга состоит в том, чтобы научить участников формулировать позитивные и реалистичные цели и сообщать о них в открытой форме, вовлекая окружающих в достижение собственных целей. Далее участники учатся согласовывать собственные цели с целями и желаниями окружающих.

Упражнение 1 «Понимание целей»

Сядьте, возьмите 4 листа бумаги, карандаш или ручку. Напишите сверху на первом листе: «Каковы мои цели в жизни?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос. Пишите все, что приходит вам в голову, каким бы общим, абстрактным или тривиальным написанное ни казалось. Вы можете включить сюда личные, семейные, карьерные, социальные, общественные или духовные цели. Дайте себе еще 2 минуты, чтобы просмотреть весь список и сделать дополнения и исправления. Отложите первый лист в сторону.

Возьмите второй лист и напишите сверху: «Как бы я хотел провести следующие три года?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос, Потратьте еще 2 минуты на то, чтобы просмотреть список. Этот вопрос должен помочь вам выявить ваши цели более отчетливо, чем первый. Отложите в сторону и этот список.

Чтобы увидеть свои цели с другой точки зрения, напишите на третьем листе: «Если бы я знал, что мне осталось жить 6 месяцев начиная с сегодняшнего дня, как бы я их прожил?». Этот вопрос нужен, чтобы выявить, что важно для вас, но о чем при этом вы до сих пор даже не задумывались. Снова потратьте на ответы 2 минуты и еще 2 минуты на то, чтобы проверить список, и отложите лист в сторону.

На четвертом листе выпишите 3 цели, которые считаете наиболее важными из всех перечисленных. Сравните все четыре списка.

Обсуждение

Есть ли темы, проходящие красной нитью через все разнообразие ваших желаний?

Не принадлежат ли все ваши цели к одной категории, например социальной или личной?

Появляются ли какие-то цели во всех трех первых списках?

Не отличаются ли цели, которые вы выбрали как самые важные, от остальных перечисленных вами целей?

Целесообразно, чтобы тренер начал с рассказа о своих собственных целях.

Упражнение – 15 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Хотя этот метод и не раскрывает целиком неосознанные жизненные цели, о которых говорил Адлер, он может помочь вам понять взаимоотношения между вашими целями и вашей повседневной деятельностью. Полезно повторять это упражнение каждые 6 месяцев, чтобы увидеть, какие изменения произошли за это время.

Упражнение 2 «Три желания»

Вы нашли старую запечатанную бутылку, выброшенную волнами на берег. Вы открыли ее, оттуда появился джинн и пообещал исполнить три ваших желания. Когда будете обдумывать, что загадать, помните, что желания должны оставаться в пределах человеческих возможностей. Они должны быть увлекательными, но правдоподобными.

1. Напишите ваши три желания.
2. Выберите одно, наиболее важное для вас.
3. Напишите о своем желании четко и подробно как о главной жизненной цели.
4. Что вы делаете или собираетесь сделать для достижения этой цели?
5. Каковы препятствия для ее достижения?
6. Если хотите, повторите пункты 3–5 для оставшихся двух желаний.

Обсуждение

Что вы чувствовали, когда писали о своей цели, принимая ее всерьез?

Почему?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 3

«Времена года моей души»

Не все свои цели мы ставим осознанно. Иногда наши цели формируются бессознательно, и только после того, как мы что-то сделаем, мы начинаем понимать, чего же нам хотелось на самом деле.

Мы можем многому научиться у природы. В частности, именно в природе мы наблюдаем отрадное постоянство перемен. Все растения и животные проходят через цикл времен года. Зима дарит всем покой, а кому-то дает возможность умереть. Весной жизнь снова пробуждается. Летом она достигает своего полного расцвета, созревают плоды. Осень позволяет собрать урожай, а затем природа вступает в следующий цикл становления, исчезновения и нового рождения.

Если мы хотим собирать урожай, то постоянство смены времен года должно нас успокаивать. Если же мы привязываемся лишь к мечтам о цветении, то круговорот времен года будет нас огорчать. Точно так же и в нашей собственной жизни мы можем достигать зрелости и пожинать плоды лишь в том случае, если поймем и примем для себя, что многое уходит и изменяется, тем самым создавая предпосылки возникновения нового.

Пусть эта мысль послужит вам отправной точкой для размышления. Возьмите лист бумаги и составьте список примерно из пяти пунктов – перечень того, что в вашей жизни отмирает, становится слабее, теряет свою значимость, отступает на второй план. Возможно, заканчиваются и уходят в прошлое дружба, работа, брак. Может быть, изменяются внутренняя позиция или какое-либо чувство, ваша жизненная философия или политические взгляды. Сосредоточьтесь на том, что изменяется, но при этом не исчезает совсем.

Составьте еще один список (тоже примерно из пяти пунктов) – перечень того, что находится в самом начале, в стадии становления, что пока еще не стало полноценной частью вашей жизни. Это может быть то, что только появляется, или то, что вновь возвращается, становится все более важным и желанным. Возможно, это новая дружба, или зарождающийся интерес к кулинарии, или растущее желание путешествовать. Постарайтесь писать как можно более конкретно, но уложиться в 15 минут.

А теперь выберите из второго списка тот пункт, который вам особенно интересен. Напишите к нему небольшое пояснение. Какова его предыстория, что именно зарождается? Что помогает и что мешает его появлению? Может ли это стать для вас важной жизненной целью? Как вы можете на это настроиться? У вас есть еще 15 минут на размышление.

Обсуждение

Какие чувства вызывают у вас те явления, которые теряют свою значимость?

Как будет выглядеть ваша жизнь, если то, что возникло, будет развиваться дальше?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 4

«Бедность, богатство и Господь Бог»

Иногда цели проясняются для нас благодаря экстремальным обстоятельствам. Временами мы бессознательно устраиваем себе кризисы для того, чтобы пережить и осознать нечто важное.

Это упражнение дает возможность участникам пережить экстремальные ситуации в воображении и представить себе, к чему на самом деле могут привести изменения, к которым они неосознанно стремятся.

Даже когда наша жизнь протекает вполне благополучно, мы временами испытываем неприятное чувство. Иногда это связано с тем, что мы стремимся реализовать давно поставленные цели и забываем скорректировать их в соответствии с происходящими внутри нас изменениями.

Жизнь вынуждает нас более обстоятельно задумываться над происходящим и подвергать наши цели пересмотру.

Попробуйте пережить в воображении несколько необычных ситуаций. Представьте себе, что вы внезапно впали в крайнюю нужду. Что вы будете делать? Что из вашего имущества вы захотите, пусть даже ценой огромных усилий, сохранить? Какие элементы вашего жизненного уклада вы захотите оставить неизменными и какой ценой? Какие новые возможности откроет для вас бедность? В чем может заключаться ваш шанс?

Опишите, как вы будете действовать в такой ситуации, как будете себя чувствовать, о чем думать. У вас есть на это 10 минут.

А теперь представьте себе, что вам досталось огромное состояние. Что это будет означать для вас? Что вы сделаете прежде всего? Какие возможности это для вас откроет? Напишите, что вы будете в этой ситуации делать, какие будете строить планы. Для этого у вас есть еще 10 минут.

И, наконец, представьте себя в роли Бога. Что вы измените, что нового создадите, чтобы сделать этот мир лучше? В течение 10 минут записывайте то, что придет вам в голову.

Теперь задумайтесь на время о том, что вам хочется – возможно, уже давно, а может быть, лишь с недавних пор – изменить в своей жизни. Какие цели представляются вам важными? Как вы могли бы изменить свои жизненные планы? Запишите свои соображения.

Обсуждение

В какой ситуации было сложнее всего находиться?

Почему?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 5 «Свободен!»

В этом упражнении воображаемая экстремальная ситуация поможет участникам увидеть новые цели, которые могли быть скрыты пеленой условностей и устаревших иллюзий.

Сейчас вы переживете что-то вроде шока, и это, возможно, поможет вам взглянуть на свою жизнь по-новому. У каждого из нас есть множество желаний и целей. Некоторые из них мы осознаем и стремимся к их удовлетворению. О других мы догадываемся, однако предпочитаем оставлять их в полутьме. А часть наших желаний прячется, вероятно, в самых темных глубинах нашего бессознательного. Что произойдет, если мы станем более ясно и четко понимать наши желания и цели?

Представьте себе, что вы приняли волшебную таблетку, которая на время устраняет все сдерживающие факторы, усвоенные правила и моральные нормы. Вы освобождаетесь от робости, нерешительности, тревожности, от внутренней цензуры и любого внешнего давления. Действие волшебной таблетки продолжается в течение недели.

Что вы будете делать все это время? Что вы будете говорить? Как будет выглядеть ваша жизнь? Как вы будете себя чувствовать? Напишите, как бы вы прожили эту неделю. У вас есть на это четверть часа.

А теперь подумайте, могли бы вы сделать что-то из того, что вы записали, и без волшебной таблетки? К каким целям вы можете стремиться и без нее? Запишите свои мысли (5 минут).

Обсуждение

Насколько важны для вас такие желания, для исполнения которых действительно нужна волшебная таблетка?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 6 «Объявления»

Выполняя это упражнение, участники могут сформулировать и проговорить вслух цели, которые они уже осознали. Они имеют возможность утвердиться в этих целях и принять их как само собой разумеющееся.

У каждого из нас есть цели, которые мы держим в голове, в сердце и в душе. Некоторые из них служат нам своеобразными «алиби-целями» – в действительности мы вовсе не хотим их осуществлять. Другие цели являются амбивалентными («пятьдесят на пятьдесят»). Мы с равной вероятностью можем как стремиться к их достижению, так и избегать их реализации. Но есть и такие цели, которые мы очень хотели бы осуществить.

К чему вы стремитесь в своей жизни? Вы можете сейчас набросать объявления о

целях, которые для вас очень важны. Это могут быть самые разнообразные объявления: покупка недвижимости или квартиры, предложение рабочих мест, обмен или «Разное». Вы можете написать объявления о поиске партнера, друга, ребенка, консультанта, сотрудника и т.п. или же изобрести абсолютно новую разновидность объявлений.

Указывайте каждый раз, что именно вы ищете, каковы ваши конкретные пожелания и что вы готовы предложить взамен. Снабдите тексты объявлений своими координатами. Где бы вы хотели опубликовать свои объявления? Если вам не удастся подобрать подходящую газету или журнал, придумайте новые.

Обсуждение

Легко ли было сформулировать то, что вы готовы предложить взамен желаемого?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 7 «Волшебная лавка»

Участники могут сосредоточиться на существенных для них жизненных целях и с помощью воображения осознать следующую закономерность, чтобы приобрести что-то новое, нам всегда приходится платить. Упражнение построено так, что участники могут оказывать поддержку друг другу. Условием его проведения является достаточно близкое знакомство членов группы между собой.

Это упражнение даст вам возможность посмотреть на самих себя. Вы сможете высказать любое желание и, как в сказке, взвесить, чего это желание будет вам стоить.

Устройтесь поудобнее. Несколько раз глубоко вдохните и выдохните и полностью расслабьтесь.

Представьте себе, что вы идете по узенькой тропинке через лес. Вообразите окружающий вас ландшафт. Осмотритесь вокруг. Сумрачно или светло в окружающем вас лесу? Что вы слышите? Какие ароматы вы ощущаете? Что еще вы чувствуете?

Внезапно тропинка поворачивает и выводит вас к какому-то старому дому. Вам становится интересно, и вы заходите внутрь. Стены оборудованы стеллажами и выдвижными ящиками, как в мелочной лавке. Повсюду стоят стеклянные сосуды, банки, коробки. Это действительно старая лавка, причем волшебная.

Теперь представьте себе, что ваш напарник (или терапевт) – продавец в этой лавке. Добро пожаловать! Здесь вы можете получить все, чего вы хотите от жизни. Но есть одно правило: за выполнение каждого желания вы должны отдать что-либо или от чего-то отказаться. Тот, кто пожелает воспользоваться волшебной лавкой, может подойти к продавцу и сказать, чего он хочет. Продавец задаст вам только один вопрос: «Что ты отдашь за это?» Вы должны решить, готовы ли вы отдать что-либо и что именно это будет.

«Продавец» никак не комментирует слова «покупателя». Через некоторое время к «продавцу» сможет подойти следующий член группы.

Обсуждение

Какие трудности возникли при выполнении этого упражнения?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 8

«Превращаем проблемы в цели»

Это упражнение дает участникам возможность составить общее представление о своих повседневных проблемах и сформулировать наиболее важные из них в виде целей.

Инструкцию к этому упражнению терапевт может раздать членам группы.

У каждого из нас есть свои проблемы. Некоторые из них мы должны принять и жить с ними так, как можем. Но к счастью, многие наши проблемы могут быть решены, если мы сможем представить их для себя в виде целей, которых мы хотели бы достичь. Давайте попробуем сделать это.

1. Составьте список проблем, которые вы хотели бы как можно скорее решить. Следующие вопросы помогут вам в этом:

- Что я действительно хочу делать, иметь, чего хочу достичь?
- Что еще может доставить мне удовольствие?
- В каких сферах жизни я хотел бы усовершенствовать свои способности?
- Что в последнее время занимало мои мысли, тяготило или сердило меня?
- На что я чаще всего жалуюсь?
- Что создает мне больше всего забот?
- Что заставляет меня чувствовать себя тревожно или напряженно?
- Что дает возможность чувствовать себя уютно?
- Что меня больше всего расстраивает?
- Что стало в последнее время меня раздражать?
- Что я хотел бы изменить в моем отношении к самому себе?
- Что мне надо изменить в себе?
- На что у меня уходит слишком много времени?
- Что мне очень сложно делать?
- От чего я быстро устаю?
- Как я мог бы лучше распределять свое время?
- Как я мог бы разумнее расходовать свои деньги?

2. Теперь опишите проблему, которую вы хотели бы решить прежде всего. Представьте ее как можно более объективно.

3. Сформулируйте цель, которую вы могли бы достичь. Что вам надо сделать для того, чтобы ваша проблема перестала существовать или, по крайней мере, стала менее острой?

Обсуждение

Ответ на какие вопросы вызвал наибольшие сложности? Как вы думаете, почему?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 9 «Сон о будущем»

С помощью направленного воображения участники могут интуитивно прояснить для себя свои цели, ожидания и желания.

Мы обладаем удивительной способностью по-разному воспринимать время. Иногда нам кажется, что год пролетает как одна секунда, а бывает и так, что секунды растягиваются на годы. Кроме того, мы можем мысленно возвращаться в прошлое или, наоборот, заглядывать в будущее. Эту поразительную способность можно использовать для того, чтобы прояснить для себя глубоко заправленные желания.

Сядьте поудобнее и закройте глаза. Несколько раз вдыхайте поглубже, и с каждым выдохом пусть вас покидают все заботы, все мысли, все накопившееся напряжение.

Теперь представьте себе часы – любые часы с циферблатом и тремя стрелками: часовой, минутной и секундной. Держите их перед своим внутренним взором, и пусть они показывают какое-нибудь время. Наблюдайте за тем, как часы начинают идти вперед. Представляйте себе во всех деталях, как

движется секундная стрелка, что в это время происходит с минутной, как перемещается часовая. Смотрите на них внимательно и наблюдайте за всеми тремя стрелками одновременно (30 секунд).

А теперь представьте себе, что часы постепенно начинают бледнеть и вы засыпаете. Вы находитесь как раз там, где вам бывает легко заснуть. Сон переносит вас в желаемое будущее.

В этом сне появляются различные образы: одни из них видны вполне отчетливо, другие лишь едва намечены. Некоторые из вас услышат звуки, шорохи, слова... Кто-то почувствует запахи или ясно ощутит свои движения... Внимательно посмотрите, какую картину будущего представило вам ваше бессознательное. Свяжите возникшие образы с вашими осознанными желаниями.

Если этот сон о будущем вдруг растает или прервется, вы можете вернуться к картинке с часами и снова понаблюдать за стрелками. Это позволит вам вновь сосредоточиться. За эти несколько минут вы сможете пережить те важные события, на

которые надеетесь в будущем (3–5 минут).

А теперь возвращайтесь назад. Не торопясь откройте глаза, выпрямитесь, потянитесь.

Обсуждение

Опишите свой сон о будущем. При этом вы можете дополнить его новыми деталями, которые придут вам в голову.

Упражнение – 15 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 10 «Карта будущего»

Представление своего будущего в виде карты местности позволит участникам более четко осознать свои цели. Метафорическое выражение целей в виде пунктов на карте, а путей их достижения в виде улиц и дорог помогает участникам создать в воображении наглядную картину своего будущего.

После создания такой карты каждый сможет соотнести цели между собой и понять, насколько они сочетаются друг с другом, какие препятствия встречаются на пути к ним, какие новые возможности открываются.

Начертите карту своего будущего. Ваши глобальные цели обозначьте как пункты местности, в которых вы хотели бы оказаться. Обозначьте также промежуточные большие и маленькие цели на пути к ним. Придумайте и напишите названия для «пунктов-целей», к которым вы стремитесь в своей личной и профессиональной жизни. Нарисуйте также улицы и дороги, по которым вы будете идти. Как вы будете добираться до своих целей? Самым коротким или обходным путем? Какие препятствия вам предстоит преодолеть? На какую помощь вы можете рассчитывать? Какие местности вам придется пересечь на своем пути: цветущие и плодородные края, пустыни, глухие и заброшенные места? Будете ли вы прокладывать дороги и тропы в одиночестве или с кем-нибудь? У вас есть 30 минут.

Обсуждение

Где находятся важнейшие цели?

Насколько они сочетаются друг с другом?

Где вас подстерегают опасности?

Откуда вы будете черпать силы для того, чтобы достичь желаемого?

Какие чувства вызывает у вас эта картина?

Упражнение – 30 мин. на одного участника, обсуждение – 10 мин. на каждого участника.

Упражнение 7

«Верстовые столбы моего будущего»

В этом упражнении участники составляют список того, что им хотелось бы сделать в будущем, чтобы упорядочить свои цели. Преимущество этого способа работы состоит в том, что он усиливает ощущение направленности и непрерывности жизни.

Можно заглянуть в свое будущее без всякой астрологии. У каждого из вас есть множество надежд и желаний. Некоторые из них смогут, по всей вероятности, претвориться в жизнь, другим же суждено остаться в царстве мыслей и представлений.

Определите, как далеко в будущее вы хотите заглянуть. Может быть, вам интересно увидеть свою жизнь через год или два, а может быть – через десять лет?

Теперь подумайте, чего вы хотите достичь за это время. Что вы хотите создать? Чему научиться? Кем стать? От чего вы хотели бы отказаться или освободиться?

Представьте себе, что каждая важная цель этого жизненного отрезка является верстовым столбом на пути жизни, по которому вы идете. Когда вы доходите до очередного верстового столба, вы можете сказать себе: «Это я уже сделал!» Вы-

бирайте только такие цели, которые для вас позитивно окрашены и достойны того, чтобы к ним стремиться. Причем их должно быть не больше шести-восьми. Расставьте их в нужной временной последовательности и обозначьте каждый верстовой столб несколькими ключевыми словами.

Обсуждение

Насколько разумными представляются вам ваши цели на будущее?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 12 «Ожидания»

Участникам предоставляется хорошая возможность взглянуть не только на позитивные, но и на негативные предположения о себе и своей жизни и видоизменить их так, чтобы они стали продуктивными.

Наши мысли о будущем нередко очень хаотичны. Мы полны надежд и опасений. Иногда наши страхи действуют на нас дисциплинирующе, но нередко они подталкивают нас к таким действиям, которые способствуют претворению в жизнь наших тайных опасений.

Сосредоточьтесь сейчас на своих осознанных и не совсем осознанных ожиданиях и представлениях о будущем. Обратите внимание как на позитивные, так и на негативные ожидания. В этом случае вы сможете лучше ощутить возможность контроля над своими действиями.

Составьте список важнейших предположений о своей будущей жизни. Что вы будете делать? Что будет с вами происходить? Записывайте все, что будет приходить вам в голову в любом порядке. У вас есть 10 минут.

А теперь сосредоточьте свое внимание на негативных предположениях. Превратите их в позитивные ожидания, чтобы они не сбылись в своей негативной форме. Например, предположение «Я буду болеть» вы можете заменить на «Я смогу научиться лучше следить за своим здоровьем». Запишите эти новые позитивные ожидания.

Обсуждение

В двух-трех предложениях выразите те мысли, которые возникают у вас при взгляде на эти переформулированные ожидания.

Что вы о них думаете?

Что вы чувствуете?

Упражнение – 10 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 13 «Радуга»

Для многих участников медитативное рисование, которым они будут заниматься в ходе этого упражнения, представляет собой идеальный способ осознания важных жизненных целей.

У нас есть прекрасная возможность задуматься о будущем, определить и осмыслить важные для нас цели. Говорят, что на конце радуги стоит горшок с золотом, который каждому, кто его найдет, дарит счастье и богатство.

Представьте себе вашу личную радугу, созданную солнцем и дождем для того, чтобы порадовать вас.

Пусть те точки, где радуга опирается на горизонт, обозначают ваше настоящее и будущее. Вообразите, что в точке будущего вас ждет нечто ценное и очень желательное для вас, идеально подходящее вам.

Нарисуйте радугу, а там, где она уходит за горизонт, нарисуйте цель, которая придет вам в голову во время рисования. Сосредоточьтесь прежде всего на радуге, на ее цветах, ее изгибе. Пока вы будете рисовать, вам будут приходить в голову различные мысли, в памяти будут всплывать различные цели. Нарисуйте будущую цель на первом плане, осознавая, что она может быть не единственной важной целью. Вы можете рисовать ее символически, или реалистично, или совмещая оба эти способа. На это отводится 20 минут.

А теперь взгляните на свой рисунок и мысленно представьте себе ответы на следующие вопросы:

- Как мне достичь своей цели?
- Что зависит от меня, а что от других?
- Какие препятствия могут встретиться на пути?
- От чего мне, возможно, придется отказаться?

- Что я выиграю?
- Кто, кроме меня, может получить пользу от достижения этой цели?
- Как я отношусь к этой цели? *Обсуждение*

Получилась ли у вас законченная картина достижения своей цели?

Какие были трудности?

Упражнение – 25 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 14 «Стрела»

Это упражнение приобщает бессознательное участников к тайне «прицеливания». Нередко мы стремимся к своим целям чересчур резко или выбираем неподходящее для их достижения время. Действуя в воображении, мы можем осознать, что именно нам надо делать, чтобы двигаться к своей цели уверенно и сосредоточенно.

В жизни нам часто нужны образцы и модели, которые давали бы представление о том, как можно жить и действовать. А при определенных условиях мы сами можем быть для себя таким образцом. Можно научиться у себя самого тому, как достичь цели.

Сядьте поудобнее, сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и позвольте себе полностью расслабиться.

Закройте глаза и представьте себе, что вы держите в руках лук. Почувствуйте ступнями и всеми мышцами ног, как прочно вы стоите на земле. Держите лук одной рукой, а тетиву с приложенной к ней стрелой – другой. Ощутите, как напрягаются мышцы рук, когда вы натягиваете тетиву.

А теперь постарайтесь ясно и отчетливо увидеть находящуюся впереди вас цель. Обратите внимание на то, как указывает на нее острие стрелы. Теперь лук натянут и полностью готов к выстрелу, стрела направлена точно на цель. Почувствуйте, сколько энергии сконцентрировано в спокойствии заряженного лука. Вам надо только отпустить стрелу, чтобы эта энергия понесла ее к цели.

И вот стрела выпущена. Следите за ее полетом и ощущайте ее устремленность к цели. Ничего больше не существует для стрелы – только цель. Никаких сомнений, отклонений в сторону, никаких отступлений. Стрела летит безупречно прямо и входит в середину цели.

Спокойно и уверенно вы можете послать в цель еще несколько стрел и, делая это, ощутить направленную в одну точку концентрированную силу и решительность.

Теперь возвращайтесь назад и медленно открывайте глаза.

Обсуждение

Попали ли вы в вашу цель? Как вы думаете, почему?

Упражнение – 10 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 15 «Путь к цели»

Это упражнение помогает участникам наметить важную цель и ни на шаг не отступать с ведущего к ней пути, несмотря на все препятствия.

Иногда мы хорошо знаем, чего мы хотим, но нам не хватает энергии для осуществления своих намерений, для того, чтобы в течение длительного времени прилагать усилия и не отступать, несмотря на возникающие препятствия и помехи.

Подумайте о важнейших целях, стоящих перед вами на текущем этапе жизни, и коротко опишите их несколькими ключевыми словами. Спектр этих целей может быть очень широким: это могут быть абстрактные и конкретные цели, труднодостижимые и легкие, далекие и близкие. Решающее значение здесь имеет то, что цель важна для вас и вы действительно хотите ее достичь.

Теперь выберите из списка ту цель, которая в данную минуту вам ближе всего, которая вас больше всего привлекает. Сядьте поудобнее и закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, и пусть вместе с выдыхаемым воздухом вас покинут все заботы, мысли, неотложные дела, уйдет напряжение. Сосредоточьтесь на выбранной цели.

Пусть в вашем сознании всплывет картина или образ, символизирующий для вас эту

цель. Это ваш личный, индивидуальный символ, и образ может быть каким угодно: природным объектом, животным, человеком, предметом.

Не открывая глаз, представьте себе, что перед вами лежит длинная и прямая тропа, ведущая на вершину холма. Над холмом вы видите именно тот образ, который символизирует вашу цель. А по обеим сторонам тропинки вы ощущаете присутствие различных сил, которые пытаются заставить вас свернуть с пути, помешать вам достичь вершины холма.

Эти силы могут сделать буквально все, что захотят. Не могут они лишь одного – разрушить прямую как луч тропинку, слегка светящуюся перед вами. Эти силы символизируют различные отвлекающие ситуации, людей, менее важные цели, негативные настроения. В их распоряжении есть много способов заставить вас отклониться в сторону. Они попытаются лишить вас мужества или чем-нибудь соблазнить. Они приведут множество логических доводов, доказывающих, что дальше идти нет смысла. Они захотят запугать вас или вызвать у вас чувство вины.

А вы можете ощутить себя сгустком ясной воли и неуклонно идти вперед по тропе. Не торопитесь и давайте себе достаточно времени для того, чтобы понять стратегию каждого «возмутителя спокойствия». Ощущайте направление движения. Вы можете даже обменяться парой слов с кем-то из тех, кто пытается отвлечь вас, однако после этого снова продолжайте свой путь и ощущайте себя живой, устремленной вперед волей.

Когда вы достигнете вершины холма, посмотрите на тот образ, который символизирует вашу цель. Ощущайте его присутствие, оставайтесь какое-то время рядом с ним и наслаждайтесь его близостью. Почувствуйте, что означает для вас этот образ, прислушайтесь к тому, что он вам сейчас может сказать.

Теперь пришло время позволить всем этим образам поблекнуть и отодвинуться на второй план. Заберите с собой то, что оказалось для вас важным, и постепенно возвращайтесь назад. Откройте глаза, потянитесь, выпрямитесь.

Обсуждение

Какие силы хотели заставить вас свернуть в сторону?

Упражнение – 15 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 6 «Смысл жизни»

Для участников, которые подвержены мыслям о самоубийстве, это упражнение дает прекрасную возможность прояснить цели своего существования. Участники группы должны быть близко знакомы друг с другом и доверять терапевту.

Сядьте прямо и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Закройте глаза и сосредоточьтесь.

Представьте себе старинную пустую виллу, которая сейчас необитаема. Осмотрите это здание. Пройдите по всем комнатам, полюбуйте старинной мебелью, светильниками, картинами и коврами.

Теперь поднимитесь по лестнице на второй этаж, пройдите через спальню. Обратите внимание на фиолетовую портьеру, немного прикрывающую широкую деревянную дверь. Отодвиньте портьеру в сторону и откройте дверь.

Сейчас вы видите вторую лестницу, пыльную и всю в паутине. Очевидно, ею очень давно никто не пользовался. Медленно поднимитесь по ступеням и откройте находящуюся наверху дверь.

Вы оказались в старой библиотеке, наполненной светом, льющим из окон и проникающим сквозь стеклянную крышу. Попытайтесь прочесть несколько названий книг. Вдруг вы замечаете, что в углу комнаты сидит какой-то человек.

Он говорит спокойным, мягким голосом: «Я ждал тебя». И откуда-то из глубины души к вам приходит чувство, что этот человек обладает всеми знаниями мира и может ответить на все вопросы.

Вы решаетесь задать ему самый важный вопрос: «Зачем я пришел в этот мир?» и в тишине ждете, что он вам ответит. Ответ может прийти в словах, в жестах, в переданных телепатически мыслях или образах. Вы можете задать этому человеку любые важные

для вас вопросы. А теперь поблагодарите старого мудреца и попрощайтесь с ним. Спуститесь по лестнице вниз, снова пройдите по всем комнатам. Покиньте эту виллу и возвращайтесь назад. Вы почувствуете себя обновленным после этой встречи. Потянитесь, выпрямитесь и откройте глаза.

Обсуждение

Получили ли вы ответ на заданный вопрос?

Готовы ли вы поделиться им с группой?

Упражнение – 5 мин. на одного участника, обсуждение – 3–5 мин. на каждого участника.

Упражнение 17 «Растущие цели»

Подумайте, пожалуйста, о том, к чему вы стремитесь, о тех состояниях, достижение которых доставляет (или может доставить) вам удовольствие.

Назовите, пожалуйста, четыре таких состояния, воспользовавшись следующим ассоциативным рядом:

1) Зимняя цель – никому не видна и редко осуществляется, поскольку лежит глубоко в земле в виде зернышка. Может вырасти в цель видную и красивую при соответствующем уходе и заботе.

2) Весенняя цель – при данных условиях уже проросла, но росток нежный и беззащитный, может быть легко затоптан.

3) Летняя цель – созрела и цветет, цветы всем видны и очевидны, могут быть и плоды.

4) Осенняя цель – зрелая и плодоносящая, требует лишь постоянного полива, цвести и плодоносить при должном уходе будет долго.

После непродолжительной подготовки, в ходе которой участники формулируют свои цели на листках бумаги, тренер предлагает каждому рассказать группе о собственных целях.

Обсуждение

Можете ли вы сказать, что эти цели могли бы быть привлекательны и для вас самих?

Действительно ли речь идет о целях или мы имеем дело со средствами?

Подготовка – 5 мин., упражнение – 10 мин. на участника, обсуждение – 5-7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Прочитайте еще раз ваш инвентарь целей и проверьте, не оказалась ли какая-либо важная для вас цель пропущенной и не включили ли вы в список целей что-либо второстепенное и несущественное.

Упражнение 18 «Оценка целей»

Пожалуйста, прочитайте информационный листок «Критерии цели, дающей удовольствие». **Критерии цели, дающей удовольствие:**

– Концентрируйтесь на удовольствии, а не на проблеме.

– Сначала думайте о цели, потом ищите средства.

– Разделяйте глобальные цели на маленькие достижимые шаги.

– Ставьте перед собой достижимые цели.

– Концентрируйтесь на целях с максимальной свободой собственных действий.

– При возможности устанавливайте временные и количественные критерии достижения цели.

Попробуйте, используя этот листок, оценить каждую вашу формулировку из предыдущего упражнения по шести критериям. Используйте просто значки «+» и «-».

Обсуждение

Согласны ли вы с перечисленными критериями цели, создающей удовольствие?

Можно ли отказаться от некоторых критериев? Может быть, эти критерии надо дополнить?

Как выглядят ваши цели применительно к этим критериям?

Упражнение – 10 мин. на участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 19 «Ошибочные цели»

Участникам раздают бланки, на которых будут написаны перечисленные ниже цели. Попробуйте найти ошибки в приведенных ниже формулировках целей:

- Хочу иностранную машину
- Чтобы муж меньше пил
- Хочу жить отдельно от родителей с любимым парнем
- Недельку отдохнуть, и чтобы меня никто не трогал
- Хочу замуж
- Мне нужен новый компьютер
- Не хочу работать
- Научиться играть на гитаре
- Хочу быть хорошим специалистом, и чтобы все меня уважали ^
- Мне нужна трехкомнатная квартира
- Не хочу ухаживать за больной бабушкой
- Мне срочно нужно похудеть

Обсуждение

Что легче – соблюдать или нарушать критерии? Отчего это так?

Упражнение – 20 мин., обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 20 «Испорченные цели»

Пожалуйста, попробуйте переформулировать собственные цели так, чтобы нарушить как можно большее количество «критериев цели, дающей удовольствие».

Участников группы я попрошу помочь каждому найти такую формулировку, которая нарушает как можно большее количество правил.

Упражнение – 20 мин., обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 21 «Согласование целей»

Записи участников, сохраненные после упражнения «Растущие цели» (упр. 17 этого этапа).

Это упражнение выполняется в парах. Посмотрите друг на друга и выберите человека, с которым вы могли бы обсудить ваши цели.

Ваша задача состоит в том, чтобы проинформировать друг друга о своих целях и найти возможные совпадения.

Конечно, не следует ожидать полного совпадения целей. Наша задача в том и состоит, чтобы в обсуждении найти такие вещи, к которым вы оба могли бы стремиться.

Теперь я попрошу объединиться с ближайшей парой. Обсудите, пожалуйста, цели пар и ваши личные цели и попытайтесь прийти к согласию относительно того, что вам четвером может доставлять удовольствие.

Один из представителей каждой подгруппы рассказывает всей группе, какие согласованные цели есть у его «четверки». Участники критически анализируют цель с использованием «критериев цели, дающей удовольствие».

Обсуждение

Какие трудности возникли в процессе согласования целей?

Чье описание согласованных целей было самым удачным?

Какие правила труднее всего соблюдать?

Упражнение – 20 мин., обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

ЭТАП 3. ПЕРЕПИСАННАЯ БИОГРАФИЯ

В прошлом многих участников группы нередко лежат не самые радостные события, в которых при всем желании трудно найти позитив, чтобы ему порадоваться. Часто взгляд, «направленный в прошлое», затмевает радости дня сегодняшнего. Простой и для многих эффективный совет жить сегодняшним днем, извлекая из прошлого уроки и планируя завтрашнюю счастливую жизнь, нередко оказывается трудновыполнимым.

Помочь последовать этому правилу должны упражнения, направленные на «примирение с прошлым». Задача этих упражнений состоит в том, чтобы перераспределить ответственность за прошлые несчастья между собой и

обстоятельствами жизни и взять на себя самого ответственность за сегодняшнюю жизнь и свое собственное будущее. При этом, конечно, придется на некоторое время углубиться в прошлое. Но общая цель при работе с биографическим материалом все же состоит в том, чтобы выявить и реконструировать позитивные аспекты биографии, как бы переписать ее заново (Lutz, 1996).

Упражнение 1

«Переписанная автобиография»

За исключением редких экстремальных случаев, биография каждого человека включает как трудности и несчастья, так и удачи, радости и счастье. Наша задача сейчас состоит в том, чтобы рассказать собственную биографию, оставив в ней только позитивные моменты, то есть такие события и обстоятельства, которые вам доставили удовольствие, радость или другие приятные чувства.

Пожалуйста, описывайте эти чувства как можно детальнее, используя ощущения разных модальностей.

Участники группы по очереди рассказывают подготовленные позитивные автобиографии.

Обсуждение

Как вам показалось, что в услышанных нами биографиях было самым приятным?

Какой момент лично для вас стал бы самым счастливым?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 2 «Проект биографии»

Теперь, когда мы навели порядок в прошлом, попробуем пофантазировать и заглянем в наше позитивное будущее. Мы будем полностью свободны в наших фантазиях и сочиним каждый сам себе биографию на ближайшие 5–10 лет, включив в нее все наши мечты и планы, а также события и обстоятельства, которые наверняка доставят удовольствие и радость.

Пожалуйста, описывайте эти чувства как можно детальнее, используя ощущения разных модальностей.

Участники группы по очереди рассказывают подготовленные биографии.

Обсуждение

Как вам показалось, что в услышанных нами биографиях было самым приятным?

Какой момент лично для вас стал бы самым счастливым?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Позитивные биографии предлагается дополнить новыми позитивными событиями, которые участники могут позаимствовать из услышанных ранее рассказов.

Упражнение 3

«Счастливые моменты жизни»

Вспомните, пожалуйста, 2–3 счастливых момента вашей жизни, а также те пространственные и временные рамки, в которых вас «застало» счастье.

Вкратце запишите на листках суть дела и опишите те предметы или обстоятельства, которые вам в связи с этим запомнились. /

Расскажите, что с вами произошло. Давайте попробуем инсценировать это событие.

О каких обстоятельствах вашей собственной жизни вы вспомнили, наблюдая эту сценку? Какие чувства испытали?

Драматизация, особенно с использованием приема «мысли вслух» и выявлением ключевых для счастливого события символов, может иметь очень большое значение для «примирения прошлого и настоящего».

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 4

«Мои успехи и мои неудачи»

Пожалуйста, вспомните об одной вашей неудаче и об одной удаче. Безразлично, когда они случились, недавно или же очень давно. Попробуйте рассказать о них группе в оптимистичной манере.

Задача участников группы – после завершения рассказа попробовать скорректировать его в сторону большего оптимизма.

Обсуждение

Что мешает нам рассуждать в оптимистичном стиле?

Какие преимущества и какие недостатки имеет оптимизм?

Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Постарайтесь обращать внимание на то, в каком стиле окружающие вас люди рассказывают о своих успехах и своих неудачах. При необходимости попробуйте вмешаться в разговор и скорректировать стиль рассказа на более оптимистичный.

Упражнение 5 «Оптимистичное выступление»

Пожалуйста, сделайте трехминутное сообщение перед группой, выдержанное в оптимистичной манере, на одну из следующих тем:

1. Перспективы производства автомобилей в России
2. Как прекратить войны во всем мире
3. Есть ли жизнь на Марсе?
4. Инструкция по пользованию районным жэком
5. Люблю ли я путешествовать?
6. Судьба русского образования
7. Как стать счастливым?
8. Интернет, его достоинства и недостатки
9. Что бы я сделал, если бы стал президентом
10. Почему мне нужно в два раза повысить зарплату
11. Новогоднее поздравление
12. Счастье не купишь

Группа по окончании выступления дает обратную связь и исправляет ошибки.

Обсуждение Что мешало выступать в оптимистичной манере?

Возможен ли стопроцентный оптимизм? В отношении кого: себя самого или других людей – проще быть оптимистом?

Упражнение – 5–10 мин. на каждого участника.

ЭТАП 4. ХОРОШЕЕ В ПЛОХОМ

Как мы поступаем со всякими гадостями, которые неизбежно встречаются в нашей жизни? Можно поступать по-разному. Можно полностью сконцентрироваться на ошибках и неудачах, обидных словах, несправедливости и зле, которые, безусловно, есть в современном мире. Этот способ обращения с негативным очень распространен в современном мире. Более того, некоторые люди до такой степени концентрируются на негативном, что сами начинают создавать негатив вокруг себя.

Но опыт показывает, что в любом негативном событии или явлении всегда есть нечто позитивное. Оставив без внимания банальный «наполовину пустой – наполовину полный стакан», сконцентрируемся на простом приеме, который не позволяет портить нам удовольствие прошлыми и грядущими неприятностями.

Прием заключается в том, что в случившемся или ожидаемом неприятном событии мы ищем позитивные моменты, образно представляем себе этот позитив и вживаемся в него.

Несмотря на кажущуюся простоту и эффективность прием «Хорошее в плохом» требует все же специальной тренировки.

Столкнувшись с неприятными событиями или предполагая, что они могут произойти, подумайте о том, что в этих событиях может быть хорошего, приятного, позитивного.

Упражнение 1 «Хорошее в плохом»

Вспомните о неприятном событии, которое произошло с вами в прошлом или которого можно ожидать в будущем. Подумайте, что в этом событии, может быть

хорошего, и расскажите нам об этом.

Я попрошу членов группы помогать друг другу в поисках позитива. Предлагайте, пожалуйста, любые приходящие в голову варианты.

Обсуждение

Существуют ли ситуации, при которых невозможно найти позитивное в нежелательных событиях?

Что мешает обращать внимание на позитивное?

Упражнение – 10–15 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

Если в вашем присутствии кто-либо будет рассказывать о негативных событиях, то попробуйте сами найти в них позитивное и расскажите об этом позитиве партнеру по разговору. Конечно, партнер будет сопротивляться и оспаривать ваши слова. Будьте настойчивы и скажите, что вы все же остаетесь при своем мнении.

Упражнение 2

«Поиск наилучшей альтернативы»

Подумайте о событии, которое может случиться в ближайшем будущем и которого бы вы не хотели. Не стоит думать о трагических событиях, выберем просто неприятное.

Расскажите, пожалуйста, о ваших опасениях группе и предложите 4–5 наилучших альтернатив неприятным чувствам, которые могут быть связаны с этим событием.

Членов группы я попрошу помочь друг другу в поиске наилучших альтернатив.

Обсуждение

Что вы чувствовали, обдумывая наилучшие альтернативы?

Упражнение – 10–15 мин. на каждого участника.

ЭТАП 5. ПРИНЯТИЕ ПОХВАЛЫ

Многим из повседневной жизни известны трудности и неприятные ощущения, которые возникают в момент, когда нас хвалят, особенно – хвалят публично. Трудность заключается даже не в том, чтобы суметь сказать: «Большое спасибо, было очень приятно это услышать», а в том, что было неприятно услышать именно похвалу.

Удивительным образом публичное признание заслуг и похвала повергают многих в сомнения и стыд. Ложно понятая скромность заставляет краснеть и прятать руки, заикаться и оправдываться («да нет, что вы, это совсем не так»).

Конечно, не от всех слышать похвалу приятно в равной степени. Но что мешает насладиться *заслуженной и искренней* похвалой и публичным признанием?

Мешает неумение наслаждаться позитивным. Участникам тренинга предстоит научиться не только адекватно, без самоуничтожения и агрессии, реагировать на похвалу, но и получать от похвалы удовольствие, радоваться ей.

Упражнение 1

«Принятие похвалы.

Умение радоваться комплиментам»

Выберите кого-нибудь из членов группы, кому бы вы хотели сказать комплимент, и скажите, что вам в нем нравится. Начинайте со слов:

Мне в тебе нравится...

У тебя лучше, чем у меня, получается...

Я тебе благодарен за то, что ты...

Сделайте небольшую паузу, чтобы партнер мог прочувствовать ваш комплимент.

Выслушивая комплимент, поверьте другому, повторите • про себя его слова, начиная следующим образом:

Ему во мне нравится...

У меня лучше, чем у него, получается...

Он мне благодарен за мое...

Постарайтесь сосредоточиться на приятных чувствах, которые в вас вызывает похвала, скажите об этих чувствах партнеру.

Обсуждение

Что вы чувствовали, когда говорили или получали комплимент?
Как комплименты обычно действуют на людей?
Как они подействовали на вас?
Можете ли вы вспомнить случай, когда вас неожиданно похвалили?
Что вы чувствуете, вспоминая об этом?
Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

ЭТАП 6. САМОПОДКРЕПЛЕНИЕ

Самоподкрепление (как и самоконтроль) – метод, довольно широко используемый в рамках когнитивной поведенческой психотерапии. Некоторые исследователи считают самоподкрепление процедурой даже более действенной, чем подкрепление со стороны психотерапевта или окружающего мира (Kanfer, 1970; Meichenbaum, 1979, 1997). Как явствует из названия, суть метода состоит в том, что человек сам дает себе позитивное или негативное подкрепление каждый раз, когда ему удается достичь некоторой цели или решить жизненную задачу.

Сложность применения метода состоит в том, что в этом случае клиент часто не способен самостоятельно выбрать подходящие для него подкрепления и навык самоподкрепления сам по себе нуждается в тренировке.

Поэтому процедуре самоподкрепления часто предшествует модельная демонстрация самоподкрепления и тренировка в самоподкреплении в присутствии терапевта с последующими пробами в ролевой игре.

Иногда, когда обнаруживаются существенные нарушения самооценки члена группы, самоподкрепление может выступать не в качестве терапевтического приема, а как самостоятельная терапевтическая цель. В этом случае формированием новых способов самоподкрепления психотерапевт стремится внести существенные изменения в механизмы внутренней вербализации, повысить уровень эффективности, внести коррекцию в уровень самоуважения клиента.

Ожидается, что самоподкрепление во внешней речи постепенно интериоризируется и становится привычным способом саморегуляции поведения.

Упражнение 1

«Сам себя не похвалишь - никто не похвалит»

В парах расскажите о себе все самое хорошее. Партнер помогает найти хорошее в себе. По моему сигналу поменяетесь ролями. Даю одну минуту на рассказ о самом хорошем.

Расскажите партнеру о своих успехах и радостях за последний год (месяц, неделю, день, час). Партнер может расспрашивать, если его что-либо заинтересует.

По моему сигналу поменяетесь ролями. Даю одну минуту на рассказ об успехах и радостях.

Обсуждение

Что помогало, а что мешало говорить о своих успехах и радостях?

Упражнение – 5 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

ЭТАП 7. НАСЛАЖДЕНИЕ В ДЕЙСТВИЯХ

«Кирпичики» наслаждения формируют приятные образы, оперируя с этими образами, люди учатся получать наслаждение от действий, с ним связанных. Коллекционирование спичечных коробков, плавание, спорт и танцы могут доставлять огромное наслаждение при соблюдении уже названных критериев.

На начальных стадиях этого этапа составляется «инвентарь» разных действий, которые доставляют удовольствие людям. Затем участникам предлагается осознанно и целенаправленно использовать эти занятия для получения наслаждения, концентрируясь на приятных чувствах.

На этом этапе тренинга сфера удовольствия ограничивается «субъект-объектным» (предметным) взаимодействием, в минимальной степени зависящим от настроений и действий других людей.

Упражнение 1 «Мне нравится»

Пожалуйста, подумайте и завершите следующее незаконченное предложение:

Мне нравится... а многие люди не знают, какое от этого можно получить удовольствие.

Обсуждение

Заинтересовали ли вас какие-либо удовольствия?

В какой сфере преимущественно лежат удовольствия участников нашей группы: работа, путешествия, увлечения, общение, искусство?

Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 2 «Интервью в парах»

Участники любым способом разбиваются на пары.

Расскажите друг другу о тех занятиях, которые вам доставляют удовольствие. Постарайтесь как можно подробнее описать чувства, которые эти занятия у вас вызывают.

Сначала один из вас будет рассказывать о своих удовольствиях, партнер же постарается как можно подробнее разобраться в ощущениях и чувствах другого. Затем вы поменяетесь ролями.

Обсуждение

Пожалуйста, расскажите, что вы узнали об удовольствиях партнера. Попробуйте выступить в роли аналитика и рассказать, из каких «кирпичиков» складывается удовольствие от тех или иных занятий партнера.

Упражнение – 20 мин.

Домашнее задание

До следующего занятия выберите время для доставляющих вам удовольствие занятий. Постарайтесь отвлечься от всех мешающих или отвлекающих мыслей и полностью сосредоточиться на приятных ощущениях, возникающих в ходе этого занятия. Если вам удастся выделить особо приятный «кирпичик» наслаждения, сосредоточьтесь на нем на некоторое время, уделите ему особое внимание.

Запишите подробно ваши ощущения от выполнения этого упражнения.

На следующем занятии нужно обязательно уделить время анализу выполнения домашнего задания и записей участников.

Упражнение 3

«Моя любимая работа»

Мы сейчас думаем о том, какая работа доставляет нам удовольствие. Расскажите, пожалуйста, группе, хотите ли вы работать, на какой должности и насколько интенсивно? Может быть, вы хотите работать совсем мало и ограничиться лишь небольшим доходом? Или вы хотели бы заниматься только домашними делами, чтобы вас содержал кто-либо другой? Или вы вообще не хотите работать, поскольку у вас есть такая возможность?

Что в вашей (потенциальной) работе для вас особенно важно? Что вам нужно было бы предложить, чтобы вопрос зарплаты перестал иметь принципиальное значение?

Можете ли вы придумать такую должность, при которой вам платили бы деньги за ваши любимые занятия?

Было ли так когда-нибудь в вашем прошлом?

Можно ли представить себе, что такое может случиться в будущем?

Упражнение – 5–7 мин. на каждого участника.

Под «работой» в этом упражнении имеются в виду занятия, которые дают средства к существованию, определенный доход. Если в группе оказываются безработные, то обсуждается потенциально возможное занятие, которое позволило бы заработать деньги.

Цель работы тренерской команды состоит в том, чтобы как можно теснее увязать занятия, доставляющие удовольствие, с «работой», то есть найти возможность получать деньги за занятия, доставляющие удовольствия.

Упражнение 4

«Баланс реальный и желательный»

Участникам раздаются карточки с двумя кругами, расположенными один под другим.

Перегните карточку пополам так, чтобы вам виден был только один круг. Попробуйте на этом круге нарисовать, в каком соотношении в настоящее время находятся ваша работа (профессиональная деятельность), работа по дому и развлечения (путешествия, отдых, увлечения).

Не следует высчитывать для этого соотношение времени, которое вы проводите на работе и дома. Используйте в качестве ориентира «психологическое время» – ваши внутренние ощущения. Разделите круг на соответствующее основным занятиям число секторов так, чтобы размер сектора соответствовал «психологическому пространству», занимаемому этим видом деятельности.

Теперь переверните карточку и на чистом круге нарисуйте идеальное для вас соотношение разных видов деятельности.

Расскажите, пожалуйста, что вы изобразили на карточке. Какие расхождения имеются между реальным и идеальным положением вещей?

Что можно сделать, чтобы приблизить одно к другому?

От кого или от чего это зависит?

Терапевту имеет смысл запомнить или записать для себя участников и сферы их деятельности, по которым обнаружится максимальное расхождение.

Упражнение – 5 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Упражнение 5 «Хочу научиться»

Шаг 1

Упражнение строится по типу «Интервью в парах». Пожалуйста, расскажите о тех действиях, которые доставляют удовольствие другим людям и которым вам хотелось бы научиться. Слушающий партнер будет расспрашивать и предлагать варианты того, как и где можно было бы научиться тому, что будет приносить удовольствие.

По моему сигналу вы поменяетесь ролями.

Шаг 2

Расскажите группе о тех приятных занятиях, которым может и хотел бы научиться ваш партнер. Спросите партнера, когда он может это сделать (или начать процесс обучения).

Обсуждение

Что препятствует нам учиться действиям, которые могут приносить удовольствие?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

До следующего занятия узнайте, где учат действиям, которые могут приносить вам удовольствие. Запишите и принесите с собой адрес, телефон, любые другие координаты этих учителей. Где-то наверняка есть люди, которые могут научить наслаждению. Поищите их. Не нужно записывать адреса и координаты людей, которые учат страдать.

Упражнение 6 «Неприятные дела»

По пять пустых маленьких карточек раздаются каждому участнику. Некоторое количество карточек нужно иметь в запасе.

На оборотной стороне карточки оставлено место для рангов по следующим пунктам:

Степень неприятности _____

Легкость выполнения _____

Требуемое время _____

Упражнение – 20 мин., обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

На имеющихся у вас карточках запишите, пожалуйста, те неприятные дела, которые вам необходимо сделать, невыполненные обещания и неприятные, но необходимые встречи. Если пяти карточек не хватит – можете взять у меня еще.

Теперь, пожалуйста, расположите перед собой карточки таким образом, чтобы слева от вас оказались наиболее неприятные вещи, а справа – менее неприятные...

Занесите, пожалуйста, ранги – места в полученном ряду – на оборотную сторону карточки.

(Подобным образом происходит ранжирование по другим категориям: слева – легкие в выполнении, справа – трудные дела, слева – требующие немного времени, справа – требующие много времени.)

Обсуждение

Давайте теперь выберем карточку, имеющую наименьшие ранги по степени неприятности и легкости выполнения.

Что вам мешает завершить это неприятное дело?

Когда вы сможете его завершить или как минимум начать его завершение?

Упражнение 7

«Что мне доставляет удовольствие?»

По десять пустых маленьких карточек раздается каждому участнику. Некоторое количество карточек нужно иметь в запасе.

На оборотной стороне карточки оставлено место для рангов по следующим пунктам:

Степень удовольствия _____

Степень доступности для меня _____

Частота _____

Среди карточек каждому участнику выдается одна, на которой уже написано: «Быстрое завершение неприятного дела».

Упражнение – 20 мин., обсуждение – 5-7 мин. на каждого участника.

На карточках напишите, пожалуйста, какие занятия доставляют вам удовольствие. Пожалуйста, заполните все карточки.

Теперь, пожалуйста, расположите перед собой карточки таким образом, чтобы слева от вас оказались вещи, которые доставляют вам максимальное удовольствие, а справа – менее приятные...

Занесите, пожалуйста, ранги – места в полученном ряду – на оборот карточки.

Подобным же образом происходит ранжирование по другим категориям (слева – доступные, справа – труднодоступные; слева – редко происходящие, справа – часто происходящие).

Давайте теперь перевернем карточки и отберем карточки с малыми рангами по четырем категориям.

Можем ли мы чаще заниматься этими делами⁹ Нередко участники группы с удивлением обнаруживают, что у них достаточно времени для того, чтобы наслаждаться, но они по разным причинам не делают этого. Имеет смысл расспросить их, отчего так происходит.

ЭТАП 8. НАСЛАЖДЕНИЕ В ЛЮДЯХ

Нам живется приятнее, если вокруг нас живут и работают приятные люди, которые делают приятные нам вещи. Мы можем существенно увеличить степень наслаждения жизнью, если научимся видеть в людях приятное. Близкие люди будут делать нам больше добра, если мы будем говорить им приятные вещи. Мы свободны видеть в людях как гадкое и пошлое, так и доброе и милое, как позитивное, так и негативное.

В этом разделе тренинга мы учимся видеть в окружающих людях позитивное, говорить им об этом, испытывать симпатию к другим и самим вызывать симпатию к себе.

Упражнение 1 «Мои любимые»

Расскажите, пожалуйста, о ваших добрых чувствах по отношению к вашим любимым и о тех качествах или о тех действиях, которые эти добрые чувства вызывают

Обсуждение

Было ли названо что-то, что у вас вызывает не удовольствие, но, наоборот, – раздражение?

Существуют ли универсальные способы доставить удовольствие?

Что приятно всем людям? Что приятно конкретному человеку?

Упражнение 2 «Разговор с любимым»

В качестве материала используется ватман с записанными на нем приятными вещами из упражнения «Мои любимые».

Каждый участник выбирает партнера из числа членов группы, который может играть

любимого человека.

Расскажите близкому человеку о том, что вам в нем нравится. По возможности как можно чаще используйте местоимение «я» и точно описывайте положительные чувства, которые возникают у вас в связи с теми или иными особенностями поведения партнера.

Обсуждение

Какие трудности возникли при выполнении этого упражнения?

О чем сложнее говорить – о действиях партнера или о собственных чувствах в связи с этими действиями?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

Домашнее задание

До следующего занятия найдите время и скажите близкому человеку о том, какие позитивные чувства он у вас вызывает и в какой связи эти чувства возникают.

Упражнение 3 «Хорошее в плохом-2»

Теперь наша задача состоит в том, чтобы увидеть хорошее в самом неприятном для вас человеке.

Пожалуйста, вкратце опишите этого человека, а затем расскажите, что в нем есть хорошего.

Обсуждение

Можно ли найти хорошее в самых отвратительных и мерзких людях?

Что в этом может нам помешать?

Упражнение – 20 мин. на одного участника, обсуждение – 5–7 мин. на каждого участника.

ГЛАВА 8 СИНДРОМ УТРАТЫ

Синдром утраты (иногда его принято называть «острое горе») – это сильные эмоции, переживаемые в результате утраты близкого, любимого человека. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической (Изард, 1999). Горе – это также процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Хотя преобладающей эмоцией при утрате является печаль, тут также присутствуют эмоции страха, гнева, вины и стыда.

Существует ряд теорий, объясняющих, почему люди испытывают такие сильные эмоции после тяжелой утраты. Психодинамическая модель, разработанная на основе трудов З. Фрейда и его последователей, является одной из самых влиятельных в объяснении последствий тяжелой утраты. Согласно данной модели, формирование первых и наиболее важных отношений происходит в первые годы жизни, когда возникает привязанность к людям, которые обеспечивают уход и заботу, чаще всего к родителям. Позднее человек тратит свою эмоциональную и физическую энергию на попытки найти еще кого-то, кто может его понять, дать то, чего ему не хватало в детстве, установив близкие отношения. Поэтому когда умирает кто-то близкий, человек чувствует себя обездоленным. В эмоциональном смысле он чувствует, что как бы «отрезали» часть его.

8.1 ГОРЕ УТРАТЫ КАК ПРОЦЕСС. СТАДИИ И ЗАДАЧИ ГОРЯ

Горе утраты характеризуется следующими проявлениями (Моховиков, 2001а):

1. На первый план выступает физическое страдание в виде периодических приступов длительностью от нескольких минут до часа со спазмами в горле, припадками удушья, учащенным дыханием и постоянной потребностью вздохнуть. Впоследствии постоянные вздохи сохраняются длительное время, и вновь особенно заметны, если человек вспоминает или рассказывает о своем страдании. Ощущается чувство пустоты в животе, потеря аппетита, мышечной силы; малейшее движение становится крайне тягостным и почти невозможным, от незначительной физической нагрузки возникает полнейшее изнеможение. На фоне этих телесных признаков человек испытывает **психическое страдание** в виде эмоционального напряжения или душевной боли. Отмечаются изменения ясности сознания: возникает легкое чувство нереальности и ощущение, что эмоциональное расстояние, отделяющее человека от других людей, увеличилось.

2. **Поглощенность образом утраченного.** На фоне чувства нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии. Переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, встречают его мимолетный образ в толпе, узнают знакомые запахи и т.д. Такие состояния отличаются сильной эмоциональной вовлеченностью, под влиянием которой может утрачиваться грань между переживанием и реальностью.

3. **Чувство вины.** Горюющий пытается отыскать в предшествующих утрате событиях и поступках то, чего он не сделал для умершего. Малейшие оплошности, невнимания, упущения, ошибки преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения.

4. **Враждебные реакции.** В отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается обычная теплота и естественность, нередко человек говорит о происходящем с раздражением или злостью, выражает желание, чтобы его не беспокоили. Враждебность иногда возникает спонтанно и необъяснима для горюющих. Некоторые принимают ее за начало безумия. Другие стараются контролировать вспышки гнева, что удается далеко не всегда. Постоянные попытки держать себя в узде приводят к особой манерно-натянутой форме общения.

5. **Утрата прежних естественных моделей поведения.** В поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические

действия в поисках какого-либо занятия, но оказывается совершенно неспособным к

простейшей организованной деятельности. Со временем он как бы вновь осваивает круг повседневных дел. Горюющим очень часто приходится как бы заново «учиться» их делать, преодолевая переживание отсутствия смысла какого-либо действия после случившегося. 6. **Идентификация с утратой.** В высказываниях и поступках человека появляются черты поведения умершего или признаки его предсмертного заболевания. Как правило, идентификация с утратой становится следствием поглощенности образом умершего.

Во времени состоянию горя свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек осуществляет «работу горя» (Линдемманн, 1984). Цель «работы горя» состоит в том, чтобы *пережить* его, стать независимым от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и найти новые отношения с людьми и миром.

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

Часто человек в этой фазе чувствует себя вполне хорошо. Он не страдает, снижается чувствительность к боли и даже «проходят» беспокоившие заболевания. Человек настолько ничего не чувствует, что даже рад был бы почувствовать хоть что-нибудь. Его бесчувственность расценивается окружающими как недостаточность любви и эгоизм. От горюющего требуется бурное выражение эмоций, если же человек не может заплакать, его упрекают и винят. Между тем, именно такое «бесчувствие» свидетельствует о тяжести и глубине переживаний. И чем дольше длится этот «светлый» промежуток, тем дольше и тяжелее будут последствия.

Несмотря на все обманчивое внешнее благополучие, объективно человек находится в довольно тяжелом состоянии, и одна из опасностей состоит в том, что в любую минуту оно может смениться так называемым острым реактивным состоянием, когда человек вдруг начинает биться головой о стену, выбрасываться из окна, т.е. становится «буйным». Окружающие, чья бдительность усыплена, не всегда готовы к этому.

Предполагается, что комплекс шоковых реакций связан с работой механизмов психологической защиты: отрицание факта или значения смерти предохраняет понесшего утрату от резкого столкновения с ужасом произошедшего. Шок оставляет человека в том времени, когда умерший был еще жив. Настоящее сопровождается так называемыми дереализационными и деперсонализационными ощущениями («это происходит не со мной», «как будто это происходит в кино».) Человек сосредоточен на каких-нибудь мелких заботах и событиях, не связанных с утратой, либо он психологически остается в прошлом, отрицая реальность; в таком случае он и производит впечатление оглушенного или сонного: почти не реагирует на внешние стимулы или повторяет какие-либо действия.

Часто на смену шоковой реакции приходит чувство злости. Злость возникает как эмоциональная специфическая реакция на помеху в удовлетворении потребности, в данном случае – потребности остаться в прошлом вместе с умершим (Василюк, 1991). Любые внешние стимулы, возвращающие человека в настоящее, могут провоцировать это чувство. Злость также свидетельствует о глубине полученной психологической травмы. Это обусловлено резкой фрустрацией: невозможностью осуществления планов, желаний, связанных с умершим.

Следующая стадия горя – стадия поиска – характеризуется стремлением вернуть умершего и отрицанием безвозвратности утраты. Человеку, понесшему утрату, часто кажется, что он видит умершего в толпе на улице, слышит его шаги в соседней комнате и

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

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

Третья стадия – острого горя – длится до 6–7 недель с момента утраты. Сохраняются и поначалу могут усиливаться физические симптомы: затрудненное дыхание, мышечная слабость, физическая усталость даже при отсутствии реальной активности, повышенная истощаемость, ощущение пустоты в желудке, стеснения в груди, комок в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих мыслей и чувств. Это ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация, особенно к концу фазы, подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о его плохих чертах и поступках. Горе накладывает отпечаток и на отношения с окружающими, может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно бывает сконцентрироваться на том, что он делает, трудно довести дело до конца, а сложно организованная деятельность может на какое-то время стать и вовсе недоступной. Порой возникает бессознательное отождествление с умершим, проявляющееся в невольном подражании его походке, жестам, мимике.

Работа по переживанию горя становится ведущей деятельностью. Это самый тяжелый период. Основным переживанием выступает чувство вины.

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

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

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

Четвертая стадия синдрома утраты – стадия восстановления – наступает дней через 40 после события и продолжается примерно год. В этот период восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность. Человек постепенно примиряется с фактом утраты. Он по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже приобретают характер отдельных приступов, вначале частых, потом все более редких. Конечно, приступы горя могут быть очень болезненными. Человек уже живет нормальной жизнью и вдруг вновь возвращается в состояние тоски, скорби, испытывает ощущение бессмысленности своей жизни без ушедшего. Часто такие приступы связаны с праздниками, какими-то памяtnыми событиями и вообще – с любыми ситуациями, которые могут ассоциироваться с умершим. Годовщина смерти символически ограничивает период горя. Многие культуры и религии отводят на траур именно один год,

ведь за год человек проходит определенный жизненный цикл, маркерами которого служат традиционные даты и события.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач, и эти практические задачи переплетаются с переживанием потери. Он очень часто сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего, с тем, «что бы он сказал». Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. Некоторые из таких воспоминаний становятся особенно ценными, дорогими, они сплетаются порой в целые рассказы, которыми делятся с близкими, друзьями. На этой фазе человек как бы получает возможность отвлечься от прошлого и обращается к будущему – начинает планировать свою жизнь без умершего.

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

Хотя сама последовательность (шок – переживание – принятие) типична и, следовательно, предсказуема, эти этапы не следуют строго один за другим и часто перекрывают друг друга. Переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

Горе – это естественный процесс, и человек в большинстве случаев переживает его без профессиональной помощи. Хотя потери и являются неотъемлемой частью жизни, тяжелые утраты нарушают личные границы и разрушают иллюзии контроля и безопасности. Поэтому процесс переживания горя может трансформироваться в развитие болезни: человек как бы «застревает» на определенной стадии синдрома утраты. Чаще всего такие остановки происходят на острой стадии усиливаются и сохраняются в течение длительного времени симптомы, характерные для этого периода, их комплекс соответствует посттравматическому стрессовому расстройству либо другому тревожному расстройству (Barlow, 1988). Поэтому различают «нормальное» и патологическое (осложненное) горе.

Возможные причины такого «застревания»:

- внезапная смерть или насильственная, трагическая гибель близкого;
- самоубийство;
- конфликты с человеком непосредственно перед его смертью, непрощенные обиды;
- причиненные ему огорчения;
- трагические ситуации неопределенности (когда близкий исчез, без вести пропал, не похоронен);
- умерший играл исключительную роль в жизни скорбящего, был для него целью и смыслом жизни, при этом отношения с другими людьми отличались конфликтностью либо были сведены к минимуму;
- страх перед интенсивными переживаниями, которые кажутся неконтролируемыми и бесконечными; неверие в свою способность преодолеть их.

К типичным симптомам потери обычно относятся следующие проявления:

- нарушение сна;
- анорексия или потеря (приобретение) веса;
- раздражительность;

- сложности с концентрацией внимания;
- потеря интереса к новостям, работе, друзьям, церкви и т.д. ;
- подавленность;
- *апатия* и отчуждение; стремление к уединению;
- плач;
- самобичевание;
- суицидальные мысли;
- соматические симптомы;
- чувство усталости;
- применение медикаментов – снотворных и (или) успокоительных;
- галлюцинации, отождествление с умершим или ощущение его присутствия.

Нетипичные, патологические симптомы включают следующие:

- затянувшееся переживание горя (несколько лет);
 - задержка реакции на смерть близкого (нет выражения страданий в течение двух и более недель);
 - сильная депрессия, сопровождающаяся бессонницей, чувство самоуничтожения, напряжение, горькие упреки в свой адрес и необходимость самобичевания;
 - появление болезней психосоматического характера – таких как язвенный колит, ревматический артрит, астма. Нередко бывает ослабление чувствительности и т.д.;
 - *ипохондрия: развитие симптомов, от которых страдал умерший;*
 - *сверхактивность: перенесший утрату человек начинает развивать кипучую деятельность, не ощущая боль утраты;*
 - *неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, часто сопровождаемая угрозами, однако только на словах;*
 - *не согласующееся с нормальным социальным и экономическим существованием поведение. Может быть, полное изменение стиля жизни;*
 - *устойчивая нехватка инициативы или побуждений; неподвижность;*
 - *слабовыраженные эмоции; неспособность чувствовать;*
 - *резкие переходы от страданий к самодовольству за короткие промежутки времени.*
- Возможное вынашивание суицидальных планов;
- изменение отношения к друзьям и родственникам; раздражительность, нежелание надоедать, уход от социальной активности; прогрессирующая изолированность;
 - разговоры о суициде, воссоединении с умершим, о желании со всем покончить (Руководство по телефонному консультированию, 1996);
 - другие не отмеченные выше симптомы, характерные для посттравматического стрессового расстройства;
 - при особенно сильных переживаниях горе может даже стать причиной болезни и смерти скорбящего человека.

Комплексы симптомов горя:

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

Необходимо проявлять осторожность, определяя осложненное горе только по его продолжительности. Индивидуальные темпы «работы горя» очень различны, и даже спустя год после утраты она может быть еще не закончена. Но если миновало несколько лет и признаки горя все еще существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе. Оно встречается у 10–15% горюющих.

Существует **несколько форм** осложненного синдрома потери (Моховиков, 2001а):

1. Хроническое горе. При этой наиболее частой форме переживание потери носит постоянный характер и интеграция утраты не наступает. Среди признаков преобладает

тоска по человеку, с которым существовала тесная эмоциональная связь. Даже спустя многие годы малейшее напоминание об утрате вызывает интенсивные переживания.

2. Конфликтное (преувеличенное) горе. Один или несколько признаков потери искажаются или чрезмерно усиливаются, прежде всего, чувства вины и гнева, образующие порочный круг контрастных переживаний, мешающий совладанию с горем и затягивающий прохождение острого периода. Выход может достигаться через эйфорические состояния, переходящие в длительную депрессию с идеями самообвинения.

3. Подавленное (маскированное) горе. Проявления горя незначительны или полностью отсутствуют. Вместо них появляются соматические жалобы, признаки болезни, отмечавшиеся у умершего, с последующим развитием длительной ипохондрии. Например, описываются состояния «кластерной головной боли», которая может продолжаться в течение нескольких месяцев и складываться из множества отдельных приступов. Осознание их связи с утратой отсутствует.

4. Неожиданное горе. Внезапность делает почти невозможным принятие и интеграцию утраты. Их развитие задерживается, преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия, осложняющие ежедневную жизнь. Весьма характерно возникновение мыслей о самоубийстве и его планирование.

5. Отставленное горе. Его переживание откладывается на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем «работа горя» прекращается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней запускают механизм переживания. Посещая врача, человек неоднократно говорит об утрате. Дома не желает что-либо менять, расставаться с дорогими вещами или, наоборот, стремится полностью изменить жизнь (сменить обстановку, квартиру, иногда – город).

6. Отсутствующее горе. При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не было вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока.

В некоторых случаях течение горя, в том числе и осложненного, может усугубляться присоединением признаков посттравматического стрессового расстройства, например, в чрезвычайных условиях стихийных бедствий, военных действий или их последствий.

В последние годы категория ПТСР, причиной которого является ситуация непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого, выделена в качестве отдельной таксономической единицы. В отличие от других вариантов жизненных катастроф, эта психотравмирующая ситуация затрагивает в первую очередь сферу индивидуальных личностных ценностей. Хотя психологическое воздействие иное, чем при событиях, связанных с угрозой физическому существованию, такого рода предельная ситуация воспринимается как эквивалентная ей – «непоправимое» уничтожение личности. Утрата значимого другого в результате любовной драмы или смерти после угрожающего жизни заболевания, несчастного случая, исчезновения при трагических обстоятельствах, самоубийства и других подобных ситуаций сопровождается ощущением полной утраты Я, чувством невозможности последующего восстановления и сопутствующими посттравматическими проявлениями (Андрющенко, 2000).

Формирование ПТСР при утрате объекта привязанности происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более. Так же, как и классические формы ПТСР, эти состояния отличаются следующими особенностями:

- 1) формируются в несколько стадий, приобретая, таким образом, пролонгированное течение;
- 2) определяются полиморфной психопатологической структурой;
- 3) у 6–20% людей, перенесших утрату, наблюдается ПТСР с длительной дезадаптацией.

Данные об отдаленных этапах (первые 6–12 месяцев после психотравмирующего воздействия) свидетельствуют о появлении в структуре ПТСР, помимо реактивных образований, других расстройств, сосуществующих одновременно с основным

расстройством по механизму коморбидных связей. У клиентов выявляются:

- расстройства настроения дистимического уровня – дистимия (субклинические или психопатологически завершённые формы);
- депрессивные эпизоды легкой или умеренной степени тяжести (единичные или рекуррентные);
- диссоциативные (конверсионные) нарушения;
- соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии (кардионевроз, невроз желудка, «нервный понос» и пр.).

Отмечается возникшая в посттравматическом периоде тенденция к постоянному воспроизведению в своей жизни ситуации, аналогичной пережитой, или напротив – к полному избеганию ситуаций, напоминающих об этих событиях. ПТСР приводит к снижению или утрате потребности в близких межличностных отношениях, к неспособности возвращения к семейной жизни, к обесцениванию брака и рождения детей и пр. ПТСР этого типа существенно меньше влияет на профессиональные амбиции, хотя в этой сфере выявляются «срывы» со снижением мотивации и интереса к деятельности, безразличие к успехам и карьере.

Как правило, среди клиентов отмечается существенное преобладание лиц женского пола, что сходно с данными по выборкам ПТСР, развивающимся в ответ на семейное насилие (жестокое избиение, изнасилование и пр.) (Андрющенко, 2000).

При оценке уязвимости к ПТСР в результате утраты значимого другого и способности индивидуума к совладанию с событием (или наличия адекватных копинг-стратегий), которое расценивается как жизненная катастрофа, выявлено, что в преморбиде отмечается широкий спектр личностных расстройств: в первую очередь, истерического, пограничного и психастенического круга, а также аномалии, определяющиеся нарциссической, шизолипической и гипопараноической девиациями. К особенностям преморбиды следует отнести наличие в структуре личности потенциально дезадаптирующих комплексов типа «болезненной зависимости с патологическим страхом сепарации», «пограничной страстной эротомании» и др. Базисными чертами в этих случаях являются повышенная тревожность, связанная с чувством незащищенности и «пустоты» за пределами взаимоотношений с объектом привязанности; склонность к его идеализации. Нарушения в близких отношениях, с одной стороны, характеризуются чрезмерной зависимостью и ригидностью, с другой – ненадежностью и амбивалентностью.

Для формирования ПТСР может играть роль наличие в анамнезе аналогичного «запустившему» психогению предшествующего воздействия: в случаях повторных утрат значимого лица или двух и более лиц, к которым отмечается сверхценное отношение (в первую очередь, родителей и детей, а также других членов семьи, с которыми поддерживались неформальные, близкие отношения).

В последнее время широкое распространение получил новый взгляд на работу с синдромом утраты, предложенный Дж. Ворденом. Концепция Вордена, хотя и не единственная, сейчас остается самой популярной среди людей, работающих с утратой (Сидорова, 2001). Она очень удобна для диагностики и работы с актуальным горем, а также если приходится иметь дело с чувством утраты, не пережитым много лет назад и вскрывшимся во время терапии, начатой по совершенно другому поводу.

Предложен вариант описания реакции утраты не по стадиям или фазам, а через четыре задачи, которые должны быть выполнены горящим при нормальном течении процесса. Эти задачи, по сути, схожи с теми, которые решает ребенок по мере взросления и отделения от матери.

Хотя формы течения синдрома утраты и их проявления очень индивидуальны, однако неизменность содержания процесса позволяет выделить те универсальные шаги, которые должен сделать горящий, чтобы вернуться к нормальной жизни, и на выполнение которых должно быть направлено внимание терапевта. Задачи утраты неизменны, поскольку обусловлены самим процессом, а формы и способы их решения индивидуальны и зависят от личностных и социальных особенностей горящего.

человека. Четыре задачи утраты решаются субъектом последовательно. Если задачи не будут решены, горе не будет развиваться дальше и стремиться к завершению, следовательно, могут возникнуть проблемы в связи с этим даже через много лет. Реакция утраты может блокироваться на любой из стадий, и за этим может стоять разный уровень патологии. Остановка реакции на этапе решения каждой из задач имеет определенную симптоматику.

Первая задача – **признание факта потери**. Когда кто-то умирает, даже в случае ожидаемой смерти, нормально возникновение чувства, будто ничего не случилось. Поэтому, прежде всего, нужно признать факт утраты, осознать, что любимый человек умер, он ушел и никогда не вернется. В этот период, так же, как потерявшийся ребенок ищет мать, человек машинально пытается войти в контакт с умершим – машинально набирает его телефонный номер, «видит» среди прохожих на улице, покупает ему продукты и г.д. Это поведение «поиска» направлено на восстановление связи. В норме это поведение должно сменяться поведением, направленным на отказ от связи с умершим. Человек, который совершает описанные выше действия, в норме спохватывается и говорит себе: «Что я делаю, ведь он умер». Нередко встречается противоположное поведение – отрицание произошедшего. Если человек не преодолевает отрицания, тогда «работа горя» блокируется на самых ранних этапах. Отрицание может использоваться на разных уровнях и принимать разные формы, но, как правило, включает в себя либо отрицание факта потери, либо ее значимости, либо необратимости.

Отрицание факта потери может варьировать от легкого расстройства до тяжелых психотических форм, когда человек проводит несколько дней в квартире с умершим, прежде чем замечает, что тот умер.

Чаще встречающаяся и менее патологичная форма проявления отрицания была названа «мумификацией». В таких случаях человек сохраняет все так, как было при умершем, чтобы все время быть готовым к его возвращению. Это нормально, если продолжается недолго, таким образом создается своего рода «буфер», который должен смягчить самый трудный этап переживания и приспособления к потере. Но если такое поведение растягивается на годы, переживание горя останавливается и человек отказывается признать те перемены, которые произошли в его жизни, «сохраняя все, как было», и не двигаясь с места в своем трауре, – это проявление отрицания. Еще более легкая форма отрицания, когда человек «видит» умершего в ком-нибудь другом – например, овдовевшая женщина видит мужа в своем внуке.

Другой способ, которым люди избегают реальности потери, – отрицание значимости утраты. В этом случае они говорят что-то вроде «мы не были близки», «он был плохим отцом» или «я по нему не скучаю». Иногда люди поспешно убирают все личные вещи покойного, все, что может о нем напомнить, – это поведение, противоположное мумификации. Таким образом, пережившие утрату оберегают себя от того, чтобы столкнуться лицом к лицу с реальностью потери. Те, кто демонстрирует такое поведение, относятся к группе риска развития патологических реакций утраты.

Другое проявление отрицания – «избирательное забывание». В этом случае человек забывает что-то, касающееся покойного.

Третий способ избежать осознания потери – отрицание необратимости утраты. Вариант этого поведения – увлечение спиритизмом. Иррациональная надежда вновь воссоединиться с умершим нормальна в первые недели после потери, когда поведение направлено на восстановление связи, но если эта надежда становится устойчивой – это ненормально. У религиозных людей такое поведение выглядит немного иначе, поскольку у них другая картина мира. Тогда нормой будет критичное отношение горюющего к происходящему, он понимает, что в этой жизни уже никогда не будет вместе с покойным и воссоединится с ним, только прожив свою жизнь в этом мире так, как ее должен прожить добрый христианин или добропорядочный мусульманин. Это ожидание воссоединения после смерти не нужно разрушать, поскольку оно входит в нормальную картину мира глубоко религиозных людей.

Вторая задача горя состоит в том, чтобы **пережить боль потери**. Имеется в виду,

что нужно пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате.

Если горюющий не может почувствовать и прожить боль потери, которая есть всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью терапевта, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматику или расстройства поведения.

Реакции боли индивидуальны, и не все испытывают боль одинаковой силы. У горющего часто нарушается контакт не только с внешней реальностью, но и с внутренними переживаниями. Боль утраты ощущается не всегда, иногда утрата переживается как апатия, отсутствие чувств, но она должна обязательно быть проработана.

Выполнение этой задачи осложняется окружающими. Часто находящиеся рядом люди испытывают дискомфорт от сильной боли и чувств горющего, они не знают, что с этим делать, и сознательно или бессознательно сообщают ему: «Ты не должен горевать». Это невысказанное пожелание окружающих часто вступает во взаимодействие с собственными психологическими защитами человека, пережившего утрату, что приводит к отрицанию необходимости или неизбежности процесса горя. Иногда это даже выражается следующими словами: «Я не должна о нем плакать» или: «Я не должен горевать», «Сейчас не время горевать». Тогда проявления горя блокируются, не происходит отреагирования и эмоции не приходят к своему логическому завершению.

Избегание выполнения второй задачи достигается разными способами. Это может быть отрицание (negation) наличия боли или других мучительных чувств. В других случаях это может быть избегание мучительных мыслей. Например, могут допускаться только позитивные, «приятные» мысли об умершем, вплоть до полной идеализации. Возможно избегание всяческих воспоминаний о покойном. Некоторые люди начинают с этой целью употреблять алкоголь или наркотики. Другие используют «географический способ» – непрерывные путешествия или непрерывную работу с большим напряжением, которое не позволяет задуматься о чем-нибудь, кроме повседневных дел. Описаны случаи, когда реакцией на смерть была эйфория. Обычно она связана с отказом верить в то, что смерть произошла, и сопровождается постоянным ощущением присутствия усопшего. Эти состояния обычно нестойкие. Людям необходимо решить эту трудную задачу, открыть и прожить боль, не разрушаясь. Ее нужно прожить, чтобы не нести через всю жизнь. Если этого не сделать, позже возвращаться к этим переживаниям будет мучительнее и труднее, чем если сразу пережить их. Отсроченное переживание боли труднее еще и потому, что если боль утраты переживается спустя значительное время, человек уже не может получить того сочувствия и поддержки от окружающих, которые обычно оказываются сразу после потери и которые помогают справиться с горем.

Следующая задача, с которой должен справиться горюющий, это **организация окружения, где ощущается отсутствие усопшего**. Когда человек теряет близкого, он теряет не только объект, которому адресованы чувства и от которого чувства получаются, он лишается определенного уклада жизни. Умерший близкий участвовал в быту, требовал выполнения каких-то действий или определенного поведения, исполнения каких-либо ролей, брал на себя часть обязанностей. И это уходит вместе с ним. Эта пустота должна быть восполнена, и жизнь необходимо организовать на новый лад.

Организация нового окружения означает разные вещи для разных людей, в зависимости от тех отношений, в которых они были с умершим, и от тех ролей, которые умерший играл в их жизни. Горюющий может этого и не осознавать. Даже если клиент не осознает роли умершего, терапевту нужно для себя наметить, что клиент потерял и как это может быть восполнено. Иногда стоит это обсудить с клиентом. Часто клиент спонтанно начинает делать это сам во время сессии. Горюющий должен приобретать новые навыки. Семья может оказать поддержку в их приобретении. Часто у горющего вырабатываются новые способы преодоления возникших трудностей и перед ним открываются новые возможности, так что происходит переформулирование факта потери в нечто, имеющее также позитивный смысл. Это частый вариант успешного завершения третьей задачи

Кроме утраты объекта, некоторые люди одновременно переживают чувство утраты себя, собственного Я. Недавно проведенные исследования показали, что женщины, определяющие свою идентичность через взаимодействия с близкими или заботу о других, потеряв объект заботы, переживают чувство утраты себя. Работа с таким клиентом охватывает намного больше задач, чем просто выработка новых навыков и умения справляться с новыми ролями.

Утрата часто приводит человека к сильному регрессу и восприятию себя как беспомощного, неспособного справиться с затруднениями и неумелого, как ребенок.. Попытка выполнять роли умершего может оказаться неудачной, и это ведет к еще более глубокому регрессу и снижению самооценки.

Сохранение пассивной, беспомощной позиции помогает избегать одиночества – друзья и близкие должны помогать и участвовать в жизни человека, пережившего утрату. В первое время после трагедии это нормально, но в дальнейшем препятствует возвращению к полноценной жизни. Иногда неприспособленность к изменившимся обстоятельствам и беспомощность «работают» на семью. Другие члены семьи должны сплотиться в заботе о том, по кому утрата ударила сильнее всего, и только благодаря этому чувствуют себя сильными и состоятельными. Или сохраняется статус-кво – и семье не приходится менять образ жизни.

Последняя, четвертая, задача – это **выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить**. Решение этой четвертой задачи не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Эмоциональное отношение к умершему должно перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжать жить, вступить в новые эмоционально насыщенные отношения.

Иногда людям кажется, что если их эмоциональная связь с умершим ослабнет, то тем самым они оскорбят его память и это будет предательством. В некоторых случаях может возникать страх того, что новые близкие отношения могут тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты – такое бывает особенно часто, если чувство потери еще свежо. В других случаях выполнению этой задачи может противиться близкое окружение, например дети могут протестовать в случае новой привязанности у овдовевшей матери. За этим нередко стоит обида: мать нашла для себя замену умершему мужу, а для ребенка нет замены умершему отцу. Или наоборот – если кто-то из детей нашел себе партнера, у овдовевшего родителя может возникать протест, ревность, чувство, что сын или дочь собирается вести полноценную жизнь, а отец или мать остается в одиночестве. Часто выполнению четвертой задачи мешает романтическое убеждение, что любят только раз, а все остальное – безнравственно. Это поддерживается культурой, особенно у женщин. Поведение «верной вдовы» одобряется социумом.

Выполнению этой задачи препятствуют запрет на новую любовь, фиксация на прошлой связи или избегание возможности вновь столкнуться с утратой близкого человека. Все эти барьеры, как правило, окрашены чувством вины.

Признаком того, что эта задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, часто бывает ощущение, что «жизнь стоит на месте», «после его смерти я не живу», нарастает беспокойство. Завершением выполнения этой задачи можно считать возникновение убеждения, что можно любить другого человека – любовь к усопшему не стала от этого меньше, но после смерти, например, мужа можно любить другого мужчину. Что можно чтить память погибшего друга, но при этом быть готовым к тому, что в жизни могут появиться новые друзья.

Момент, который можно считать завершением траура, неочевиден. Некоторые авторы называют конкретные временные сроки – месяц, год или два. Однако нельзя определить конкретный срок, на протяжении которого будет разворачиваться переживание утраты. Ее можно считать завершенной тогда, когда человек, переживший потерю, сделает все четыре шага, решит все четыре задачи горя. Признаком этого является способность адресовать большую часть чувств не усопшему, а другим людям, быть восприимчивым к новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об

умершем без сильной боли. Печаль остается, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но это уже печаль спокойная, «светлая». «Работа горя» завершена, когда тот, кто пережил утрату, вновь способен вести нормальную жизнь, он чувствует себя адаптированным, когда есть интерес к жизни, освоены новые роли, создано новое окружение и он может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

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

Для описания развода часто пользуются классификацией Кюблер-Росс (Кюблер-Росс, 2000):

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

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

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

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

5. Стадия адаптации. Диапазон проблем, возникающих после развода, довольно широк – от финансовых до ухода за детьми. В разрешении проблем существенное место занимает умение жить без супруга (мужа или жены) и преодолеть одиночество. Неизбежна определенная ломка социальных отношений – приходится привыкать одному (одной) ходить на концерты, в гости. Важно здоровым и приемлемым путем удовлетворять сексуальную потребность.

8.2 КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТА, ПЕРЕЖИВШЕГО УТРАТУ

Консультирование и терапия при утрате – трудная работа, начиная с утешения и поддержки и заканчивая разрешением тяжелой и болезненной реакции потери, если клиент этого хочет. Профессиональная задача психолога заключается в том, чтобы помочь клиенту по-настоящему пережить утрату, совершить работу горя, а не в том, чтобы притупить остроту душевных переживаний. Процесс скорби, оплакивания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека, с гуманистических позиций он приемлем и необходим. Это очень тяжелая психическая нагрузка, заставляющая страдать. Психотерапевт способен доставить облегчение, однако такое вмешательство не всегда уместно. Скорбь нельзя приостанавливать, она должна продолжаться столько, сколько необходимо (Вайтхед, 2002).

При консультировании нужно обращать внимание на следующие ключевые моменты:

- слушайте, принимая, а не осуждая;
- сделайте так, чтобы человеку стало ясно, что у вас есть искреннее желание ему помочь выразить свое горе;
- принимайте чувства и страхи человека серьезно;

- будьте готовы, что некоторые люди будут злиться на вас;
- дайте время для того, чтобы появилось доверие: пока его нет, клиент не способен делиться с вами своими переживаниями;
- дайте надежду, подбодрите клиента тем, что, несмотря на болезненность испытания, люди все же оправляются от горя;
- соблюдайте уместную дистанцию, не позволяйте себе запутаться в чужих проблемах настолько, чтобы стало невозможным сохранять позицию помогающего.

Еще одна цель консультации и терапии – это позволить пережившему утрату выразить целый ряд чувств, мыслей и действий.

При этом:

- будьте реалистичны: желание устранить боль немедленно – неуместно;
- побуждайте к разговору об умершем и выражению чувств;
- не удивляйтесь, что человек повторяет историю о смерти; повторение и проговаривание – естественный способ справиться с горем;
- дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя, например соматические симптомы, нарушение сна, плохой аппетит и т. д.;
- позвольте ему найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса «работы горя».

Если реакция утраты подавляется, полезно, кроме всего перечисленного выше, изучить причины, почему человек избегает горя. Если реакция утраты искажена, может оказаться ценным следующее:

- побуждайте выражение и осознание чувств;
- работайте над проблемами, созданными отношением сильной зависимости;
- обратите внимание на двойственные отношения между умершим и горящим человеком; ищите, в чем их истоки;
- если чувство вины необоснованно, помогите человеку избавиться от него;
- если чувство вины обоснованно, подумайте о том, как человек может с этим жить, может ли он как-то искупить свою вину;
- попытайтесь найти незаконченные дела между умершим и горящим и проработайте этот вопрос.

Если горе приобретает хронический оттенок, то следует установить:

- почему человек не может отказаться от этой фиксации;
- какой отпечаток смерть отбрасывает на отношение человека к себе на фоне утраты;
- есть ли какая-то вторичная выгода от того, что человек держится за горе, например, он обнаружил, что о нем стали заботиться, его «замечают», а этого ему ранее не хватало.

Важно признать, что консультации являются только частью процесса «работы горя», что большая ее часть совершается в естественных взаимоотношениях с окружающими. Важно не мешать этому процессу.

Не сердитесь, если человек сделает большой шаг вперед в результате вмешательства кого-то другого, не расстраивайтесь, если он готов вернуться в свою естественную среду поддержки и перестанет встречаться с вами. Это одно из главных условий работы с людьми, переживающими тяжелую утрату: эффективно завершить отношения поддержки.

Этапы психологической помощи выстраиваются в соответствии с этапами переживания горя (Ромек и др., 2004).

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

Помощь на стадии острого горя. Следует говорить об умершем, причине смерти и

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

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

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

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

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

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

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер, либо когда велик риск, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

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

Количество сессий можно заранее установить только тогда, когда речь идет о решении конкретной проблемы (например, вновь выйти на работу или начать навешать могилу умершего), а в большинстве случаев консультирование продолжается до тех пор, пока клиент нуждается в таком «сопровождении». По различным данным, большинство клиентов, консультирующихся в связи с утратой, проходят от четырех до десяти сессий в течение одного или двух лет после события. Довольно распространены и однократные обращения, в основном за разъяснениями и информацией.

Характер и темп консультирования зависит от множества индивидуальных факторов, например, особенностей личности клиента, обстоятельств утраты и т. д.

Ранние сессии обычно фокусируются на переживаниях острой боли от потери, утраты контроля над своей жизнью, отсутствии смысла. Консультант обеспечивает необходимую эмоциональную поддержку, помогает выражать чувства, прежде всего – боль. В качестве основного метода используется безоценочное слушание. Поддерживается стремление горящего каждый раз снова говорить о своей утрате, окружающим рекомендуется придерживаться подобной установки. Консультант может давать и советы о режиме сна, питания и других деталях жизни, направить к врачу для медицинского обследования и лечения.

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

Задачей завершающих сессий является помощь в возвращении к обычной жизни и в воссоздании жизненных смыслов. Пережитое интегрируется и претворяется в мотивацию и энергию для жизненных решений. Консультант помогает наметить цели, строить новые планы; он с клиентом обсуждает достигнутое в совместной работе. Возможно, клиенту необходимо помочь освоить новые поведенческие навыки или восстановить старые, например, знакомиться и поддерживать знакомства, изменить образ жизни. Важно осмыслить, что все это делается не для того, чтобы «заменить» утраченное: восстановление не означает забвения. На самом деле, «работа' горя» вряд ли может быть когда-нибудь полностью завершена.

При работе с острой реакцией утраты предлагается также трехступенчатая модель помощи (Вайтхед, 2002).

Поскольку процесс «работы горя» включает в себя элементы дезорганизации, то консультант, помощник должен создать надежную, спокойную атмосферу для клиента. Необходимо осознать, что клиент может передать консультанту свои чувства дезориентации и дезинтеграции. Поэтому при работе с клиентами очень полезно придерживаться систематической структуры.

Следует помнить, что, как и в процессе горя, ход в этой модели необязательно циклический: начальный и конечный пункты будут зависеть от клиента. Роль помощника заключается в том, чтобы распознать, где находится клиент, и работать на каждой ступени в заданном клиентом темпе.

Подход, сфокусированный на личности, предложен Карлом Роджерсом, который в работе с клиентом основывается на следующем: безусловное позитивное отношение; искренность; сочувствие.

Эти условия, наряду с навыками работы по схеме трехступенчатой модели, обеспечивают помощь клиентам, основанную на их нуждах, и соответствуют их конкретной ситуации.

СТАДИЯ 1. ИЗУЧЕНИЕ (ИССЛЕДОВАНИЕ)

На этой стадии клиент говорит так, как он хочет говорить. Психологу требуется его выслушать, применяя следующие техники:

- отражение;
- парафраз;
- отзеркаливание;
- подсказки и поощрения («ну и что дальше?..», «да...», «ну...», «и тогда...», «и что потом...» и т. д.);
- суммирование («Разрешите подвести итог. Ваш муж умер шесть месяцев назад. Это для вас трагично, и вы думаете о том, как вам жить дальше»);
- фокусирование (например, одна клиентка пришла на консультацию со следующими проблемами: муж бросил, отца посадили в тюрьму, у ребенка корь, телефон отключили за неуплату и у собаки блохи. В этом случае необходимо вычлениить из

нескольких проблем одну, на которой необходимо сосредоточиться в дальнейшей работе);

– технику постановки вопросов (на этой стадии требуется задавать только общие и открытые вопросы).

Задача клиента: рассказать историю, посмотреть на нее со стороны, как бы изучить, «исследовать» ее.

Задача консультанта на первой стадии: участвовать в разговоре и поставить диагноз (не медицинский). Здесь же нужно начать работать над тем, как помочь клиенту и защитить себя. На этой стадии должны возникнуть взаимодействие и контакт друг с другом.

Однако еще до начала работы нужно договориться о «границах» консультации, куда включаются вопросы конфиденциальности, расписания, особых условий и другие.

Важно продумать место консультации: изолированная комната, удобные кресла и журнальный столик. Не должно быть постороннего шума и отвлекающих вещей (например, слишком ярких картин, работающего радио и т. д.). Три условия работы на этой стадии:

– безусловное положительное отношение без вынесения каких-либо моральных суждений;

– эмпатия, понимание чувств, которые испытывает клиент;

– искренность, открытость и конгруэнтность (по терминологии К. Роджерса), которые предполагают не ставить себя выше клиента и не считать себя способнее, чем он. (Следует заметить, что позиция консультанта всегда воспринимается как позиция силы. Это важно учитывать при работе с людьми.)

Первая стадия может занимать от пяти минут до четырех часов, что зависит от консультанта, который решает, переходить ли на следующую ступень, потому что сами клиенты не осознают, все ли они рассказали.

На первой стадии исследования становится ясно, что человек находится в состоянии отрицания реальности происшедшего. Этот факт нужно отметить, что приближает вторую стадию.

Навыки, необходимые консультанту на первой стадии:

- внимательное отношение;
- активное слушание;
- пересказ/парафраз;
- отражение чувств;
- выделение основного;
- фокусирование;
- обстановка;
- вопросы «границ».

СТАДИЯ 2. НОВОЕ ПОНИМАНИЕ

Задача клиента: понять с помощью консультанта, какую роль играет это событие в его жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны.

Задача консультанта: помочь клиенту, применяя персонификацию: «я», а не «мы», «мое», а не «наше» (т.е. клиент должен быть сфокусирован на своих собственных чувствах и на истории, которую он признает своей: «я почувствовал», «я подумал», «я сделал»). Дать возможность клиенту проработать горе в его темпе.

Условия работы на этой стадии:

– развитая эмпатия, позволяющая консультанту видеть мир глазами клиента;

– стимулирование (побуждение клиента оспорить те его утверждения, которые прозвучали раньше, например, женщина говорит: «Я – плохая мать», – но до этого она рассказывала о том, как занимается с детьми. Консультант в этом случае говорит: «Давайте остановимся на том, что вы – плохая мать. Раньше вы говорили, что много времени уделяете детям, а плохая мать не будет этого делать...»);

– немедленная реакция на то, что происходит в ситуации консультирования.

Навыки, необходимые на второй стадии:

- новые умения, предлагаемые как «подарок», а не угроза, в помощь клиенту для продвижения вперед к более глубокому эмпатичному пониманию;
- помощь в понимании затрагиваемых тем, непоследовательности поведения клиента, в разговоре и пр.;
- информирование;
- разговор «я – ты» о том, что происходит между консультантом и клиентом;
- постановка целей.

СТАДИЯ 3. ДЕЙСТВИЯ

Это направляющая стадия, нацеленная на позитивные изменения. В некоторых случаях достаточно пройти две предыдущие стадии, однако иногда требуется и завершающая часть, в которой важны ритуалы.

Задача клиента: принятие потери и адаптация к новой (без умершего) жизни.

Задача консультанта: поддержать клиента каким-нибудь способом в соответствии с его жизненным планом; осуществить его и оценить произведенные действия.

Навыки, необходимые на третьей стадии:

- все навыки предыдущих ступеней; согласование плана действий; расстановка приоритетов в решении задач: разрешение проблемы и принятие дальнейших решений;
- оценивание.

Зарубежные психологические (кризисные) службы выделили некоторые клише, которых рекомендуется избегать в работе с людьми, переживающими горе (Меновщиков, 2002):

«На все воля Божья». Не настолько всеведущ человек, чтобы определять Божью волю, к тому же это не слишком утешительно.

«Мне знакомы ваши чувства». Каждый человек уникален, и каждое взаимоотношение единственное в мире. Мы не можем знать, что чувствует другой человек, столкнувшись со смертью, поскольку никогда не сможем пережить его чувства.

«Уже прошло три недели с его смерти. Вы еще не успокоились?» Не существует лимита времени, отпущенного страданию. Принято считать, что переживание горя может длиться от шести месяцев до двух лет, хотя не исключены отклонения и в ту, и в другую сторону.

«Благодарите Бога, что у вас есть еще дети». Даже если в семье есть другие дети, родители тяжело переносят смерть ребенка. Это не уменьшает их любовь к оставшимся детям, а просто отражает потерю того уникального взаимоотношения.

«Бог выбирает лучших». Это означает, что все живущие на земле, включая и этого конкретного человека, не столь хороши в глазах Бога, кроме того, получается, что Бог не заботится о страданиях, которые причиняет близким умершего.

«Он прожил долгую и честную жизнь, и вот пробил его час». Не существует времени, подходящего для того, чтобы умереть. Сколько бы лет ни прожил человек, смерть – это всегда горе. Несмотря на то, что смерть часто несет с собой избавление от страданий, физических или душевных, близкие люди переживают это так же сильно.

«Мне очень жаль». Это очень распространенная автоматическая реакция на сообщение о чьей-то смерти. Мы просим прощения за то, что жизнь закончена, что люди переживают горе, за то, что нам напомнили, что все мы смертны. Однако от человека, переживающего утрату близкого, эти слова требуют неадекватного ответа. Что может он сказать в ответ – «благодарю», «все в порядке», «понимаю»? В этой ситуации нет уместного ответа, и когда человек снова и снова слышит

подобные соболезнования, эти слова быстро становятся пустыми и бессмысленными.

«Позвоните мне, если что-то понадобится». Если мы выбираем этот вариант, то должны быть готовы ответить на телефонный звонок в любое время дня и ночи. Несправедливо сделать такое заявление, а затем посчитать неуместным звонок, прозвучавший в 3 часа утра. Страдания не регулируются ходом часов, и часто самое тяжелое время – между полночью и шестью утра.

«Вы должны быть сильными ради своих детей, жены и т.д.». Страдающему человеку

нет необходимости быть сильным ради кого бы то ни было, не исключая и самого себя. Убеждая людей быть сильными, мы тем самым уговариваем их отречься от реальных эмоций. Это может привести к другим проблемам (Руководство по телефонному консультированию, 1996).

Различными консультативными службами отмечено, что желания клиентов, переживающих горе, и соответствующая помощь им, как правило, касаются следующих тем:

«Позвольте мне просто поговорить». Эти люди хотят говорить об умершем, причине смерти и о своих чувствах в связи с произошедшим. Им хочется проводить долгие часы в воспоминаниях, смеяться и плакать. Они хотят рассказать о его жизни – все равно кому, только бы слушали. В случае насильственной смерти им необходимо еще раз перебрать все мельчайшие подробности до тех пор, пока те не перестанут пугать их и не оставят в покое, и тогда они смогут оплакивать свою потерю.

«Спросите меня о нем (ней)». Мы часто избегаем разговоров об умершем, но близкие интерпретируют такое поведение как забвение или нежелание обсуждать саму смерть. Это демонстрирует уровень нашего дискомфорта, но не нашей заботы о близких умершего. «На кого он (она) был похож?», «Есть ли у вас фотография?», «Что он (она) любил делать?», «Какие самые приятные ваши воспоминания связаны с ним (ней)?». Это только некоторые из вопросов, задав которые, мы можем проявить свой интерес к прожитой жизни.

«Поддержите меня и позвольте мне выплакаться». Нет большего подарка, который мы можем сделать убитому горем человеку, чем сила наших рук, обхвативших его за плечи. Прикосновение – это чудо терапии; так мы выражаем свою заботу и внимание, когда слова нам неподвластны. Даже просто придержать его за локоть лучше, чем холодная изоляция.

Люди плачут, им необходимо плакать, и намного лучше делать это в теплой обстановке понимания, нежели в одиночку.

«Не пугайтесь моего молчания». Бывают случаи, когда перенесшие утрату люди как бы замирают, беззвучно глядя в пространство. Нет нужды заполнять тишину словами. Мы должны позволить им погрузиться в свои воспоминания, сколь бы болезненными они ни были, и быть готовы продолжить разговор, когда они возвратятся в состояние «здесь-и-сейчас». Нам не нужно знать, где они были и о чем думали; о чем мы должны побеспокоиться, так это чтобы человеку было комфортно. Большую часть времени они вряд ли смогут облечь свои воспоминания в подходящие слова и будут благодарны за то, что вы просто были с ними рядом в этой тишине.

Для «выздоровления» от горя можно давать клиентам следующие рекомендации:

1. Примите свое горе. Примите с готовностью телесные и эмоциональные последствия смерти любимого человека. Скорбь является ценой, которую вы платите за любовь. На принятие может уйти много времени, но будьте настойчивы в стараниях.

2. Проявляйте свои чувства. Не скрывайте отчаяния. Плачьте, если хочется; смейтесь, если можете. Не игнорируйте своих эмоциональных потребностей.

3. Следите за своим здоровьем. По возможности, хорошо питайтесь, ибо ваше тело после истощающего переживания нуждается в подкреплении. Депрессия может уменьшиться при соответствующей подвижности.

4. Уравновесьте работу и отдых. Пройдите медицинское обследование и расскажите врачу о пережитой потере. Вы и так достаточно пострадали. Не причиняйте еще больший вред себе и окружающим, пренебрегая здоровьем.

5. Проявите к себе терпение. Вашему уму, телу и душе потребуются время и усилия для восстановления после перенесенной трагедии.

6. Поделитесь болью утраты с друзьями. Замыкаясь в молчании, вы отказываете друзьям в возможности выслушать вас и разделить ваши чувства и обрекаете себя на еще большую изоляцию и одиночество.

7. Посетите людей, находящихся в горе. Знания о сходных переживаниях других могут привести к новому пониманию собственных чувств, а также дать вам их поддержку

и дружбу.

8. Можно искать утешения в религии. Даже если вы спрашиваете с укором: «Как Бог мог допустить это?» – скорбь является духовным поиском. Религия может стать вам опорой в переживании горя.

9. Помогайте другим. Направляя усилия на помощь другим людям, вы учитесь лучше относиться к ним, поворачиваясь лицом к реальности, становитесь более независимыми и, живя в настоящем, отходите от прошлого.

10. Делайте сегодня то, что необходимо, но отложите важные решения. Начните с малого – справляйтесь с повседневными домашними делами. Это поможет вам восстановить чувство уверенности, однако воздержитесь от немедленных решений продать дом или поменять работу.

11. Примите решение вновь начать жизнь. Восстановление не наступает в течение одной ночи. Держитесь за надежду и продолжайте адаптироваться вновь (Хрестоматия по суицидологии, 1996).

Для работы с утратой успешно используются техники гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, когнитивно-поведенческой терапии, практически все методы, рассмотренные в главе 3. Применяются также и групповые формы работы. Ниже мы приводим программу двух тренингов, которые могут быть использованы как в индивидуальной, так и в групповой терапии. В данной главе мы не придерживаемся стандартного формата описания работы тренинговой группы, включающего этапы знакомства, разминки, обсуждения, завершения работы и т.д. Некоторые теоретические вопросы групповой терапии приведены в главе 3. Мы же приводим только описание техник терапии при утрате.

8.3 ТРЕНИНГ «ИСЦЕЛЕНИЕ ОТ ГОРЯ»

Данный тренинг состоит из двух этапов, первый из которых служит прояснению чувств утраты, а второй – скорее их реорганизации и реориентации с целью поиска иных возможностей и новых направлений в жизни.

ЭТАП 1. «РАБОТА С ПИСЬМАМИ»

Хороший результат при терапии реакции утраты дает работа с письмами. Письма на тренинге составляют не для того, чтобы отправлять их по почте. Они служат средством поиска решений в трудных ситуациях, средством выражения и завершения «работы горя».

Такие письма являются эффективным методом психологической работы. Они помогают людям понять и выразить значимые мысли и чувства. То, что на первый взгляд кажется неясным, невыразимым и невозможным, будучи написанным, становится более понятным и менее угрожающим. Письма способны поглощать страх перед сильными ощущениями и недопустимыми мыслями и часто становятся своеобразными «пробными действиями». Нередко они оказываются первым действенным шагом к прояснению собственной позиции, снижению напряженности и преодолению «вины выжившего». Благодаря своей специфической форме письма дают многим людям необходимое чувство безопасности и не вызывают сопротивления.

Перед тем как приступить к этому тренингу, участники должны овладеть навыками релаксации и визуализации воображаемых предметов и событий. Перед составлением каждого письма консультант просит участников закрыть глаза и сосредоточиться и дает им инструкцию в форме легкого внушения для групповой медитации, делая паузы, во время которых участники визуализируют услышанное. Для этого предварительного этапа можно использовать упражнения из раздела «Креативная визуализация» главы 3.

Упражнения данного тренинга разработаны на основе работ Ковалева, 1999; Фопеля, 2000.

Упражнение 1 «Исцеляющие письма»

Если вы чувствуете вину перед каким-то человеком и у вас нет возможности уладить этот конфликт, встретившись и поговорив с ним, например, в случае его отъезда или смерти, то вы можете вести диалог с ним с помощью неотправленных писем.

Первое письмо. Работа начинается с того, что вы пишете человеку письмо, в котором довольно подробно излагаете все свои переживания, события и их влияние на вашу жизнь. Вы также можете задать вопросы этому человеку.

Второе письмо. Вы сочиняете ответ от лица этого человека, который вы боялись бы услышать.

Третье и последующие письма. Эти письма самые важные, так как они приносят вам освобождение. Для этого вам нужно представить, что вы и этот человек одинаково рассказываете. Вы рассказываете этому человеку о своих позитивных намерениях, и от его лица пишете четвертое письмо о его позитивных намерениях этот человек с лучшими намерениями отвечает на ваши вопросы. Вы ведете с ним диалог до тех пор, пока не договоритесь между собой. Вы прощаете друг друга и прощаетесь на этом.

Упражнение 2

«Письмо, в котором я говорю тебе «спасибо»

Очень часто люди воспринимают любовь, понимание и поддержку других как данность, никак этого не отмечая, или же испытывают чувство благодарности, но стесняются выразить его. Если мы научимся легко и свободно говорить другим, что мы замечаем их внимание к нам и рады этому, то сможем чаще испытывать приятное чувство от того, что и другие нас ценят.

Детям свойственно выражать благодарность непосредственно и открыто. Взрослые же делают это обычно осознанно и преднамеренно, показывая тем самым другому человеку, что ценят сделанное им добро.

Напишите письмо благодарности умершему человеку. Скажите в нем все, что хотели, но по какой-то причине не высказали раньше. Может быть, вам удастся передать в этом письме радость, удовольствие и другие положительные эмоции, которые вы испытали благодаря ему. У вас есть для этого четверть часа.

Упражнение 3 «Письмо умершему»

Ужас перед смертью настолько стал составной частью нашей культуры, что нередко мы, пережив утрату, надолго застываем в состоянии скорби.

Предлагаемое ниже упражнение может быть полезно детям, подросткам и взрослым для того, чтобы найти более адекватное продолжение отношений с умершим человеком и выразить то, что они не успели сказать ему при жизни.

Каким образом ваша семья чтит умершего друга или близкого? Ходите ли вы на кладбище? Отмечаете ли вы все вместе день его рождения или день смерти? Делаете ли еще что-нибудь? Или вы оставляете на собственное усмотрение каждого то, как он будет помнить об умершем? Живым полезно время от времени вспоминать о мертвых. Мы знаем, что когда-нибудь мы сами должны будем умереть. И почему бы нам не относиться к смерти как к чему-то естественному? Наше бессознательное часто обращается к смерти – мы встречаемся с ней в своих снах, мы встречаемся с ней при каждой утрате.

Кто из умерших членов вашей семьи, друзей или знакомых настолько значим для вас, что вы хотели бы написать ему небольшое письмо? В этом письме вы можете рассказать ему, как идут ваши дела, что происходит в вашей жизни, что вы сами узнали или поняли о смерти и умирании. Вы можете также выразить невысказанные до сих пор чувства, рассказать, что значил для вас этот человек, как вы пережили его кончину.

И пусть ваше письмо умершему несет печать вашей собственной радости от жизни.

У вас есть для этого 20 минут.

Упражнение 4 «Послание небес»

«Послание небес» – это важное сообщение, которое посылает пишущему его бессознательное. Тема послания может быть связана или с контекстом групповой работы, или с текущими проблемами жизни каждого участника. Примененная в названии метафора нужна главным образом для того, чтобы послание исходило от взрослой части личности (от Сверх-Я). Упражнение подходит как для начала работы, так и для ее завершения. В первом случае вы можете задать вопрос, который побуждал бы участников задуматься о своих планах, например: «Как бы я хотел изменить свою жизнь в следующем году?» Во втором случае это послание должно носить скорее обобщающий и

итоговый характер.

«Представьте себе, что вы на прогулке... Вы идете по дороге, которая вам нравится, наслаждаясь впечатлениями от окружающего мира... Вы чувствуете себя легко и свободно, вы открыты всему, что можете видеть и слышать, всему, что происходит вокруг вас.

Представьте себе, что с неба к вам медленно спускается какое-то письмо и ложится на землю прямо около ваших ног... Вы останавливаетесь и поднимаете его.

Что оказалось в вашей руке? Это запечатанный конверт, сложенный листок или что-то другое? Написано ли на нем имя отправителя? Кто указан в качестве адресата?

Хочется ли вам прочесть это послание? Можете ли вы его разобрать? Оно написано от руки или напечатано? А может быть, оно выполнено как-то иначе? Что там написано?

Что вам хочется сделать с этим посланием? Задуматься над ним? Выбросить его? Забыть о нем? Может быть, что-то еще?

Теперь возвращайтесь сюда и откройте глаза.

Возьмите листок бумаги и напишите на нем то, что было в полученном вами послании. Вы можете изменить в нем что-то, если это сделает его яснее и понятнее. На это у вас есть 10 минут».

Упражнение 5 «Письмо из будущего»

Самые тяжелые проблемы бывает легче решать, если человек умеет уверенно и оптимистично смотреть в будущее. В этом упражнении участники должны взглянуть на свое настоящее из благополучного будущего, в котором сегодняшние проблемы уже давно нашли свое решение. Это упражнение может быть эффективным при работе с самыми разными трудностями.

«Давайте дадим вашему сознанию небольшой перерыв. Вы интенсивно поработали и глубоко разобрались в проблеме. Вы понимаете причины своих трудностей, вы знаете, как они проявляются. Вы продумываете решения.

Однако мы сможем оказать себе дополнительную помощь, если зададим работу и нашему бессознательному, которое продолжает работать даже тогда, когда мы спим. Вы знаете историю открытия химической формулы бензола? Это произошло во сне.

Поэтому я хочу пригласить вас в своеобразный сон наяву. Во сне мы можем легко и просто перемещаться во времени – перелетать в прошлое, в будущее, снова возвращаться в настоящее и т. д. Причем наше бессознательное делает все это с грацией фигуриста, рисующего на зеркальной поверхности льда причудливые узоры.

Представьте себе, что ваше бессознательное перемещается на несколько-лет в будущее, например, на два года, на пять или десять лет и из этой точки будущего комментирует вашу сегодняшнюю жизнь, ваши текущие обстоятельства и *проблемы*. Оно открывает вам, как ваша жизнь будет складываться дальше. Вы можете увидеть, *как* вы решили свои сегодняшние проблемы, *когда* это произошло, или узнать, какой путь вы избрали для того, чтобы обойти проблему, не поддающуюся решению.

Из какого-то момента в будущем напишите себе письмо, рисующее панораму вашей дальнейшей жизни, где сегодняшние тревоги давно превратились в твердую почву завтрашнего дня. Поставьте дату, не забудьте написать обращение и подписаться. У вас есть на это полчаса».

Упражнение 6 «Письмо от своего Я»

В момент кризиса или одиночества, в ситуации утраты или жизненных перемен – во всех этих случаях предлагаемое упражнение дает участникам прекрасную возможность обратиться к своему внутреннему Я и получать помощь, исцеление и утешение из глубин собственного бессознательного. Упражнение будет более эффективным, если участники уже имеют опыт внутренней работы со своими проблемами.

«Иногда все мы нуждаемся в ободрении и мудром руководстве. Я хочу показать вам, что можно сделать в такой ситуации.

Сядьте поудобнее и закройте глаза... Вы находитесь в какой-то долине. Воздух свеж, небо голубое, вокруг вас зеленеет трава, растут цветы. Утренний ветерок ласкает ваше лицо, ваши ноги уверенно стоят на земле. Не спеша прислушайтесь к своим ощущениям

и внимательно осмотритесь:

Вы оглядываетесь вокруг себя и видите невдалеке какую-то гору. Когда ваш взгляд останавливается на ее вершине, вы чувствуете, что вы сами выросли... Вы начинаете взбираться на эту гору и замечаете, что это довольно тяжелая работа: ноги устают, приходится глубоко дышать, но при этом вы чувствуете, как все тело наполняется жизненной силой и бодростью, вы ощущаете тепло своей энергии.

Воздух становится прохладнее, звуки постепенно умолкают... Временами вы уже проходите сквозь облака. Вы идете медленно, иногда карабкаетесь по узкой тропинке, цепляясь руками за какие-то выступы.

Постепенно вы выбираетесь из зоны облаков. Вы снова видите небо и сочные краски скальных пород. Солнце ярко сияет. Ваше тело кажется легким. И вот вы на вершине. Вы ощущаете радость от того, что можете наблюдать прекрасную панораму: вершины соседних гор, долины и разбросанные среди них деревушки. Вы стоите на вершине горы в глубоком молчании.

Вдали вы видите кого-то. Сначала это совсем маленькая яркая точка. Вы предчувствуете, что это будет какая-то исключительная встреча. Вам встретится мудрый и доброжелательный человек, который выслушает вас и сможет сказать именно то, что вы хотите узнать... Вы заметили друг друга и идете друг другу навстречу. Присутствие этого человека наполняет вас радостью и силой. И вот вы уже можете заглянуть ему в глаза, и он дружески улыбается вам. Вы чувствуете, что с ним можно говорить обо всем и на все получить ответ.

Поговорите с этим человеком. В несколько минут вы сможете уложить долгий, очень долгий разговор.

А теперь пришло время прощаться. Если захотите, вы сможете еще не раз встретиться с этим мудрым человеком. Постепенно возвращайтесь назад... Для того чтобы получить возможность обдумать все, что вы узнали на вершине, представьте себе, что, спустившись с горы и вернувшись сюда, вы находите письмо от этого мудрого человека. У вас есть сейчас полчаса для того, чтобы написать это письмо».

Упражнение 7 «Письмо своему Я»

Это упражнение основано на активизации бессознательного участников. Ответ на волнующие его вопросы участник может получить через некоторое время, причем форма ответа может быть самой разнообразной. Это упражнение особенно эффективно, когда человек находится в ситуации жизненных перемен, испытывает чувство неуверенности, внутреннего конфликта, когда необходимо принять трудное решение и т. д. В письме участники обращаются к той своей внутренней инстанции, которая называется по-разному, например, внутреннее Я, самость, бессознательное.

«Когда перед нами встают очень трудные вопросы, мы можем обратиться за помощью к нашей внутренней сущности.

Чтобы сделать это, вы можете сейчас написать письмо своему Я. Тем самым вы обратитесь к своему бессознательному и дадите ему знать о том, что готовы принять его помощь. Опишите ситуацию, в которой вы находитесь, расскажите о своих проблемах, о том, как вы видите пути решения этих проблем, проанализируйте все плюсы и минусы возможных решений. Опишите также свои чувства и чувства других включенных в эту ситуацию людей.

Ответ может прийти к вам разными путями. Иногда он приходит уже во время написания письма или сразу после этого, иногда – через несколько дней. Неожиданно мы понимаем, что уже знаем, что нам делать.

Бывает и так, что проблема, неожиданно для нас самих, теряет значимость. Это значит, что наше бессознательное поработало с ней незаметно для нас. Иногда ответ приходит во сне или его приносит наше спонтанное действие. Временами нам дают ответ слова какого-нибудь человека, встретившаяся в книге мысль, то или иное событие и т. д. Все это действует как катализатор процессов, которые уже происходят внутри нас.

А сейчас посвятите полчаса тому, чтобы написать письмо своему внутреннему Я».

Упражнение 8 «Диалог в письмах»

Обычный, реальный диалог не всегда помогает расширить рамки обсуждения проблемы. В диалоге с реальным человеком не всегда можно сказать все, что хочется. Кроме того, при этом очень легко перейти от прояснения проблемы к «выяснению отношений». Если у человека есть потребность полнее изложить свою точку зрения, если он при этом готов прислушаться к точке зрения другого, он может воспользоваться предложенной в этом упражнении стратегией. Диалог в письмах лучше всего вести с другим человеком, но можно его вести и с самим собой (например, Я-сегодняшний может писать себе-ребенку или себе-будущему) или с различными частями своего Я (мужественное Я пишет робкому Я). В приводимой инструкции предполагается, что диалог в письмах будет вестись с другим человеком.

«Представьте себе, что вы должны какое-то время жить на необитаемом острове. Рядом с вами никого нет, и вы начинаете воображать, что переписываетесь с кем-то. Сочините эту переписку: пишите письма, а затем представьте, как мог бы отвечать на них ваш партнер. Вы можете обмениваться короткими письмами. Исходите из существующих между вами отношений и решите, кто из вас должен начать переписку. Закончите этот диалог в письмах тогда, когда почувствуете, что все главное уже сказано.

Для создания этой воображаемой переписки у вас есть примерно 45 минут».

ЭТАП 2. «ИСЦЕЛЕНИЕ»

На данном этапе тренинга используются представления о фиксированных идеях (Фанч, 1997а,б) и ресурсных состояниях (Андреас, Андреас, 1994, 1997; Вагин, 2002, Дилтс и др., 1997). Избавление от фиксированных идей, связанных в данном случае с утратой и скорбью, и нахождение новых ресурсных состояний позволяет клиенту быстрее и с меньшими потерями завершить «работу горя».

Сам факт, что скорбь в разных культурах регулируется по-разному, свидетельствует о том, что это состояние динамично, не фиксированно. Ирландцы, например, проводят поминки, где в течение трех дней друзья и родственники говорят об умершем, и после этого торжества все оставшиеся в живых как бы «оправляются от юря». У некоторых народов вдова должна скорбеть по своему умершему мужу в определенное время года или все время. Нет никакой необходимости в определенном периоде времени для оплакивания, все, что вам нужно, – это понимать психическую структуру печали и потери, и тогда вы будете знать, как следует поступить, чтобы добиться изменения.

Фиксированная идея – это застывшее представление, которое оторвано от соответствующей ситуации и используется без всякой проверки. Это мысль, которая взята как вечная истина и никогда не пересматривается. Могущество фиксированной идеи именно в том, что это неосязаемая идея, оторванная от соответствующей ситуации. Это значит, что она может применяться в широком круге ситуаций. Она кажется подходящей для любых ситуаций и может становиться правилом, применимым везде.

Фиксированная идея – это обычно решение или вывод, которое сам человек сделал в какой-то момент и тем самым установил автоматический способ обращения с жизнью, не требующий его присутствия. Это какая-то конкретная идея, которую человек считает очень ценной, но не осознает, что использует ее. Он использует ее как истину, и ему кажется, что она отлично ему служит. Это фиксированный неразумный способ справляться с жизнью. Это способ быть правым. Часто это к тому же способ делать других неправыми.

Вот некоторые типы фиксированных идей:

Фиксированные предположения. Информация, которую человек считает истинной, не задумываясь об этом, и которая никогда не проверяется. Скрытые предположения.

Фиксированные необходимости. То, что должно быть только так или не может быть так. Ожидаются неуточненные плохие последствия, если не будут соблюдаться определенные правила.

Фиксированные шаблоны поведения. Шаблоны ролей, действий и отношений, которые человек автоматически сохраняет. Навязчивые шаблоны поведения.

Фиксированные убеждения. Основные правила о мире, по которым человек живет, не осознавая, что он их выбрал.

Фиксированная правота. Навязчивая потребность чувствовать себя правым, а других неправыми.

Эти категории отчасти произвольны и перекрываются.

Заметьте, что речь идет о *фиксированности* этих типов идей. Нет ничего плохого в том, что у человека есть убеждения и желания. Тем не менее, необходимо, чтобы человек получил свободу выбора и чтобы идеи стали гибкими инструментами, которые можно использовать или не использовать по желанию.

Можно подозревать, что где-то поблизости зарыта фиксированная идея, когда человек не может мыслить в определенной области. Фиксированная идея добровольно не сдается. Она устроена так, чтобы ускользать от обнаружения и отрицать свое существование. Вам нужно загнать человека в угол и вынудить его точно высказать идею, прежде чем он признает, что ее использует.

Если вы подозреваете фиксированную идею в определенной области, вовлеките клиента в диалог о ней, задавая вопросы о логике того, что происходит. Фиксированная идея – это застывший кусочек логики. Если мы будем продолжать добиваться от клиента логических обоснований в данной области, он в конце концов будет вынужден выдать исходный кусочек логики, фиксированную идею, которую мы ищем. Фиксированная идея – это по своей природе нелогичность, используемая как основа для логики.

Самый эффективный способ засечь фиксированную идею – повторение вопросов: «Почему?». Сначала клиент будет давать очень логично звучащие ответы, но если вы будете спрашивать о логических обоснованиях и тому подобное и будете продолжать делать это, то вы скорее всего дойдете прямо до основной нелогичности.

Чаще бывает, что вы подходите вплотную к фиксированной идее в ходе тренинга, и тема начинает как бы «буксовать». Человек не может обдумывать эту тему, говорит очень нелогичные вещи или очень самоуверен, но на самом деле не справляется с темой.

Спросите его о принципах:

«На основе каких принципов ты здесь действуешь?»

«Каким правилам ты следуешь?»

«Что ты знаешь о _____?»

А затем углубитесь в то, что в его словах звучит хоть немного фиксированно. Выясните, какие принципы лежат в основе этих принципов, и так далее:

«А на основе чего это?»

«Откуда ты это знаешь?»

«Почему это так?»

Мы на самом деле не ищем логичных причин и объяснений. Мы поощряем человека раскрыть очень нелогичную причину. Чтобы сделать это, нам нужно как бы обхитрить его, загнать в угол и вывести на чистую воду. У него не должно быть времени, чтобы построить разумные объяснения. Лучше, если он необдуманно выложит что-то. Поэтому задавайте ваши вопросы очень быстро. Быстрая последовательность вопросов и ответов скорее всего решит дело.

Поставьте человека в затруднительное положение. Не интересуйтесь никакими другими всплывшими проблемами. Мы направляемся прямо к фиксированной идее, которая лежит в основе неприятностей в данной сфере.

При раскрытии фиксированной идеи отчасти оспаривайте клиента. Но помните о том, что вам нужно сохранять взаимопонимание. Не пытайтесь доказать, что человек в чем-то неправ. Играйте в игру. Он старается дать логичные причины, а вы стараетесь поймать его на использовании основной нелогичности. Не просто на какой-то ошибке мышления, а на конкретной фиксированной идее, которая является основой его способа мышления и действий в жизни.

ТЕХНИКА 1. «Общее расфиксирование»

Основные способы расфиксирования идеи:

- определите те способы, которыми фиксированная идея служила клиенту;
- исследуйте последствия использования и неиспользования идеи;
- поместите идею в ситуацию

Упражнение 1

«Определение пользы фиксированной идеи»

Часто в ответ на некоторые вопросы человек выдает длинный список того, в чем фиксированная идея полезна для него. Это как бы автоматическое явление, которое способствует высвобождению идеи. Поэтому, если такое происходит, просто дайте клиенту перечислить все свои обоснования. Если вопрос не вызывает особой реакции, попробуйте другой.

«Чего _____ помогла тебе достичь?»

«Что _____ помогла тебе предотвратить?»

«Что _____ позволяет тебе делать?»

«Что _____ позволяет тебе иметь?»

«Кем _____ позволяет тебе быть?»

«Что правильно в _____?»

«Какие преимущества _____?»

«Как можно использовать _____ против других?»

«Ставит ли _____ других в невыгодное положение?»

«К чему _____ тебя привела?»

«От чего _____ тебя отвела?»

«Решением чего была _____?»

«Что _____ решила?»

Упражнение 2 «Изучение последствий»

В зависимости от того, какая это фиксированная идея, изучение последствий может быть основной задачей или задачей неадекватной. Оно особенно полезно для тех фиксированных идей, когда человек должен или не может делать чего-то. Обычно человек на самом деле не изучал окончательные последствия выполнения или невыполнения того, о чем он говорит. Поэтому мы просто спрашиваем, что бы произошло, если бы он сделал это, или если бы идея была истинной, и что бы произошло, если бы он не сделал этого, или если бы идея была ложной. А еще – чего бы *не* произошло. Мы спрашиваем в основном о положительных вещах, а не о жалобах на проблемы. Мы стараемся показать, что всегда есть то, что человек получает, и то, что он теряет, независимо от его выбора.

«Что случится, если ты сделаешь _____?»

«Что случится, если ты не сделаешь _____?»

«Чего не случится, если ты сделаешь _____?»

«Чего не случится, если ты не сделаешь _____?»

Упражнение 3

«Поместить идею в ситуацию»

Мы стремимся к тому, чтобы человек научился обдумывать эту идею. Для этого ему нужно уметь сопоставлять ее с другими идеями и с разными ситуациями. Поэтому, когда мы уже более или менее высвободили идею другими методами, можно попросить человека сделать это:

«В чем ценность _____?»

«В чем важность _____?»

«Когда _____ может быть подходящей идеей?»

«Когда _____ может быть неподходящей идеей?»

«С чем можно сравнить _____?»

«Куда _____ подходит?»

Работа с фиксированной идеей завершена, когда наш клиент может принять или отбросить ее, когда у него есть выбор насчет нее, и когда она превратилась из фиксированной неопределенности в гибкий принцип.

ТЕХНИКА 2. «Работа с чувством потери»

1. Сначала нужно выяснить, что вы представляете, думая об утрате. Многие люди думают о свершившейся или предстоящей потере, представляя себе картинку, образ этого человека, причем образ может быть парящим, размытым, нечетким, плоским,

прозрачным, либо вместо умершего человека они могут мысленно видеть его могилу. При этом обычно вспоминаются хорошие моменты, связанные с этим человеком, как недоступные теперь ресурсы. Когда вы думаете о том, кого вы утратили, проанализируйте, какие образы вас посещают, как вы представляете себе этого человека, где в пространстве этот образ находится, его яркость, четкость, объемность, размеры, цвета, есть ли там движения и звуки.

2. Теперь подумайте о человеке, который уже ушел из вашей жизни, но при мысли о котором вы чувствуете себя хорошо. Вы ощущаете его присутствие или наполненность, но не пустоту. Так же, как и в первом случае, проанализируйте эту картинку, разложив ее на субмодальности: ее местоположение, цвета, размеры, яркость, звуки, объем, движения. Подумайте, чем этот образ отличается от первого. Выявите субмодальные отличия. Например, в первом образе нет движения и звуков, он нечеткий, - серые цвета, а во втором образе есть голоса людей, движения, прикосновения, яркие приятные цвета, реальные размеры и так далее.

3. Теперь измените субмодальности первой картинки на субмодальности второй, исходя из тех отличий, которые вы обнаружили. То есть образ утраченного человека будет теперь расположен там же, где и вторая картинка, иметь те же цвета, звуки, движения, размеры, объемность, ощущения.

4. Теперь, думая о приятных моментах общения с этим человеком, постарайтесь понять, что важного, ценного было в ваших с ним отношениях. Что вы получали для себя от этих отношений. Например, одни люди ценят чувства надежности, защищенности, интимную сторону отношений, другие говорят о качествах взаимопонимания, доверия, творчества, чувства юмора и так далее.

5. Когда вы определите, что создавало ценность ваших отношений, поместите это на отдельной картине в другом месте. Эта картина может быть более абстрактной, изображения могут быть более символическими, но она сохранит суть тех особых переживаний, которые вы испытали, общаясь с этим человеком. Ощутите присутствие в вашей жизни всех этих ценностей, как если бы это происходило с вами сейчас.

6. Теперь на картине, которую вы помещаете в новое место, представьте то, что из этих ценностей вы могли бы перенести в будущее. Каким образом те же самые ценности могут быть удовлетворены общением с другими людьми и какого рода занятия могут приносить вам эти хорошие чувства? Возможно, что картина может быть смутной и нечеткой, ведь вы не знаете, кого вы встретите в будущем, но на этой картине вы заметите те же самые значимые для вас образы. Представление о том, каким образом вы можете ощутить те же самые ценности с другим человеком, направит ваше внимание на поиск новых отношений и занятий.

7. Эти новые отношения и занятия можно представить как некий фильм о себе на уровне образов, звуков, ощущений. Убедитесь в том, что эти новые отношения и занятия не приносят вреда вам и окружающим. Это означает, что вы не выбрали для себя, например, вредные вещества, такие как алкоголь или наркотики, или рискованные виды поведения, такие как азартные игры, быстрая езда на автомобиле и так далее.

8. Теперь возьмите эту картину и размножьте ее. как если бы это была колода карт. При этом каждый раз каждую карту поворачивайте немного иначе, но сохранив при этом все те же приятные образы.

9. Когда вы получите множество картин, представьте, что вы бросаете их в будущее. При этом они рассеиваются повсюду в будущем, одни ближе, другие дальше. Чтобы вы могли почувствовать те ценные вещи, которые будете получать от них в будущем.

ТЕХНИКА 3. «Работа с чувством зависимости»

Технику «Работы с чувством зависимости» полезно использовать вместе с методом «Работы с чувством потери», так как часто справиться с утратой, эмоционально отделить себя от человека мешает сильная эмоциональная зависимость.

Найдите спокойное место, где вы сможете погрузиться в себя на 15–20 минут, чтобы пройти через данный процесс.

1. Определите другого человека. Представьте того, от кого вы, по вашему мнению,

зависимы или кто наполняет все ваши чувства. Большинство людей представят родственника или возлюбленного.

2. Почувствуйте, что вы связаны с этим человеком. Представьте, что этот человек стоит рядом с вами. Если вы не видите внутренние образы, просто «почувствуйте» и сделайте вид, что это происходит. Притроньтесь к нему, чтобы почувствовать, какой он, проанализируйте, что вы ощущаете, находясь рядом с ним. Особенно об-

ратите внимание на чувство связи с этим человеком. Теперь обратите внимание на то, что дает вам чувство связанности с ним. Может быть, у вас возникает ощущение, что вы связаны физически? Может быть, это непосредственная связь между вашими телами, а может быть, вы соединены с помощью нитей или еще как-нибудь? Обратите внимание на то, где происходит соединение. Многие люди ощущают эту связь в области желудка, груди или паха. Полностью ощутите эту связь, проанализируйте, как она выглядит, и что вы при этом чувствуете.

3. Временная независимость. А теперь постарайтесь порвать эту связь, хотя бы на мгновение. Что вы при этом почувствуете? Вы можете сделать это, если представите, что ваша рука стала острой как бритва и вы перерезаете или рвете связывающую вас нить... Большинство людей чувствуют себя при этом очень неудобно. Это означает, что данная связь играла в их жизни важную роль. На данном этапе вам не следует еще действительно рвать эту связь, так как вы еще не нашли ей серьезную замену.

4. Найдите позитивную цель. Спросите себя: «Что я действительно хочу от этого человека? Приносит ли мне это удовлетворение?» Затем спросите: «А какую пользу это мне приносит?» Продолжайте задавать себе этот вопрос до тех пор, пока вы не дойдете до самой сути ответа. Это может быть уверенность, безопасность, защита, любовь или чувство собственного достоинства...

5. Развивайте ваше Я. А сейчас повернитесь вправо (некоторые люди предпочтут повернуться влево) и создайте полный трехмерный образ себя, превзошедшего ваш уровень. Это тот же вы, но обогнавший вас в развитии. Он способен разрешить проблемы, с которыми вы столкнулись в данный момент. Он любит и пенит вас, он стремится воспитать и защитить вас. Он может дать вам то, к чему, как мы выяснили на четвертом этапе, вы действительно стремитесь. Вы можете обратить внимание на то, как он движется, какое у него выражение лица, как звучит его голос, вы можете прикоснуться к нему, чтобы почувствовать какой он, этот ваш более опытный двойник. Если вы не можете увидеть себя, постарайтесь другого себя почувствовать. Некоторые люди ощущают тепло или видят свет, окружающий более развитого двойника.

6. Трансформируйте связь с другим человеком в связь с собственным Я. Вновь обратитесь к тому человеку, с которым вы связаны. Увидьте и почувствуйте существующую между вами связь. После этого быстро порвите то, что вас связывает, и немедленно соединитесь со своим развитым Я. Либо переместите образ этого человека в другое место и там, где раньше был его образ, представьте свое другое Я. При этом новая связь должна выглядеть точно так же, как и предыдущая. Насладитесь возникшим чувством зависимости от человека, на кого вы всегда можете положиться, самого себя. Поблагодарите это ваше Я за то, что оно здесь, рядом с вами. Отныне у вас есть компаньон, который поведет вас за собой в будущее, прокладывая вам дорогу, охраняя вас.

7. Уважение к другому. Оглянитесь на человека, с которым вы были связаны. Обратите внимание на оборванные нити, соединявшие вас. Убедитесь, что у этого человека есть возможность восстановить оборванную связь, присоединив ее к себе самому. Если нить, соединявшая вас, исходила у него из пупка, посмотрите, как она возвращается к нему в сердце. Если между вами не существовало никаких связующих нитей, то представьте, что этот человек соединяется со своим собственным развитым Я, точно так же, как это только что произошло с вами. Увиденное позволит вам почувствовать, что этот человек также выиграл от происшедшего, так как приобрел более сильное чувство собственной личности. Почувствуйте, как выиграли от случившегося ваши с ним отношения.

8. Усиление вашей связи с собственным Я. А теперь вновь вернитесь к своему развитому Я, с которым вы отныне связаны. Войдите в него и оттуда посмотрите на себя. После того как вы полностью насладитесь новым ощущением, вернитесь на свое прежнее место, сохранив в себе это чувство.

9. Перенесение в будущее. Обратите внимание на то, что изменится, если вы представите, что отныне вы связаны с людьми на более прочном основании. Представьте, что вы отправляетесь в будущее, взяв в качестве спутника свое новое Я. Вы можете почувствовать, как это Я справляется с теми трудностями, которые возникают у вас на пути.

ТЕХНИКА 4. «Автоматическое самоисцеление»

Данный метод научит вас, как запрограммировать свой мозг на автоматическое исцеление болезней и травм (в том числе и психологических). Безусловно, нет никаких гарантий того, что вы непременно выздоровеете, хотя многие люди продемонстрировали феноменальные результаты в восстановлении своего здоровья.

1. Определите, что вы хотите автоматически излечить. Это может быть либо болезнь, либо травма.

2. Решите для себя, как вы поймете, что процесс исцеления идет или уже произошел. Спросите себя: «После того, как болезнь пройдет, что изменится в моих ощущениях? Что позволит мне понять, что процесс выздоровления идет? Какие видимые изменения или изменения в ощущениях произойдут, когда болезнь пройдет? Как на эти изменения будут реагировать окружающие? Как изменится моя жизнь?»

3. Подберите только вам присущее ощущение автоматического исцеления. Представьте то, что напоминало бы вам ту болезнь или травму, которую вы бы хотели исцелить, зная при этом, что это возможно исцелить автоматически, без какого-либо вмешательства извне. Выберите то, что может пройти независимо от того, что вы сами при этом делаете, то, что просто не может не произойти. Наиболее простыми примерами могут служить порезы, царапины, мозоли, растяжение связок, простуда, грипп. Все мы уже сталкивались с такими проблемами, и мы из опыта знаем, что они могут пройти сами по себе. Итак, представьте то, что, на ваш взгляд, похоже на болезнь, которую вы хотите исцелить.

4. Вспомните о случае, когда все прошло само собой, представьте, что это происходит в настоящий момент. «Итак, если бы вы порезались (или с вами бы произошло что-то еще, в зависимости от того, что вы выбрали, на этапе 3) прямо сейчас, вы были бы уверены, что все пройдет само собой, не так ли?» Обратите внимание, как вы представите, что порезались прямо сейчас, зная при этом, что все пройдет само собой.

5. Установите разницу в кодировании опыта автоматического самоисцеления (этап 4) и вашей болезни или травмы (этап 1). Как вы думаете о своей болезни, которая не прошла, что возникает у вас в сознании и где именно? Видите ли вы ее прямо перед собой, в своем теле или немного в стороне?

6. Задайте те же самые вопросы и по отношению к своему опыту автоматического самоисцеления (этап 4). Когда вы представляете, что порезались прямо сейчас, где вы видите возникший образ? У большинства людей он обычно возникает совсем в другом месте. Может быть, первое вы видите на своем теле, а травма, которую лишь предстоит исцелить, предстает перед вами как бы со стороны.

7. Итак, обратите внимание на все различия в кодировании. Может быть, одно будет цветным, а другое черно-белым, одно будет слайдом, а другое – фильмом. Может быть, они будут разных размеров и расположены на разном расстоянии от вас. Вам нужно понять, как ваш мозг определяет, что первое может пройти самостоятельно, а второе не может. Опираясь на свой опыт самоисцеления, можете ли вы сказать, чем та область, где идет процесс заживания, отличается от окружающих тканей? Многие люди представляют эту область более крупной, яркой, пульсирующей, светящейся и так далее. Очень важно это заметить, так как именно благодаря этому ваш мозг понимает, что данной части тела следует уделить особое внимание. Возможно, вы захотите записать ваши представления об опыте самоисцеления, чтобы лучше его запомнить.

8. А сейчас превратите свое ощущение «неизлечимости» в ощущение самоисцеления. Вам предстоит перекодировать свою травму или болезнь точно так же, как ваш мозг закодировал болезни, подлежащие самоисцелению. Это означает, что вы превратите ощущение неизлечимости в ощущение автоматического самоисцеления. Отныне вы будете представлять свою болезнь или травму, используя тот код, который ваш мозг автоматически воспринимает как код самоисцеления. Воспользуйтесь информацией, полученной на этапе 5, и сделайте это. Если состояние неизлечимости представлялось вам ранее в виде слайда, изображавшего болезнь, или фильма, в котором вам становилось все хуже и хуже, прежде всего измените эти образы, представьте, что ваше состояние постоянно улучшается, представьте тот образ, который возникает у вас, когда вы думаете о самоисцелении. Затем перенесите ваш ранее опыт неизлечимости в то место, где у вас располагался опыт самоисцеления. Сделать это можно следующим образом:

а) если вы представляете процесс самоисцеления на теле, в подходящем для этого месте, то можете представить «неизлечимый» процесс тоже на теле в соответствующем месте. Другими словами, если вы видите заживающий порез на руке и хотите вылечить позвоночник, представьте процесс исцеления вашего позвоночника непосредственно у себя на спине;

б) если же вы видите процесс заживления пореза не на себе, а на «картинке» себя со стороны, прямо напротив вас, представьте исцеление вашего позвоночника на подобной «картинке», расположенной точно в том же месте, что и образ с порезанным пальцем. Некоторые люди используют вместе а) и б), представляя себе процесс исцеления как на своем собственном теле, так и на «картинке», расположенной напротив;

с) сделайте так, чтобы образ исцеления болезни полностью совпадал с вашим опытом самоисцеления (такие же цвет, размер, звук, движение, местоположение, яркость, ощущения). Если ощущение самоисцеления сопровождается цветом или выглядит красочно, сделайте опыт «неизлечимости» точно таким же.

9. Проверьте, что ваша травма или болезнь действительно запрограммирована на самоисцеление. Еще раз представьте свое ощущение самоисцеления и сравните его с тем, как вы теперь видите свою болезнь или травму. Если вы заметите, что между ними по-прежнему существуют какие-то различия, устраните их, приведя эти два образа в абсолютное соответствие. Когда неизлечимое программируется как самоизлечимое, многие люди немедленно замечают заметные изменения в ощущении болезни или травмы. Стал ли образ вашей болезни или травмы таким же реальным, как ваш опыт самоисцеления? Если нет, вновь проанализируйте существующие между ними различия и приведите эти два образа в полное соответствие. Многие люди считают, что то, как они видят болезнь, полностью меняет дело. Однако можно также проанализировать, что вы при этом слышите, или что вы говорите сами себе. Если процесс самоисцеления сопровождается у вас какими-либо звуками или словами, непременно перенесите их на процесс исцеления болезни или травмы. Постарайтесь, чтобы звуки при этом не изменялись и исходили из того же места.

10. Создайте еще один пример автоматического самоисцеления и поместите его мысленно в свое прошлое.

11. Создайте еще один образ, когда ваш организм уже выздоравливал от подобной болезни или травмы, и поместите его в свое прошлое. Обязательно убедитесь в том, что созданное вами новое воспоминание ничем не отличается от каких-либо других прошлых воспоминаний и выглядит лично для вас таким же реальным. Поскольку большинство из нас судят о реальном и воображаемом, опираясь на свой прошлый опыт, этот этап значительно повышает действенность данного метода.

Большинству людей достаточно восьми этапов, чтобы процесс выздоровления пошел. В ходе работы на этих этапах мы переориентировали свой организм на выздоровление, как на сознательном уровне, так и на подсознательном. Но иногда

полезно добавить к этому этапу еще два. При этом вы ничего не теряете, а только приобретаете.

12. Сделайте экологическую проверку: не сопротивляетесь ли вы внутренне выздоровлению. Закройте глаза и погрузитесь в себя. Спросите себя: «Не возражает ли какая-нибудь часть моей личности против автоматического исцеления?» Если ответ будет отрицательным, вы можете переходить к следующему этапу.

13. Если же вы получите ответ «да», представленный метод поможет вам уладить эти внутренние противоречия и откроет вам путь к исцелению. Умение понимать свои внутренние сигналы – это чрезвычайно ценный навык, находящий себе применение в разных сферах жизни.

14. Обычно возражения возникают из-за того, что какая-то ваша часть вдруг осознает, что в случае выздоровления она лишится чего-то очень важного. В психологии это обычно называют «вторичной выгодой». Возможно, что благодаря болезни вы добились любви и внимания окружающих, получили возможность отдохнуть от работы и других обязанностей, нашли, наконец, время ответить на письма и так далее. Когда причина возражений именно в этом, следует найти другие способы достижения желаемого, не подключая к этому болезнь или травму. Особенно внимательно относитесь к возражениям, если речь идет о серьезной болезни и вы будете вынуждены вследствие этого внести поправки в привычный для вас стиль жизни, если ваша болезнь заметно влияет на жизнь окружающих вас людей. 15. Войдите в контакт со своей внутренней мудростью, с тем чтобы поддержать процесс выздоровления. Погрузитесь в себя и спросите свое подсознание: «Что еще я могу сделать, чтобы поддержать автоматический процесс самоисцеления?» Обратите внимание, какие за этим вопросом последуют образы, ощущения и мысли. Остается лишь удивляться тому, какие прекрасные советы мы можем дать сами себе, когда умеем спрашивать и слушать. Часто, когда мы получаем советы от самих себя, мы больше доверяем им, стремимся им следовать.

Обратите особое внимание на то, какие изменения вам следует внести в стиль жизни, чтобы помочь процессу выздоровления. Если ваше привычное поведение в полном порядке, организм получает больше возможности излечить себя. Спросите: «Что может предложить мое внутреннее Я в отношении моей диеты, отдыха, режима работы и так далее?» При этом бывает, что типичный набор правил, предложенный другим людям с той же болезнью, окажется неприемлемым для вас. Ваше внутреннее, подсознательное Я часто осознает это раньше, нежели сознание.

Когда речь идет о каких-то особо серьезных болезнях, данный этап полезно повторять ежедневно или еженедельно – до тех пор, пока болезнь полностью не пройдет. Иногда вы будете получать совет, а иногда сигнал о том, что вам надо продолжать в том же духе.

Этот этап помогает понять, поддерживают ли ваши привычки процесс выздоровления. Если вы плохо питаетесь, не досыпаете, перетруждаетесь, исцеление затруднено. Вам придется прикладывать усилия, чтобы вести правильный образ жизни. Если вы игнорируете потребности своего организма, например – в отдыхе, то он будет возмущаться и посылать вам сигналы в виде боли и других симптомов. Если вы эти сигналы игнорируете, то он усиливает и усиливает их до тех пор, пока вы не обратите внимание на свое здоровье и не начнете заботиться о нем, приобретая полезные привычки.

ТЕХНИКА 5. «Изменение образа жизни»

Ответьте на приведенные ниже вопросы

1. Что значит для меня моя жизнь сейчас?
2. Что она могла бы значить?
3. Что моя жизнь значит для других сейчас?
4. Что она могла бы значить для других?
5. Что является для меня действительно важным? (Укажите пять вещей, явлений и г. д., которые вы цените больше всего в жизни.)
6. Каковы приоритеты моих ценностей? (Проранжируйте их в порядке важности или

значимости.)

7. Насколько мой нынешний образ жизни отображает те ценности, которые для меня важны?

8. Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить свою жизнь к лучшему?

9. Что еще я для этого сделаю?

10. Какие обязательства придают моей жизни смысл?

11. Какие переживания придают моей жизни смысл?

12. Какие достижения придают моей жизни смысл?

13. Что заставляет мое сердце петь?

14. Что служит для меня неизменным источником радости?

15. Что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?

16. Что просто доставляет мне регулярное удовольствие?

17. Насколько сейчас мой образ жизни вмещает и включает:

- то, что придает моей жизни смысл?

- то, что заставляет мое сердце петь?

- то, что служит для меня источником радости?

- то, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?

- то, что регулярно доставляет мне удовольствие?

18. Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше:

- того, что придает моей жизни смысл?

- того, что заставляет мое сердце петь?

- того, что делает меня по-настоящему счастливым?

- того, что служит для меня неизменным источником радости?

- тою, что регулярно доставляет мне удовольствие?

ТЕХНИКА 6. «Ресурсные состояния»

Упражнения данного раздела направлены на то, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы, имеющиеся у человека, для благополучного завершения «работы горя». Упражнения, взяты из работы (Вагин, 2002).

Упражнение 1

«Моя жизнь и смерть»

Дерево весной цветет, летом – плодоносит, осенью – сбрасывает листья, зимой жизнь в нем замирает, весной – вновь пробуждается, тянется к свету и любви. Почувствуйте себя и цветущим деревом, и летним деревом, и осенним и постарайтесь пережить, что такое дерево зимой. Затем вновь почувствуйте себя расцветающим деревом.

А теперь представьте себе необозримую океанскую гладь. Океан огромен, силен, могуч, а вы – одинокая капля в нем. Вас выносит на гребень волны и срывает ветром с поверхности океана. Солнечный луч превращает вас в крошечное облачко, вы поднимаетесь вверх и соединяетесь с большим облаком. Ветром вас уносит вдаль, облако теряется среди заснеженных горных вершин, проливается дождем, и вы превращаетесь в маленькую льдинку. Яркое солнечное утро растапливает льдинку, и вы каплей воды уходите в землю и сливаетесь с подземной рекой. Родник выплескивает вас в горный поток, и река снова уносит вас в океан. И снова вы – капля воды в океане жизни. Но теперь уже вы знаете, что способны пройти свой путь в одиночку.

- *Упражнение 2 «Работа со стихиями»*

Закройте глаза и вспомните самый чистый легкий ВОЗДУХ, каким вы дышали когда-либо. Медленный плавный вдох – и легкий чистый воздух наполняет кисти рук, плечи, выдох – и он выходит через руки. Вдох – воздух заполняет ступни, голени, бедра, живот, грудь; выдох – и он плавно выходит через ноги. Вдох – воздух заполняет все ваше тело. Свойства воздуха теперь свойства вашего тела: легкость, прозрачность, невесомость. Вы и есть этот чистый, прозрачный легкий воздух.

Представьте себе ласковую голубую ВОДУ. Вы лежите в голубом бассейне. Вдох – и вода заполняет ваши руки, плечи. Выдох – и она выходит через руки. Вдох – и вода заполняет наши ноги, выдох – выходит через ноги. Вдох – и вода заполняет вашу голову,

выдох – выходит. Вдох – и все ваше тело полностью наполняется чистой голубой водой. Вы растворяетесь в ней. Свойства воды теперь свойства вашего тела и вашей психики: текучесть, подвижность, всепроницаемость.

А теперь представьте бушующий ОГОНЬ. Вы дышите всей поверхностью тела, и с каждым вдохом огонь заполняет ваши руки, ноги, грудь, живот, голову. Вы заполнены бушующим пламенем, и свойства огня – отныне ваши свойства.

Представьте себе легкий серебристый МЕТАЛЛ. Медленный плавный вдох – и ваши руки и ноги заполняются металлом. Почувствуйте, как свойства металла становятся вашими свойствами: прочность, надежность, стойкость.

А теперь представьте тяжелую, рыхлую и надежную ЗЕМЛЮ. Вы лежите на земле и дышите всей поверхностью тела. С каждым вдохом вы втягиваете в себя землю и, наконец, растворяетесь в ней. И свойства земли теперь ваши свойства: стабильность, надежность, уверенность.

И наконец, представьте себе мощное, красивое ДЕРЕВО. Вдох – ваши руки и плечи становятся ветвями этого дерева. Выдох – и вы обретаете все свойства этого дерева: гибкость, грациозность, прочность.

Упражнение 3 «Техника волка»

Закройте глаза и представьте, что вы плавно погружаетесь в сон на своей постели. Вы проваливаетесь в глубины своего Я, опускаясь до опыта своей генетической памяти. Сумерки... Вы растворяетесь в темноте. Вы и есть эта темнота. Но вот далеко-далеко впереди забрезжил свет. Он становится все ярче и ярче, вы попадаете в зону света в бескрайней степи. Вы – волк. Вы чувствуете свои сильные лапы, острые клыки, гибкое тело. Вы крупный и мощный хищник. Вы несетесь по степи, и для вас она – дом родной. Но вдруг вы замечаете за собой погоню: вас преследуют три матерых волка. Сама смерть несется за вами по пятам. Вам не уйти от погони, и вы внезапно поворачиваетесь к ним с твердым намерением их уничтожить. Вы чувствуете сильнейший прилив энергии. Вы набрасываетесь на первого волка и разрываете ему горло. Наскакиваете на второго и перегрызаете ему лапы. Но самый мощный третий волк впивается клыками вам в бок. Вас захлестывают острая боль и злоба, которые мгновенно переходят в ярость, и вы загрызаете последнего противника насмерть. На степь уже опустилась ночь, и полная луна заливает леденящим светом округу. И вдруг вы, глядя на луну, начинаете выть древним воем мощного хищника, который вам самому жуток и непонятен. Вой переходит в дрожь. Но эта дрожь постепенно заполняет ваше тело и душу уверенностью и силой. Вы оказались сильнее трех могучих волков! Тьма сгущается. Вы ложитесь на землю и засыпаете. И просыпаетесь здесь и сейчас: сильным, ловким, уверенным в себе человеком.

Упражнение 4 «Поплавок»

Жизнь не так проста, как кажется, и временами преподносит неожиданные сюрпризы. Ни один страховый полис не избавит вас от решения трудных задач, но, в конце концов, ведь каждому испытания посылаются по силам.

Представьте себе бурное море, шторм, ураган, смывающие все на своем пути мощные валы волн. Внезапно ваш взор выхватывает поплавок, уходящий под воду и снова вынырывающий на гребень волны. Представьте, что вы и есть этот поплавок, а бурное море – ваша жизнь. На вас накатываются волны житейских невзгод, но вы – непотопляемы. Вы снова и снова всплываете на поверхность. Ваша уверенность и ваша удача наполняют этот поплавок и выталкивают его на поверхность. Наконец, море, не одолевшее вас, успокаивается, из-за туч выглядывает солнце, и вы – поплавок – наполняетесь солнечными лучами удачи. Вы пережили очередной шторм в своей жизни и вышли победителем. Представьте себе последующие возможные ураганы вашей жизни, и из них вы тоже выйдете победителем, непотопляемым поплавком.

Упражнение 5 «Сила вашего рода»

Обретение силы своего рода – один из краеугольных камней обретения веры в себя, уверенности сверхвозможностей. Насколько хорошо вы знаете свою генеалогию? Какие качества родового характера вам присущи?

Постарайтесь вспомнить максимальное число своих родственников, представить их лица, вспомнить походку, интонации голоса. А теперь вспомните свое самое любимое место игдыгха, где вы чувствуете себя комфортно и спокойно.

Закройте глаза и представьте, что вместе с вами там же находятся и все ваши родственники. Вы их видите всех сразу. Все вместе вы действительно похожи на дерево, у которого много сильных раскидистых ветвей. И вы – одна из этих ветвей. В ваших жилах течет кровь многих поколений ваших предков, их гены – ваши гены.

А теперь определите лучшего из вашего рода и слейтесь с ним воедино. Окунитесь в его жизнь. Как он работал? Как он общался с людьми? Как он переживал победы и поражения? Почувствуйте силу его духа так, чтобы она стала вашей силой. А теперь попробуйте подойти к другим, избранным вами представителям рода. Обратитесь к ним, попросите поддержки и защиты. Когда-то и вас не станет на этой земле, и вы для кого-то станете ангелом-хранителем. И ваши потомки будут вспоминать вас, гордиться вами.

Так попросите эту силу сейчас у своих предков. Поблагодарите их и попрощайтесь. Сделайте глубокий вдох, выдох – и вернитесь в этот мир.

8.4 ТРЕНИНГ ПО КРАТКОСРОЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Данный тренинг создан по материалам книги «Краткосрочная позитивная психотерапия» (Ахола, Фурман, 2000).

Уже устоявшееся название – краткосрочная позитивная психотерапия – отечественное обозначение подхода, называемого в США терапией, фокусированной на решении (*solution focused therapy*) (Shazer, 1985; Kim Berg, 1991, 1992). В Финляндии пользуются названием «разговор о решении» (Furman, Ahola, 1992). Предлагаемая модель показана в широком диапазоне случаев, в том числе и при работе с утратой (горем). В концепции терапии, фокусированной на решении, подчеркивается, что чувство вины является деструктивным для психотерапии, а самообвинение и обвинение своих близких являются препятствием к сотрудничеству клиента и его близких с врачом, причиной низкой эффективности и длительности классической психотерапии. Поэтому психотерапевты, фокусированные на решении, принципиально не занимаются поиском причин дискомфорта своих клиентов, но лишь поиском и реализацией ресурсов для его преодоления.

Основные постулаты и принципы психотерапии, фокусированной на решении.

1. Качество жизни – производное мировоззрения человека, его отношения к событиям. Психотерапевт в большинстве случаев не может изменить реальную жизнь клиента, но может изменить его мировоззрение. Человек не может освободиться от всех болезней и проблем, но способен сменить «черное» видение своей жизни и проблемы на более диалектичное.

2. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев неэффективна. Каждая проблема, каждый симптом имеет и позитивный (адаптивный) аспект. Принятие этих аспектов, поиск компромисса – путь к решению.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных клиентов и их семей. Упорное следование красивой концепции или догматизм терапевта может навязывать нереалистичные и неэффективные решения. Опыт и интуиция клиента, его семьи и терапевта закрепляют и подсказывают эффективные решения. Нет «сопротивляющихся» клиентов, есть концептуально или технически ригидные психотерапевты.

4. Анализ причин проблемы лучше не сочетать с самообвиняющими переживаниями клиента и обвинениями в адрес его близких. Более конструктивный подход – выявить и активизировать ресурсы для решения проблемы, имеющиеся у каждого клиента и его окружения.

Вышеприведенные постулаты диктуют стратегические принципы:

1. Акцент на ресурсах и позитивной динамике проблемы.

2. Использование опыта, мировоззрения, интересов и эмоций клиента, характера симптома или проблемы.

3. Позитивистский подход: нетеоретическое, нестандартное видение проблемы, опора на субъективную «концепцию здоровья/болезни» клиента.

4. Экономичность и краткосрочность («то, что можно сделать малыми средствами, не делайте большими»).

5. Преимущественная ориентация на будущее клиента («прошлое уже не изменить, но оно несет в себе ресурсы для преодоления проблемы, настоящее уже существует, можно изменить лишь будущее»).

6. Сотрудничество и открытость, что подразумевает передачу ответственности за принятие решений клиенту.

7. Техническая пластичность и подстройка к конкретному клиенту.

Цель краткосрочной психотерапии не в том, чтобы «проанализировать» проблему, а в том, чтобы найти продуктивные способы ее осмысления и практические подходы к ней. Традиционные психиатрические объяснения, включающие предположения о роли психологических факторов, личностных расстройств, нарушениях или любых формах патологии в семье, не приветствуются. Либо они заменяются более приемлемыми объяснениями, либо вопрос о причине проблемы полностью игнорируется.

Последовательность техник и упражнений и продвижение от техники к технике не являются жестко фиксированными. Приводимые техники не только способствуют продвижению в сторону решения; их подбор работает на создание необходимой атмосферы психотерапевтической сессии, столь важной для успеха. Излюбленный способ введения новой техники – это рассказ (часто довольно подробный) клиенту о случае из прошлой практики, о другом клиенте, успешно решившем проблему. Используются также притчи и истории из жизни, завершающиеся открытым вопросом: «Не происходит ли что-то подобное в вашем случае?». Эти рассказы, притчи, истории не должны звучать как утверждение «ваш случай аналогичен». Действительно, прямые аналогии редко удачны, такая подача техники стимулирует клиента подумать о своей ситуации непривычным образом.

Надо подчеркнуть, что не существует также и жесткого соответствия техники и блока, сами техники могут комбинироваться. Приветствуются импровизации, опирающиеся на интуицию психотерапевта.

Метод 1. «Работа с проблемой» ТЕХНИКА 1. «Придумывание имен и ярлыков»

Термины, связанные с патологией, могут иметь ряд нежелательных последствий. Даже общие слова: «нарушение», «расстройство», «дисфункция» и «патология» – вызывают образ ненормальности и дефицита.

Техника **хороших наименований** заключается в поиске такой формулировки, которая создает атмосферу надежды, позволяет смотреть на проблему как на нечто изменяющееся. Функция нового наименования – помочь людям избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционными названиями, и сосредоточиться больше на своем потенциале, чем на проблемах. Новое название должно стать трамплином для новых творческих решений проблемы и позволить клиенту стать активным в ее решении. Одно удачно выбранное новое наименование может одновременно облегчить разговор о проблеме и сыграть роль трамплина для новых творческих решений.

Образцы вопросов:

- Есть ли у вас какое-то «прозвище» (или кличка) для этой проблемы?
- Может быть, начнем с того, что дадим проблеме симпатичное «оптимистическое» название. Чго бы это могло быть?
- Как бы старое поколение, до того как появились психиатрия и психология, назвало проблему такого рода?
- Да, можно было бы воспользоваться термином «слабое Эго». но если мы скажем «сильное Эго спит», не будет ли это означать то же самое, но при этом звучать симпатичнее?

Следует подчеркнуть, что новое название проблемы не должно отрицать ее серьезности. Новое название не должно стать оправданием бездействия, оно должно

быть приемлемым для всех термином, который дает возможность человеку активно включиться в решение проблемы.

Такие возможности дает, например, замена биологического психиатрического ярлыка нормальными оборотами речи из повседневного языка.

Так, слово «депрессия» используется, чтобы обозначить ситуацию, когда люди видят свою жизнь в пессимистическом свете и страдают от недостатка энергии для дел. Оно лишает уверенности в себе, приводит в уныние. Для описания этой ситуации можно применить выражения: «проводить инвентаризацию жизни», «собирать силы», «находиться в поиске смысла жизни», «чувство хандры», «скрытая радость» и т. д.

Психотические симптомы могут называться фантазированием, грезами, необычными мыслями, общением с призраками, страхом перед смертью или можно сказать, что жизненный стиль этого клиента – «сидеть в углу» (в зависимости от характера текущей проблемы).

Человек, который пьет слишком много, не должен называться алкоголиком. Стремясь к сотрудничеству с таким человеком, плодотворнее использовать более мягкие выражения, такие, как «чрезмерная выпивка». Иногда подходят юмористические альтернативы: так, можно предложить, что этого человека «грызет червь пьянства».

Еще один пример – когда клиенты и профессионалы разговаривают, используя такой ярлык, как «базовая тревога». Он отсылает к психоаналитическому представлению о том, что проблемы имеют свое происхождение в ранних взаимоотношениях между ребенком и осуществляющим уход взрослым, обычно матерью. В подтексте подразумевается вина матери и предполагается, что проблема глубокая. Иногда полезнее заменить этот тяжелый термин чем-то полегче. Однако спорить со специалистами, употреблявшими диагностические термины, нелегко. В таких случаях юмор адекватнее, чем старание быть рассудительным. Вместо слов: «Я не вижу толку называть состояние этого ребенка – базовой тревогой», может быть, лучше сказать: «Отлично, люди с таким диагнозом особенно хорошо разрешают свои проблемы», или: «Это то же самое, что у меня». (Напомним, что юмор – явление контекстуальное.)

Не всегда клиент способен сразу изменить «выстраданное» название, которое он носил с собой долгое время. Тогда можно ограничиться тем, чтобы проблема получила какое-то имя или симпатичное прозвище.

В начале терапии стоит обратить внимание на то, что уже делалось клиентом или другими профессионалами для решения проблемы. Это поможет не повторять ошибок и не летать снова то, что уже когда-то не работало.

ТЕХНИКА 2. «Работа с визитером»

Встречаются случаи, когда начальная картина проблемы отсутствует: «Нет у меня никаких проблем. И вообще, хочу, чтоб все от меня отстали!» Это категория клиентов, которые вступили в контакт с психотерапевтом по инициативе или настоянию членов семьи и других социальных институтов. Их стремление отметить, нанести визит, с тем чтобы, например, сказать потом жене: «Я был у доктора, как ты хотела. Твой доктор ничего в этом не понимает». Общий подход к установлению контакта с подобным клиентом и описан в технике **работы с визитером**. Суть ее – в работе через третье лицо, когда психотерапевт занимает метапозицию и исследует ситуацию, не отождествляясь ни с позицией клиента, ни с позицией другой стороны.

Образцы вопросов:

- Чья была идея, что вам нужно прийти сюда?
- Что заставляет N думать, что вам надо сюда прийти?
- Что должно произойти, чтобы N оставил вас в покое?
- Что, по мнению N, вам необходимо делать по-другому?
- Как вы полагаете, что N скажет о том, в чем заключается польза от вашего визита ко мне?

Еще один тип отношений с клиентом – когда тот видит себя в роли невинного постороннего или жертвы. Этот клиент-«жалобщик» охотно рассказывает о том, какую боль ему причиняют, но не делает никакой попытки разрешить проблему.

Ответственность за решение возлагается на людей, которые, по мнению клиента, породили проблему. Такие клиенты, в отличие от «визитеров», охотно предоставляют информацию и видят в психотерапевте союзника. В такие моменты слишком рано начинать говорить о его вкладе в проблему. Пока клиент не достигнет точки, где он видит себя участником решения, следует относиться с сочувствием к его трудному положению и благодарить за предоставление информации. Лучше всего – принять его сторону, проявить сочувствие, подчеркивать любые его положительные действия, но упорно концентрироваться на чем-то, что он должен делать по-другому, чтобы найти решение.

ТЕХНИКА 3. «Исследование взаимосвязи проблем»

Зачастую клиент предъявляет сразу несколько проблем, подразумевая, что одна влечет за собой другую, а наличие третьей делает неразрешимыми первые две. Клиенты, как и все люди, являются «природными психологами» и склонны совершать типичные атрибутивные ошибки, например: «после этого – значит, по причине этого».

В действительности установление точного типа причинной взаимосвязи – отнюдь не простая задача и для профессионала. Наличие нескольких проблем ставит перед психотерапевтом вопрос: что ему следует думать о связи между несколькими проблемами? Связаны ли они друг с другом, и если это так, то что причина, а что – следствие? Может быть, все эти проблемы должны рассматриваться как симптомы другой, лежащей в их основании, основной проблемы, которую еще предстоит обнаружить? Может быть, что каждая из проблем не зависима от остальных и не связана с ними?

Когда психотерапевт чувствует подавленность нагромождением проблем, у него возникает тенденция искать оправдание своей неудаче, и клиент получает соответствующие характеристики: «неперспективен для работы», «отсутствует мотивация», «оказывает сопротивление» и т. д. Альтернатива такому списку проблем – план необходимых действий, нацеленный на постепенные малые изменения, отсекающие проблему за проблемой. Вместо списка того, что «неправильно у клиента» – карта, позволяющая определить, куда хочет попасть клиент (и психотерапевт).

Если во время консультации у профессионала всплывают несколько проблем, то попытка найти их взаимосвязь может помешать клиенту сохранять свой оптимизм и творческий подход. Наличие «клубка» проблем вносит оттенок безысходности. Предпринимать шаги по расследованию действительного характера их взаимосвязи – занятие трудоемкое, а результат не всегда соответствует затраченным усилиям. С точки зрения продвижения к решению плодотворнее принять в качестве рабочей гипотезы, что названные проблемы случайно сосуществуют у одного человека, будучи независимыми друг от друга.

В конечном итоге часто невозможно сказать наверняка, вызывается данная проблема другой проблемой или нет. Однако, с прагматической точки зрения, полезнее предположить, что нет необходимости в установлении какой-либо причинно-следственной связи между двумя проблемами. Это позволяет концентрировать внимание скорее на фактической жалобе, чем на предполагаемой, гипотетически лежащей в основании других проблеме. Сотрудничество в разрешении предъявленной проблемы может быть позитивным опытом, который вдобавок благоприятно отражается на других проблемах.

Когда существует множество затруднений, взгляд на каждую из них как на независимый элемент со своей собственной жизнью позволяет клиенту понять, что прогресс в работе над одной проблемой может помочь в решении другой.

При подходе к проблемам с позиции терапии, ориентированной на решение, лучше не предписывать причинно-следственных связей разным проблемам клиента.

Образцы вопросов:

- У вас, по всей видимости, одновременно несколько проблем. Согласны ли вы, если мы сперва сфокусируемся на этой и рассмотрим другие позже, если в этом будет необходимость?
- Вы упомянули несколько проблем. Какую из них вы * хотели бы разрешить в

первую очередь?

- Возможно, разрешение какой-то одной из ваших проблем окажет положительный эффект на остальное. Какая, по-вашему, наиболее перспективна в этом отношении?

- Известен ли вам древний вопрос о курице и яйце? Считаете ли вы, что он применим к вашим проблемам⁹

- Вы назвали несколько проблем. Какая из них больше всех научила вас чему-то? Можете ли вы применить то, чему научились благодаря этой проблеме, для решения некоторых других?

Иногда психотерапевт и клиент не согласны по поводу причинно-следственных связей, касающихся проблем клиента. В таком случае психотерапевт должен либо принять точку зрения клиента, либо, если это невозможно, открыто обсудить разногласия и возможные последствия такого расхождения.

Когда причинно-следственные связи между двумя проблемами отрицаются или игнорируются, идеи по решению проблемы появляются легче и свободнее.

Другой подход к ситуациям, когда имеются две предположительно связанные проблемы, – в том, чтобы поменять местами причину и следствие. Такой переворот причинных отношений «вверх дном» – это способ обнаружить абсолютно новые пути в обращении с проблемами.

Еще один способ связать две проблемы друг с другом – посмотреть, как решение одной способствует решению другой. Можно предложить план, в котором одна проблема используется в решении другой.

В заключение, обобщая все случаи, когда имеется несколько проблем, следует отметить, что каждый определенный взгляд на взаимосвязь между проблемами влияет на достижение желаемого изменения.

ТЕХНИКА 4. «Проблема как друг»

Когда мы страдаем от проблемы, мы обычно смотрим на нее как на врага, на несчастье, которое приносит только горе. Однако позже мы иногда в состоянии увидеть, что проблема, помимо немалых страданий, одновременно в чем-то помогла нам, но в то время это не было понятно. Проблемы могут быть нам полезны, облегчая разрешение других проблем или научая нас чему-то ценному, чего бы мы иначе не узнали.

Образцы вопросов:

- Существует поговорка: «Нет худа без добра». Применимо ли это в какой-то мере к вашей проблеме?

- Многие думают, что проблемы и страдания не напрасны. А что думаете вы?

- Возможно, эта проблема научила вас чему-то важному о жизни, о себе или о других людях – что это было в вашем случае?

- Знаете, иногда невозможно сразу понять, чему человека научили проблемы, это происходит значительно позже. Представим себе, что через несколько лет мы встретимся и я задаю вам этот вопрос. Как вы думаете, что бы вы ответили?

- Представим себе, что в один прекрасный день, когда у вас будут дети или внуки, вы захотите научить их чему-то важному о жизни, чему научили в свое время вас эти самые проблемы. О чем бы вы им сказали?

С точки зрения позитивной психотерапии, попытка разрешить проблему всегда зависит от того, как человек ее определяет и объясняет. Изменение концепции проблемы может коренным образом изменить способ, которым человек пытается ее решить.

Согласно такой точке зрения, тот, кто оказывает помощь, должен направить разговор в русло не столько проблемы, сколько ресурсов и решения. Разговор о разрешении проблемы создает у людей приятный опыт, который превращает проблему в вызов, поощряет оптимизм, развивает сотрудничество, стимулирует творческие способности и, прежде всего, помогает клиенту сохранить свое достоинство.

Метод 2. «Работа с целью»

При работе с проблемой надо быть осторожнее с вопросами, направленными на углубление в проблему, на поиск ее причин. Такие вопросы приводят к выявлению двух мнений – клиента и профессионала. И эти мнения, иногда в скрытом виде, а иногда – в

явном, в виде спора, вступают в столкновение. В таком случае это соперничество, где профессионал выступает с позиций авторитета (науки, профессиональных достижений, как успешный человек). Следует избегать позиции «старшего» в отношениях с клиентом и ситуации соперничества. Альтернативой являются вопросы, направляющие разговор к будущим целям.

Разговор о цели автоматически ориентирует на будущее. Следует стремиться перевести проблему в цель. Зачастую клиенты формулируют цель обобщенно. В этих случаях надо помочь конкретизировать цель, например с помощью техники «знаки улучшения».

ТЕХНИКА 1. «Знаки улучшения»

Образцы вопросов:

- Давайте вообразим, что произошло чудо – и вдруг в один прекрасный день проблема исчезла. По каким признакам вы заметили бы, что ее больше нет?
- Как могут другие люди заметить, что произошла перемена?

ТЕХНИКА 2. «Оценка по шкале»

Вычерчивается 10-балльная шкала, где 10 баллов соответствуют идеалу, а 1 – наихудшее положение дел. Клиента просят отметить на шкале его сегодняшнюю ситуацию, а затем описать, что изменится в жизни, если произойдет сдвиг на один балл вправо. Следует не ограничиваться пометками на бумаге или доске, а проговорить вслух, что означает данная оценка.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
хуже не сегодня продвижение цель бывает на 1 балл							идеальный вариант		

Техника оценки по шкале индуцирует идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что единственный перспективный вопрос, о котором следует говорить с клиентом, это – как он представляет свое будущее без проблемы. Создание положительных фантазий о будущем имеет много ценного. Разговор о надеждах порождает оптимизм. Он также помогает людям ставить перед собой конкретные цели, что является предпосылкой изменения. Положительные представления о будущем способны изменить взгляд на настоящее и прошлое. Когда впереди хорошее, человек автоматически начинают смотреть на свои трудности в настоящем как на переходную фазу, а не как на бесконечную мучительную ситуацию. Мечта о позитивном будущем также проливает новый свет на прошлые и настоящие проблемы. Из бессмысленных страданий они превращаются в трудности, которые в конечном счете содействуют достижению цели. Фантазии о будущем также помогают размышлять о возможных способах решения проблем, замечать изменения, которые уже происходят, и понимать, как разные люди могли бы способствовать осуществлению желаемого результата.

В технике **«воспоминание из будущего»** клиента спрашивают о времени, когда проблема уже не будет актуальной (когда цель будет достигнута); затем, дав ему возможность эмоционально «окунуться» в это замечательное будущее, интересуются тем, как ему удалось прийти к цели. Психотерапевт использует при этом глаголы совершенного вида прошедшего времени – так, словно это замечательное изменение – свершившийся факт.

Большинство клиентов с удовольствием фантазируют о положительном будущем. Однако иногда клиент неохотно идет на сотрудничество. В таких случаях рекомендуется подробно объяснить, в чем цель мыслей о будущем. Если он все равно проявляет нежелание, можно использовать «циркулярный вопрос», т. е. вовлечь всех присутствующих на встрече в создание позитивных фантазий о будущем. Коллективные фантазии о будущем обычно втягивают в этот процесс даже самого безучастного клиента. Другой подход, который можно использовать при работе с клиентом, не интересующимся разговорами о позитивном будущем, – это сначала предложить ему

представить себе пессимистическую картину будущего и только после выполнения этого задания перейти к созданию оптимистической картины.

Когда клиент отчетливо представляет, каким бы он хотел видеть будущее, ему легче распознавать признаки прогресса, которые уже появились. Поэтому важно сначала сформировать представление о позитивном будущем и лишь потом обсуждать продвижение клиента к цели.

Участие психотерапевта в мечтах клиента, даже если они явно нереалистичные и фантастические, – замечательный путь установления контакта. (Вообще, участие одного человека в мечтах другого способствует хорошим отношениям.) При этом психотерапевту несложно избежать авторитарной позиции.

ТЕХНИКА 3. «Создание положительных представлений о будущем»

Большинство людей с удовольствием фантазирует о будущем: они охотно соглашаются, когда это предлагает психотерапевт. Но некоторые клиенты как будто неспособны генерировать позитивное будущее или не желают этого делать. Когда это случается, можно использовать технику создания положительных представлений о будущем; при этом психотерапевт предлагает *свои собственные* фантазии о будущем клиента, предоставляя последнему прокомментировать этот позитивный образ. Когда на сессии присутствует несколько человек – друзья, члены семьи, студенты или другие помощники – можно вовлечь их всех в создание коллективной фантазии о будущем клиента.

Образцы вопросов:

- Представим себе, что эта сессия окончена. Предположим, уходя, вы поняли, что встреча оказалась для вас полезной. В таком случае, на какие вопросы вы получили ответы?

- Давайте предположим, что мы встретились снова через год и что вашей проблемы больше нет. Как в таком случае выглядит ваша жизнь?

- Когда проблема, наконец, исчезнет, кого, кроме себя, вы будете благодарить?

- Давайте пофантазируем, что мы – в будущем и проблема уже давно вас не беспокоит. Мы случайно встречаемся. Мне интересно знать, как вы поживаете, я вас об этом спрашиваю. Что вы мне ответите? Я продолжаю расспрашивать и задаю вопрос, благодаря чему вы так изменились. Что вы ответите?

Если клиент упорно придерживается пессимистического взгляда на будущее, иногда полезно начать с фантазии о будущем в негативном свете. Даже в том случае, когда единственная вещь, которую клиент может представить, это самоубийство, психотерапевт неотступно занимается созданием позитивного будущего, опираясь на суицидальную фантазию клиента. После установления хороших взаимоотношений с клиентом психотерапевт может сказать: «Предположим, что после того, как вы умрете, вы окажетесь в небесных вратах. Вас встречает ангел, который сообщает, что ваш случай был пересмотрен и вам дарован второй шанс. Когда вы вернулись на землю, то обнаружили, что ваши проблемы устранены и теперь ваша жизнь вполне удовлетворительна. Как в этом случае выглядит ваша жизнь?»

В некоторых случаях стоит создавать две и более картины будущего. Эти фантазии развиваются до тех пор, пока они не станут положительными, оставляя открытую возможность для дальнейшего выбора. Эта идея открытых альтернатив основывается на том факте, что, когда несколько людей находятся в конфликте друг с другом, никто не способен ни принять другую точку зрения, ни согласиться на компромисс, лежащий где-нибудь посередине. Часто решение конфликта заключается в «третьей альтернативе», в которой обе стороны видят заметные отличия от первоначальных предложений. Основной вопрос: откуда возьмется эта «третья альтернатива»? Создание позитивных представлений о будущем преодолевает «заикленность» на сегодняшнем моменте и благоприятствует появлению такой «третьей альтернативы».

Будущее – одна из самых благодатных тем психотерапевтической работы. Это территория, которой никто не может владеть, поэтому она открыта для всех возможных идей и представлений. Люди могут расходиться во взглядах насчет того, что принесет

будущее. Но в глубине души они понимают, что будущее никому не известно, а потому эта ничейная территория – замечательное место для конструктивного разговора на равных

Представления о позитивном будущем позволяют воспринимать прошлое как ресурс, распознавать и ценить свои успехи, видеть в других людях скорее союзников, чем противников.

ТЕХНИКА 4. «Нахождение выгод от достижения цели»

Часто, формулируя свою цель, клиент руководствуется скорее конвенциональными нормами, чем собственными желаниями. Поэтому следует также выявить и усилить мотивацию для ее достижения (т. е. клиент должен предвидеть выгоды, которые влечет за собой реализация цели). Для этого можно использовать **технику нахождения выгод от достижения цели**.

Образцы вопросов:

- Какие положительные события начнут происходить, когда проблемы больше не будет? А еще какие?

- Какие из этих перемен уже начались? А еще?

- Что изменится в вашей жизни, когда вы достигнете того, что вы намечаете? А еще?

Если уже установилась общая атмосфера взаимопонимания, усилению мотивации способствует также **техника разубеждения**.

ТЕХНИКА 5. «Разубеждение»

Образцы вопросов:

- Вы говорите, что из-за своей проблемы не можете поменять свою работу на более интересную и лучше оплачиваемую. Да зачем вам это надо? Ведь на вашей теперешней работе спокойнее и есть свободное время.

При этом в вопросах психотерапевта должны звучать нотки любопытства, юмор и уважение к намерениям клиента, но не подозрительность или недоверие (в последнем случае можно не усилить, а ослабить мотивацию).

Метод 3. «Работа с ресурсами» ТЕХНИКА 1. «Выявление ресурсов клиентов»

Все люди обладают какими-либо ресурсами – это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т. д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться и незамеченными, если психотерапевт намеренно не сфокусирует внимание на них. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение для разрешения данной проблемы?» Техника подобных вопросов позволяет выявить, каким образом человеку удастся совладать со своими проблемами, противостоять их давлению.

Образцы вопросов:

- Если бы мне пришлось пройти через то, через что прошли вы, я бы, наверное, не выжил. Как вам удалось выжить? Откуда у вас взялись силы?

- Вам так долго удавалось избегать этой проблемы. Какие ресурсы вы для этого использовали?

- Есть ли что-то такое, что вам хорошо удается? Как можно было бы использовать это ваше умение для разрешения данной проблемы?

- Какая у вас самая хорошая черта характера? Как вы использовали эту черту характера в подходе к этой проблеме? Что еще можно сделать, что позволило бы вам применить эту вашу сильную сторону для решения проблемы?

- Существуют ли похожие проблемы, которые вам приходилось решать до этого? Могли бы вы подумать о том, как использовать аналогичное решение в данном случае?

- Кто, по-вашему, мог бы разрешить эту проблему? Как вы себе представляете, что бы он сделал?

ТЕХНИКА 2. «Ревизия прошлого»

Психотерапевты в краткосрочной позитивной терапии ищут ресурсы везде и повсюду, например, в прошлой жизни клиента.

Иногда люди твердо убеждены, что причиной страдания является определенный

проступок, грех, совершенный ими по отношению к другим или другими по отношению к ним. Негодование, чувство обиды или сильный и стойкий гнев, порожденные ощущением несправедливости и причиненного зла, могут так же, как и чувство вины, стать препятствием к наслаждению собственной жизнью.

Наша история – неотъемлемая часть нас. Когда мы думаем о прошлом как об источнике проблем, мы причиняем себе боль. Прошлое, совершенно как и люди, негативно реагирует на критику и отрицание и благосклонно относится к уважению и «поглаживанию». Прошлое хочет, чтобы в нем видели ресурс, предание прошлого, хорошее и плохое, и источник мудрости, исходящей из нашего жизненного опыта.

Обычно, как нечто само собой разумеющееся, принято считать, что первопричина текущих проблем лежит в прошлых негативных переживаниях. Привычно думают, что неблагоприятный детский опыт (а также более поздние стрессорные события) оставляют свой след, отпечаток на людях и проявляются в последующей жизни как симптомы. Основываясь на этой идее, в клинической практике клиента зачастую поощряют «работать» через разговоры о психических травмах прошлого. Это убеждение сейчас встречается не только в психиатрических и психологических учебниках или среди профессионалов, но также и в обыденном сознании.

Мысль, что травматический опыт – источник проблем в последующей жизни, конечно, правдоподобна, по крайней мере – в нашей культуре. Это, однако, не единственно возможная точка зрения. Альтернативное представление о тяжелых испытаниях прошлого как о ценном обучающем опыте также достаточно разумно. Вера в то, что трагедии прошлого являются источником последующих проблем и делают людей уязвимее к будущим стрессам, может стать самоисполняющимся пророчеством. И наоборот, мысль о своем прошлом как о ресурсе может помочь в достижении цели. Можно думать о прошлых испытаниях в позитивном свете – как об ос-н'ове нынешних ресурсов и положительных качеств.

Поэтому, хотя терапия, фокусированная на решении, скорее направлена на будущее, чем на прошлое, это не означает, что разговор о прошлом – запретная или нежелательная тема. На прошлое следует смотреть не как на источник трудностей, а как на ресурс. Клиент может научиться видеть в своих прошлых несчастьях тяжелые испытания, которые не только породили страдания, но и вызвали к жизни что-то ценное и стоящее.

В технике **«ревизия прошлого»** разговор о прошлом клиента как об источнике его внутренних ресурсов следует вести в сердечной манере, лучше всего – в форме аналогичной истории. Это задача клиента, а не психотерапевта – произвести обзор своей прошлой жизни в соответствии с этим представлением.

Образцы вопросов:

- Если бы можно было каким-то образом точно узнать, имеют ли ваши прошлые переживания отношение к текущим проблемам, и выяснилось бы, что никакой связи между вашей проблемой и прошлым не существует, изменится ли ваш подход к проблеме?

- Есть ли что-то такое, чему вы научились из прошлых испытаний, что могло бы оказаться полезным для разрешения вашей проблемы?

- Может быть, это к лучшему, что у вас было такое богатое событиями детство? Ведь человек, прошедший через все, что пережили вы, с большей вероятностью сможет разрешить такие трудные проблемы, чем, скажем, человек, у которого было счастливое детство. Разве не так?

- Как вы думаете, трудное детство делает человека сильнее или слабее?

- Давайте представим себе, что прошло десять лет. Ваша проблема давно уже решена, и если вы оглянетесь назад, как, по-вашему, прошлые переживания помогли вам преодолеть эту проблему?

Следует подчеркнуть следующую вещь: хотя неблагоприятные и даже мучительные жизненные обстоятельства могут позднее, в ретроспективе, восприниматься как ценный обучающий опыт, это никаким образом не оправдывает совершенное насилие,

оскорбление или пренебрежение. Следует делать все возможное, чтобы защитить себя и других от подобных переживаний.

ТЕХНИКА 3. «Признание компетентности клиентов»

Считая себя экспертами, профессионалы, психологи и психотерапевты, зачастую не признают того факта, что клиент сам является экспертом по своей проблеме. Он уже испробовал многочисленные способы ее решения и потому уже ясно представляет, какого рода решения непригодны в данном случае. Он выслушал массу советов от родственников и друзей, а также от профессионалов. Благодаря этому он стал экспертом в сфере традиционных способов подхода к проблеме. Часто клиенты на удивление хорошо ознакомлены с литературой по своей проблеме и многократно встречались и беседовали с людьми с аналогичными проблемами.

Членов семьи также нередко можно рассматривать как экспертов. Если у них была или существует проблема, сходная с проблемами клиента, они многое могут сказать не только о том, как нужно решать эту проблему, но и о том, как ее не следует решать.

Техника «жизненного опыта» или «признания компетентности клиента» позволяет выяснить собственные глубоко индивидуальные идеи клиентов о том, как подходить к решению проблемы, с тем чтобы в последующем опираться на эти идеи. Убеждение, что клиенту известно, что ему не поможет, и что где-то в глубине сознания у него даже есть мысль о том, как решить свою проблему, позволяет психотерапевту «проконсультироваться у своего психотерапевта».

Образцы вопросов:

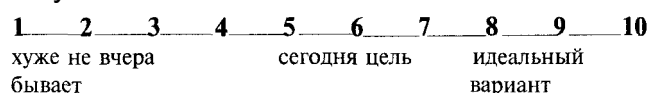
- Предположим, что ваш друг с проблемой вроде вашей пришел к вам за советом. Что бы вы ему сказали?
- Представьте, что в один прекрасный день вы получаете приглашение прочесть лекцию профессионалам о проблеме, подобной вашей. Что бы вы им рассказали?
- У меня есть предположение о том, что вы могли бы сделать, но, вероятно, вы лучше всех можете предвидеть, что произойдет, если попытаться решить вашу проблему тем или иным способом.
- Предположим, после этой встречи у вас появится чувство, что наш разговор был успешным. Как вы представляете, какие темы мы бы обсуждали в этом разговоре?
- Какое из ваших собственных решений проблемы на сегодняшний день оказалось самым успешным? Что еще, по-вашему, вам хотелось бы испробовать?
- Можете ли вы составить список решений проблемы, которые вы пробовали или предлагали, но убедились, что они неприменимы в вашем случае?

ТЕХНИКА 4. «Шкала надежды»

Просто поразительно, как часто клиенты дают положительные ответы, если их спрашивают, произошел ли какой-нибудь прогресс в решении их проблемы за последнее время. Фокусировка внимания даже на незначительных признаках прогресса помогает создать плодотворную атмосферу сессии. Это способствует выявлению выполнимых решений, найденных самими клиентами. Когда налицо признаки прогресса, пусть даже небольшого, ограниченного, разговор о нем позволяет естественно двигаться в направлении такой конструктивной темы, как то, что сделало улучшение возможным (в том числе, что сделали разные люди, чтобы его вызвать).

Если об этом не спросить, многие клиенты продолжают думать, что изменение не настолько значимо, чтобы о нем сообщать; оно кажется совсем маленьким по сравнению с крупными проблемами, стоящими перед ними.

Вот один из способов завести разговор о прогрессе. На стандартной 10-балльной шкале отмечают наихудшее состояние проблемы и сегодняшнее положение дел. Типичный вопрос: «Что дает вам основание так оценивать положение вещей, полагать, что ваша ситуация сегодня лучше?»



Разговор о достигнутом прогрессе очень естественно ведет к вопросу о том, как его

(прогресс, а не проблему!) объяснить. Это, в свою очередь, – богатый источник информации о том, что было полезным до настоящего момента. Идеи клиентов о том, что им помогло, можно использовать как начальный пункт, из которого разрабатываются будущие планы.

Другой способ создания позитивной атмосферы – фокусировать внимание на исключениях, или периодах, когда проблема временно отсутствовала. Исключения позволяют увидеть, что проблема не вечна и есть основания думать, что у них больше возможностей справиться с проблемой, чем кажется на первый взгляд.

ТЕХНИКА 5. «Исключения и прогресс»

Образцы вопросов:

- вспомните ситуации или время, когда проблема отсутствовала. Как вы это объясняете?

- Мы выяснили, что часто в тот момент, когда клиент встречается с врачом, желаемая перемена уже начинает происходить. Вы не заметили, что уже наметился прогресс?

- Давайте предположим, что ваша проблема в ее худшей стадии соответствовала 10 баллам. Какой балл вы поставите сейчас? Как вы объясняете эту перемену?

- Бывало ли так, что проблема не возникала, несмотря на то, что вы ожидали ее возникновения? Как вы объясняете такие ситуации?

- Бывали ли такие ситуации, когда вам удавалось устоять перед соблазном отреагировать привычным образом? Как вы этого добились?

Ким Берг (1992) выявила в описаниях клиентов два типа исключений: намеренные и случайные. Намеренное исключение – это такое, создание которого клиент способен описать шаг за шагом. Ясно, что задача клиента – поступать так чаще. Случайный успех приписывается кому-то или чему-то еще. «Чтобы парусник шел вперед, необходим не только ветер, но и поднятый парус». Фокусирование на прогрессе и исключениях – больше, чем просто психотерапевтические техники исследования факторов, содействующих продвижению вперед. Это также способ поддержать оптимизм у клиентов и помочь им усвоить более мудрый подход к своим проблемам и даже к жизни в целом.

Профессионалы сталкиваются лицом к лицу и с ситуациями устойчивого ухудшения или неудач вместо прогресса. Одна из возможностей в таких случаях – найти позитивные аспекты подобных обстоятельств. Когда ситуация «доходит до дна», можно увидеть, что она усиливает мотивацию для изменения, или просто рассматривать ее как стадию восстановления. Это позволяет легче переносить препятствия на пути прогресса. Когда проблемы видятся в позитивном свете, люди проявляют больше творчества в работе над их разрешением. Часто способность двигаться вперед вырастает, когда клиент видит в проблеме, кроме страдания, нечто ценное.

Предлагая клиентам посмотреть на сложную ситуацию в позитивном свете, важно помнить, что это нелегко сделать, когда проблема остра. Человек, недавно переживший утрату, может обидеться и оскорбиться в ответ на подобное предложение. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы мягко, предпочтительно при помощи истории или инсценировки, смысл которых понятен клиенту, привлечь его внимание к представлению о «болезни, которая учит (или помогает)», после чего клиент свободен решить самостоятельно, подходит ли ему такой взгляд на проблему.

Очень часто осознание светлой стороны проблемы приходит позднее, когда человек способен оглянуться назад и представить вещи в иной перспективе. Чтобы помочь в этом разобраться, можно задавать конкретизирующие вопросы о том, заметил ли клиент, как проблема повлияла на его личностный рост, физическое здоровье, семейные отношения, работу, духовные проблемы, на отношения с друзьями, проведение свободного времени и т. д.

Иногда думать конструктивно о своих затруднениях помогает использование наименования или «прозвища» для проблемы (см. технику «хороших наименований»). Трудно думать позитивно о своем «пограничном расстройстве личности». Много легче видеть полезные последствия проблемы в прошлом и будущем, если назвать то же

самое явление нейтрально-иронически, например, «бантиком».

Под прогрессом можно понимать самые разные вещи. Например, мысль о том, что надо бороться с проблемой, намного лучше отсутствия такой мысли; появление такой установки должно несомненно приветствоваться психотерапевтом.

Успех, так же, как и ухудшение, в большей степени, чем мы привыкли думать, является социальной конструкцией (или даже *иллюзией*, хотя этот взгляд может показаться странным). Чтобы успех произошел (или чтобы случившееся стало успехом), надо, чтобы кто-то его увидел и сказал о нем. В ходе социализации реакции других людей интериоризируются, но сам механизм социального конструирования успеха продолжает действовать постоянно.

Тема успеха, как и разговор о любом типе ресурсов, естественным путем подводит к вопросу о том, как разные люди своим участием помогают клиентам. Такая помощь – не обязательно прямое участие. Другие люди могут помогать своим примером, положительным или отрицательным, оппоненты стимулируют уточнение и отстаивание своей позиции, благодаря некоторым людям можно лучше осознать свои стремления и т. д. Таким образом, люди, окружающие клиента. – это тоже его ресурс, важность которого невозможно переоценить

В какой мере должен психотерапевт раскрывать свои личные переживания перед *клиентами* – *вопрос, часто обсуждаемый профессионалами*. В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что говорить с клиентом о чем-то личном полезно в тех случаях, когда информация о проблемах терапевта повышает оптимизм и творческие возможности клиента. Рассказ о том, как у врача была аналогичная проблема и как он ее преодолел или приспособился к ней, полезен во многих отношениях. Он может вселить в клиента надежду, пробудить новые идеи, может способствовать установке гармоничных отношений между психотерапевтом и клиентом и помогает клиенту почувствовать себя более нормальным, когда он осознает, что даже у психотерапевтов бывают похожие проблемы.

ТЕХНИКА 6. «Обмен личным опытом»

В конце каждого занятия, где присутствует несколько человек, можно попросить не только клиента, но и остальных участников поделиться своими личными впечатлениями от сессии. Эта просьба часто вдохновляет участников рассказать о своих чувствах, о том, чему они сами научились, или выразить свое уважение клиенту. Такой обмен в конце встречи обычно оказывает сильное положительное влияние на клиента.

Образцы вопросов:

- Был ли у кого-нибудь в этой группе подобный опыт, которым он хотел бы поделиться?

- Если кто-то хочет поделиться опытом из собственной жизни, который, по-вашему, мог бы принести пользу, то пожалуйста. Помните, вы не обязаны говорить, что это произошло с вами, можете сказать, что это был ваш сосед.

- Сегодня у нас была эмоциональная дискуссия, и я подозреваю, что она на всех произвела впечатление. Хочет ли кто-то из участников поделиться своими переживаниями, и если да, то интересно ли вам (клиенту) послушать, что он скажет?

ТЕХНИКА 7. «Выработка продуктивных решений»*

Одна из самых трудных задач при обсуждении проблемы связана с выработкой решения. Когда дискуссия ориентирована на решение проблемы, то сама атмосфера вдохновляет на решение. При работе в больших группах целесообразно разделить их на меньшие и поставить перед ними задачу предложить способы решения проблемы клиента.

Образцы вопросов:

- Если бы вам пришлось испробовать что-то другое, когда проблема возникнет в следующий раз, что бы вы сделали?

- Давайте искать творческое решение этой проблемы. Мы могли бы изобрести что-то немного абсурдное. Что бы это могло быть?

- Как, по вашему представлению, можно было бы разрешить проблему такого рода в

стране, где нет психотерапевтов и других профессионалов?

- У нас есть для вас предложение... Что вы о нем думаете? Не захотите ли вы им воспользоваться? Как вы полагаете, что произошло бы, если бы вы так поступили?

- Я знаю одного человека с похожей проблемой, который поступил так... Не думаете ли вы, что нечто подобное могло бы помочь в вашем случае?

- Возможно, те предложения, которые вы услышали от нас, нельзя непосредственно применить в вашей ситуации. В таком случае нам было бы интересно узнать от вас через какое-то время о решении, к которому вы придете сами.

Когда клиент «не принимает» предложения профессионала, это нужно рассматривать как доказательство того, что они сами лучше знают, что им подходит, а что нет. Когда клиент следует рекомендациям профессионала, а потом снова приходит и сообщает об отсутствии прогресса, это можно рассматривать как приглашение к выработке новых решений.

Метод 4. «Работа с окружением»

Решение проблемы по сути представляет собой социальный процесс. Разные вовлеченные в него люди или ему мешают, или его поддерживают. Признание успехов клиента со стороны как можно большего числа людей, сочувствующих и содействующих его прогрессу, – эффективное противоядие от влияния тех, кто тормозит решение проблемы. Это также дает возможность доброжелательно пригласить их присоединиться к партии, отстаивающей позитивные изменения в жизни клиента.

Само по себе размышление о том вкладе, который внесли другие люди в решение проблемы, автоматически устраняет осуждение и возвращает уважение и благодарность, тем самым усиливая сотрудничество. И даже в тех случаях, когда сотрудничеству что-то угрожает, появляется возможность возродить его, разделив с другими заслугу в достижении прогресса. Техника **«признание вклада других лиц в успех»** или **«распределение заслуг»** помогает клиентам развивать более теплые и поддерживающие отношения с семьями, знакомыми и другими людьми.

ТЕХНИКА 1. «Распределение заслуг»

Образцы вопросов:

- Как объяснить эту перемену? Что вы сделали сами? В чем проявилось участие вашей семьи? Что сделали помощники-профессионалы, чтобы помочь вам?

- Ваша жена делает быстрые успехи за то время, пока находится здесь на лечении. Что сделали вы, что могло бы объяснить эти изменения?

- Предположим, вы захотели бы поблагодарить всех тех людей, которые до сих пор вам помогали. Что бы вы сказали каждому из них?

- Представим себе, что в будущем, когда эта проблема перестанет существовать, вы решите устроить прием, чтобы отпраздновать эту перемену. Кого бы вы пригласили? Как бы вы отметили заслуги этих людей?

- Есть ли кто-то, кто, по-вашему, ничем не помог вам в разрешении проблемы? Можно ли все-таки думать, что даже этот человек внес каким-то образом свой вклад? Как бы вы ему об этом сказали?

Иногда человек не в состоянии думать, что кто-то другой мог помочь ему перемениться. В таких случаях можно высказать мысль, что иногда даже негативный опыт в отношениях с людьми бывает полезен при разрешении проблемы. Даже если человек не способен понять это сейчас, не исключено, что впоследствии можно будет толковать отрицательный опыт как испытания, которые научили чему-то важному или побудили настроиться на решение данной проблемы.

Психотерапевт задает вопросы, расспрашивает относительно личного вклада в решение проблемы конкретных людей из окружения клиента.

Признание вклада других (распределение заслуг) не ограничивается ситуациями, когда работа завершена; его также можно осуществить в фантазии, в сочетании с созданием положительных представлений о будущем. Сначала можно создать позитивное видение будущего, а затем предложить отдать должное всем тем людям, которые, в представлении клиента, содействовали *тому, чтобы будущее стало*

настоящим. Психотерапевт предлагает благодарить их так, как если бы проблема была уже преодолена.

В ряде случаев психотерапевт и клиент разрабатывают программу тренинга, согласно которой клиент говорит (или пишет) людям из своего окружения об их вкладе в позитивное изменение. Клиент может учиться благодарить других как за действительный, так и за ожидаемый прогресс.

Если человек настроен позитивно, он может задевать этим других. Сообщить другому о факте улучшения может быть скрытой критикой (если, например, клиент достиг успеха в том, чего не достиг другой). Следует учитывать, что признаки улучшения могут оказаться плохой новостью для того, у кого осталось чувство вины. Такая вина, проистекающая из улучшения, может стать проблемой и спровоцировать соперничество тогда, когда с одним клиентом имеют дело два или более профессионала (например, психиатр и психотерапевт или врач и социальный работник).

Поэтому признание вклада других людей в улучшение может быть полезно не только в непосредственной работе с клиентом, но и в контактах психотерапевта с другими людьми, старающимися помочь клиенту. Психотерапевту следует всячески распределять, разделять заслуги за улучшение у клиента с другим профессионалами.

Метод 5. «Работа с объяснениями»

В любой момент психотерапевтической работы мы можем услышать, что клиент сам объясняет проблему тем или иным образом. Диагноз и объяснение – это совмещающиеся понятия, так как название, употребляемое в разговоре о проблеме, часто несет в себе представление о ее причине.

Каузальные (в особенности традиционные психологические) объяснения во многих случаях отсылают в прошлое, они подразумевают чью-то вину и содержат в себе огромный обвинительный потенциал («мои родители меня так воспитали»). Осуждение разрушает сотрудничество и творчество, поскольку неизбежно вызывает у окружающих защитные реакции или гнев.

Способы, которым мы объясняем проблемы и принимаемые меры, тесно связаны. Перемена в объяснении проблемы ведет к переменам в способе ее решения, и наоборот. Так, объяснение проблем ребенка в терминах семейной дисфункции обуславливает стремление психотерапевта делать что-нибудь с семьей. Точно так же для людей в других культурах вера в то, что проблемы вызваны гневом предков, ведет к попыткам задобрить их души.

Учитывая этот факт, в краткосрочной позитивной психотерапии избирают другую возможность – разговор об объяснениях ориентирован на решение, и объяснения делятся не на верные и неверные, а на способствующие и препятствующие достижению цели. В такой прагматической позиции объяснения ценятся исключительно с точки зрения их потенциальной пользы для разрешения того, что клиент считает проблемой.

Объяснения различаются по способности приписывать вину и вызывать стыд. Поэтому полезно замещение некоторых объяснений на новые, которые лучше помогают сотрудничеству и творчеству. Существуют многочисленные способы объяснить отдельные аспекты поведения. Различные объяснения вызывают разные эмоциональные и поведенческие реакции; некоторые из таких реакций, формируя необходимое настроение, более, чем другие, подходят для усиления сотрудничества и движения к цели.

Следует добавить, что клиенты либо согласятся, либо не согласятся с объяснениями других, в том числе – психотерапевта. Согласие способствует близости и сотрудничеству, а несогласие ведет к увеличению дистанции и разрушает сотрудничество. Поэтому важно выявить уже существующие объяснения.

Существуют разные способы узнать объяснения клиентов. Можно задавать прямые вопросы. Есть также прием «сплетни в присутствии», где клиента просят изложить объяснительные гипотезы других людей, присутствующих на сеансе: «Что, по вашему мнению, ответил бы ваш муж (мать, психиатр и т. д.), если бы я спросил его мнение о причине вашего состояния?». Во всех случаях психотерапевту следует быть

любопытным и избегать согласия или несогласия с представленными объяснениями, т. к. и то, и другое затрудняет исследование объяснений, предлагаемых клиентами.

Интерес профессионала к объяснениям клиентов (при этом терапевт занимает нейтральную позицию):

- создает атмосферу равенства и взаимного уважения;
- уменьшает опасность споров;
- препятствует вовлечению в коалицию с одними из членов семьи против других;
- предупреждает фиксацию клиента на уже существующих объяснениях;
- извлекает на свет вредные объяснения, заподозренные психотерапевтом («скелеты из семейных шкафов»). Если вредные объяснения, о которых втайне думают клиенты, не сделать явными, они делаются сильнее;
- стимулирует образование новых и полезных объяснений, способных продвинуть к новым типам решений.

Как уже было сказано, психотерапевт в разговоре избегает согласия или несогласия с объяснениями клиентов. Такой «взгляд с высоты птичьего полета» достигается с помощью **техники «метавопросов»**.

ТЕХНИКА 1. «Метавопросы»

Образцы вопросов:

- Если все мы сейчас поверим в то, что депрессия Саши по поводу утраты связана с его детскими переживаниями, что произойдет? Будет ли из-за этого Саша чувствовать себя лучше или хуже? А отношение Саши к родителям – изменится ли оно?
- Итак, вы думаете, что причина проблемы в том, что ваш муж пил? Если бы это было именно так, помогло бы это при решении проблемы или только все ухудшило?

Подобно наименованиям, объяснения могут служить препятствием на пути разрешения проблемы. Чтобы не попасть в «западню обвинительных объяснений», терапевт может намеренно полностью игнорировать вопрос о причине проблемы, а вместо этого фокусировать внимание клиента на других темах, таких как позитивные представления о будущем, прогресс или способы разрешения проблемы. Другая возможность – это разговор об объяснениях, которые ориентированы на решение.

Когда необходимо так или иначе объяснить проблему, лучше отдавать предпочтение объяснениям, которые не ссылаются на другую проблему или расстройство, которое трудно разрешить или излечить. Вместо этого следует выбирать объяснения, ориентированные на решение, позволяющие предполагать, что проблема – это просто случайность или плохая привычка. Ориентированные на решение объяснения могут также опираться на предположение, что проблема выполняет полезную функцию – помогает в достижении чего-то, чему-то учит.

ТЕХНИКА 2. «Формирование объяснений»

Образцы вопросов:

- Давайте придумаем творческое или шуточное объяснение тому, почему существует эта проблема. Это может помочь нам подумать о новых типах решений. Есть ли у вас какие-нибудь предложения о совершенно ином типе объяснения?
- Представим себе – всего лишь на несколько минут, – что причиной ваших трудностей является не какая-либо эмоциональная проблема, а то, что у вас избыточная "сексуальная энергия. Я знаю, что это может звучать несколько странно, но предположим, что в этом есть доля истины, что бы вы сделали для решения своей проблемы?
- У меня интуитивное чувство, которое может показаться странным, но я хочу, чтобы вы подумали об этом, потому что у меня есть некоторые доказательства, его подкрепляющие. А именно: вы уже излечились от своей проблемы, но по той или иной причине пока не обнаружили это внутреннее изменение. Что вы скажете? Я не совсем ошибаюсь, да?
- Предположим, ваша проблема – не психологическая, а больше связана с планированием вашего призвания. Если бы это было так, вам была бы нужна не психотерапия, а что-то другое. Что бы это могло быть?

Никогда не следует оспаривать взгляды клиента на причину проблемы, потому что

обычно это заставляет его защищать свою позицию и тем самым еще больше укрепляет в своем мнении. Поэтому новое объяснение должно выдвигаться в форме не более чем эксперимента или альтернативного взгляда на проблему. Другой вариант – это внести новое объяснение косвенно, в форме истории о ком-то другом с похожей проблемой.

Объяснения можно исследовать, но не в терминах истинности, а в терминах их действенности. Это позволяет вводить новые объяснения, не ожидая одобрения со стороны клиента. По опыту, рациональные объяснения, полностью соответствующие современным психологическим теориям, зачастую менее полезны для выработки решений, чем необычные или даже неправдоподобные объяснения.

Иногда клиент имеет очень твердые, не допускающие сомнений убеждения относительно причин своих проблем. В таких ситуациях психотерапевт опирается на принцип «клиент всегда прав». Наивные, направленные на поиск объяснений вопросы – достаточно мягкий способ противопоставить объяснениям клиентов какие-то альтернативы.

Для того чтобы объяснения были полезными, они необязательно должны быть традиционными или разумными. Необычные творческие объяснения (например, содержащие сексуальные оттенки) – превосходные катализаторы для поиска решений.

Всем психотерапевтам часто приходится предлагать идеи людям, которые отказываются их принять. Важно быть мягким, предлагая новые объяснения клиентам. Высказывая не одно, а несколько альтернативных объяснений, мы напоминаем клиентам (и себе) о важности держать ум открытым. Лучше рассказать человеку историю, чем давать инструкции, что надо думать о причине проблемы. Такая история – приглашение стать партнером в поисках плодотворных объяснений. Рассказы из собственной жизни или из литературы, случаи из практики – способы предложить новый способ мышления. Истории оставляют дверь открытой. Клиент может сам решить, принять или отвергнуть объяснения, содержащиеся в рассказанной истории.

ГЛАВА 9 ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА

Вторичная травма, или «вторичный травматический стресс» (Secondary Traumatic Stress – STS), – это изменения во внутреннем опыте терапевта, которые возникают в результате его эмпатической вовлеченности в отношения с клиентом, переживающим травматическое состояние. Специалист не может избежать вторичной травмы, так как для того, чтобы помочь клиенту, он должен сопереживать его страданию, а это сопереживание создает условия для вторичной травма-тизации. Еще одним важным фактором вторичной травмы является невозможность быстрых изменений. Консультанты постоянно сталкиваются в своей практике с клиентами, пережившими то или иное травматическое событие: от сексуального насилия в семье до стихийных бедствий, – и работа с ними включает в себя помощь в рассказе о травматических событиях, предоставление возможности выразить негативные чувства и переживания и стремление облегчить их воздействие. В то же время, работая с человеком, переживающим невыносимые страдания, специалист испытывает огромное желание как можно скорее облегчить его боль. Когда это не получается, возникает чувство разочарования и собственного бессилия, что усиливает разрушительное действие вторичной травмы (Ильина, Соловейчик, 2002).

9.1 СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ И ВТОРИЧНАЯ ТРАВМА

Вторичный травматический стресс связан с так называемым «синдромом выгорания», хотя и не является его полным аналогом. Тем не менее, и то, и другое состояния (1) имеют тенденцию к накоплению и (2) приводят к похожим результатам: бессоннице, депрессии и нарушению коммуникации с семьей и значимыми людьми. Различия между ними лежат главным образом в причинах возникновения этих состояний: в то время как STS чаще всего возникает как вторичная реакция на эмпатическое сопереживание клиентам с травматическими или проблемными ситуациями, синдром выгорания может возникать при работе с любыми клиентами (O'Halloran, Linton, 2000). Также считается, что синдром выгорания проявляется постепенно (накопленный стресс), в то время как вторичная травма может наступить внезапно и безо всякого предупреждения (Figley, 1995)

Несколько основных симптомов вторичного травматического стресса очень напоминают классические симптомы ПТСР: (1) повторное переживание травматического события в сновидениях или воспоминаниях; (2) избегание ситуаций, мыслей и впечатлений, так или иначе связанных с травматической ситуацией, и как результат – прекращение определенных видов занятий; (3) постоянное возбуждение, расстройство сна, трудности концентрации внимания и т.п. По времени эти симптомы возникают непосредственно после столкновения с травмирующим событием, и их наличие считается естественным в течение 30 дней после стресса – или признаком вторичного травматического стрессового расстройства (STS Disorder), если продолжают дольше (Stamni; 1999).

Рассмотрим признаки и специфику, во-первых, синдрома выгорания, а затем – вторичной травмы.

Термин «**сгорание**», или «**выгорание**» (burnout), был введен в практику американским психологом Фрейденбергером в 1974, году для характеристики психологического состояния здоровых людей, которые находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами в атмосфере эмоционального перенапряжения при оказании профессиональной помощи. Это люди, работающие в системе «человек – человек»: врачи, священники, юристы, социальные работники, и особенно – психиатры, психотерапевты, психологи. В своей деятельности они вынуждены постоянно сталкиваться с негативными эмоциональными переживаниями клиентов (пациентов) и непроизвольно вовлекаются в них, в силу чего испытывают повышенное эмоциональное напряжение. Синдром выгорания был определен Фрейденбергером как «поражение, истощение или износ, происходящий в человеке вследствие резко завышенных требований к собственным ресурсам и силам» (Freudenberger, 1974). Другое определение

рассматривает выгорание как «состояние, в котором человек не ожидает вознаграждения от выполняемой работы, но напротив – ожидает наказания, что происходит в результате недостатка мотивации и контролируемых результатов или вследствие недостаточной компетенции» (Meir, 1983). В соответствии с методикой исследования синдрома выгорания выделяются три основных симптома: эмоциональное истощение, деперсонализация и недостаток чувства личного достижения (Maslach, 1993; Maslach et al, 1996; Slavicki, Cooley, 1982).

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация – это бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Клиенты воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды, с которыми они приходят к профессионалу, кажутся последнему благом для них.

Наконец, редукция профессиональных достижений – возникновение у работника чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Исследования последних лет несколько модифицировали понятие «выгорания» и его структуры. Психическое выгорание теперь понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с профессиональными межличностными взаимоотношениями. Такое понимание несколько видоизменило и его основные компоненты: эмоциональное истощение; деперсонализация; профессиональная эффективность. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом (Maslach, Letter, 1997).

Исследователи указывают на специфические отношения к собственно работе, в том числе и работе консультанта, которые приводят к появлению синдрома выгорания. К числу таких установок относятся: (1) тотальное посвящение себя работе, когда работа фактически становится заменителем нормальной социальной жизни профессионала; (2) иллюзия грандиозности выполняемой работы, которая служит «подпоркой» для самооценки. В результате когда профессионал видит, что это не приводит к желаемым результатам и работа не дает чувства значимости и ценности, которого ему не хватает, появляется синдром выгорания (Maslach-Pines, 2001).

Дополнительными причинами могут стать ролевые конфликты и профессиональная неопределенность, выражающаяся, в том числе, в отсутствии четких должностных инструкций.

Таким образом, в самом общем виде синдром выгорания можно определить как неадаптивную реакцию на профессиональный стресс. В зарубежной литературе существует множество описаний синдрома. Выделяя основное, можно сказать, что «выгорание» характеризуется состоянием хронической усталости, эмоционального истощения, опустошенности. Появляются трудности концентрации, снижается продуктивность работы. Нарушаются отношения с окружающими – отмечаются чрезмерная обидчивость, чувствительность к критике, частые конфликты. Если вовремя не помочь себе, описанные симптомы могут усугубляться и проявиться уже на физическом уровне в форме снижения иммунитета к болезням, повышенного травматизма.

Выгорание также описано как сочетание физической и эмоциональной усталости. Это неадаптивная реакция на стрессовую ситуацию на работе, отражающая неспособность справиться с внутренним и внешним давлением условий профессиональной деятельности. Таким образом, эмоциональное выгорание – это большая неоднородная группа особых психологических состояний, которые развиваются у здоровых людей в условиях эмоционального перенапряжения, в частности – при оказании психотерапевтической и психологической помощи.

Описаны следующие проявления эмоционального выгорания среди консультантов:

- астенизация – чувство постоянной усталости, утомляемости, нервного истощения;
- сниженный фон настроения с легко возникающей тревожностью;
- чувство незавершенности контакта, виновности;
- нарушение режима сна и бодрствования, что, помимо всего, иногда связано с суточным режимом работы, с работой по ночам;
- психосоматические реакции, чаще со стороны сердечно-сосудистой системы, головные боли, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, реже – со стороны желудочно-кишечного тракта, неврологические расстройства, в частности описаны нарушения по типу поясничного радикулита. У консультантов-женщин могут возникнуть нарушения менструального цикла;
- кратковременные психогенные реакции в виде навязчивых представлений, мыслей, сомнений и даже фобий после сложных, эмоционально тяжелых случаев;
- изменение отношения к себе, к своей профессиональной деятельности. Во время работы у консультантов описываются: разочарование в себе как в специалисте, способном оказывать данный вид психологической помощи; снижение профессиональной самооценки; переживания как профессиональной, так и личной несостоятельности. Изменения по отношению к своей профессиональной деятельности проявляются в форме сомнения в необходимости и полезности своей профессии для общества, ощущения бессмысленности своего труда. Возникают мысли типа: «Это никому не нужно, все усилия напрасны, работа больше берет, чем дает» и т.д.;
- изменение отношения к клиентам с позитивного на негативное, проявляющееся в том, что клиент начинает вызывать у консультанта раздражение, злость, гнев, брезгливость и другие отсутствовавшие ранее негативные чувства.

Другим проявлением, а скорее – следствием эмоционального выгорания является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей.

Кроме перечисленных выше симптомов STS, к непосредственным проявлениям синдрома выгорания можно отнести следующие проявления: (1) увеличение негативного взаимодействия с семьей и значимыми людьми (Guy, Liaboe, 1986); (2) снижение способности успешно разрешать собственные личные и профессиональные проблемы (Corey, 1993). Другими проявлениями выгорания являются: (3) постоянное чувство озабоченности по поводу работы; (4) чувство тяжести и пустоты, связанное с работой; (5) раздражение, направленное на коллег; (6) отношение к работе как к тяжелой необходимости, а не как к чему-то, приносящему удовлетворение. Особой группой симптомов могут стать разного рода психофизиологические явления, такие как бессонница, головные боли, и т.п.

Стадии синдрома выгорания:

1. Напряжения: приглушение эмоций, исчезает острота чувств, появляется неудовлетворенность собой.

2. Резистенции: ощущение загнанности в клетку, негативные чувства к коллегам и пациентам, неадекватные эмоциональные реакции, интерпретируемые партнерами как неуважение, упрощение профессиональных обязанностей, хотя интеллект и навыки сохранены, но при пустом взгляде и холодном сердце.

3. Истощение: нет эмоций, сил, воли. Действует один ум, но работа проходит «на автопилоте», резкость, озлобленность, грубость, осуждение бывших профессиональных ценностей, отстраненность, уединение вплоть до отчуждения от близких. Первые психосоматические симптомы: головные и спинные боли, бессонница или просоночное состояние, апатия, депрессия, тошнота, а затем и любые другие психосоматические болезни, например обжорство или анорексия.

В большинстве проведенных исследований факторы, способствующие выгоранию, традиционно группируются в два больших блока: особенности профессиональной деятельности (организационные факторы) и индивидуальные характеристики самих профессионалов (Dion, 1989; Schaufeli, Enzmann, 1999). Некоторые авторы выделяют и

третью группу факторов, рассматривая содержательные аспекты деятельности как самостоятельные (Dion, 1989).

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ВЫГОРАНИЕ (ОРЕЛ, 2001):

Индивидуальные факторы

- Социально-демографические
- Возраст
- Пол
- Уровень образования
- Семейное положение
- Стаж работы
- Личностные особенности
- Выносливость
- Локус контроля
- Стилль сопротивления
- Самооценка
- Нейротизм (тревожность)
- Экстраверсия

Организационные факторы

- Условия работы
- Рабочие перегрузки
- Дефицит времени
- Продолжительность рабочего дня
- Содержание труда
- Число клиентов
- Острота их проблем
- Глубина контакта с клиентом
- Участие в принятии решений
- Обратная связь

О негативной корреляции между возрастом и чувством эмоционального истощения и отсутствием корреляции между возрастом и чувством личного достижения говорится в работах (Ackerley, et al. 1988; Vredenburg et al., 1999).

Среди женщин чаще встречается эмоциональное истощение, а среди мужчин – чувство деперсонализации (Maslach, Jackson, 1981). Это связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих клиентов. Риск подвергнуться выгоранию зависит от того, насколько выполняемые работниками функции соответствуют их полоролевой ориентации. Так, в исследовании установлено, что мужчины оказались более чувствительными к воздействию стрессоров в тех ситуациях, которые требовали от них демонстрации истинно мужских качеств, таких как физические данные, мужская отвага, эмоциональная сдержанность, показ своих достижений в работе. В то же самое время женщины оказались более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требовали от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения (Tang, Lau, 1996).

В большинстве исследований отмечается отсутствие значимой корреляции между стажем работы по специальности и выгоранием (Dietzel, Coursey, 1998; Haddad, 1998), и только отдельные работы выявляют отрицательную зависимость между ними (Naisberg et al., 1991).

В исследованиях, изучающих наличие связи между семейным положением и выгоранием, отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию лиц (особенно мужского пола), не состоящих в браке. Причем холостяки в большей степени предрасположены к выгоранию даже по сравнению с разведенными мужчинами. Вероятнее всего, это может быть обусловлено одновременным действием других факторов (Maslach et al., 1996).

Существуют некоторые данные о положительной связи между уровнем образования

и степенью психического выгорания. Причиной этого могут быть завышенные притязания у людей с более высоким уровнем образования. Однако эта тенденция наблюдается только в отношении деперсонализации, а эмоциональное истощение не зависит от данного фактора (Maslach et al., 1996). Снижение же чувства профессиональной компетентности дает совершенно обратную картину, достигая большего значения у испытуемых со средним, нежели с высшим образованием. Причина такого дифференцированного влияния уровня образования на компоненты выгорания скорее всего – в наличии связи между уровнем образования и конкретным содержанием труда (Schaufeli, Enzmann, 1999). Влияние других социально-демографических переменных на выгорание, таких как: этническая и расовая принадлежность, место жительства, социально-экономический статус, уровень зарплаты – изучалось в гораздо меньшей степени (Pedrabissi et al., 1991).

Ряд ученых считает, что личностные особенности намного больше влияют на развитие выгорания не только по сравнению с демографическими характеристиками, но и факторами рабочей среды (Орел, 2001).

«Личностная выносливость» определяется как способность личности быть высокоактивной каждый день, осуществлять контроль за жизненными ситуациями и гибко реагировать на различного рода изменения. Практически все авторы отмечают, что выносливость тесно связана со всеми тремя компонентами выгорания. Люди с высокой степенью выносливости имеют низкие значения эмоционального истощения и деперсонализации и высокие значения по шкале профессиональных достижений (Nowak, 1986; Pierce, Molloy, 1990).

Выявлена связь между выгоранием и индивидуальными стратегиями сопротивления выгоранию. Высокий уровень выгорания тесно связан с пассивными тактиками сопротивления стрессу; и наоборот, люди, активно противодействующие стрессу, имеют низкий уровень выгорания (Holt et al., 1987). Отмечается также, что женщины продуктивнее, чем мужчины, используют стратегии избегания стрессовых ситуаций (Greenglass et al., 1990).

Обнаружена тесная связь между психическим выгоранием и «локусом контроля». Люди с преобладанием внешнего «локуса контроля» склонны приписывать все происшедшее с ними или свои успехи случайным обстоятельствам или деятельности других людей, в то время как индивиды с внутренним «локусом контроля» считают свои достижения и все происшедшее с ними собственной заслугой, результатом своей активности, способностей или готовности к риску. В большинстве работ отмечается положительная корреляционная связь между внешним «локусом контроля» и составляющими выгорания, особенно с эмоциональным истощением и деперсонализацией (Burne, 1994). Что касается профессиональной эффективности, то отмечается положительная связь между внутренним «локусом контроля» и высокой оценкой профессиональной эффективности, правда, данная тенденция подтверждается только для мужской выборки (Greenglass et al., 1998).

В ряде исследований обнаружена отрицательная корреляционная зависимость между компонентами выгорания и высокой самооценкой (Burne 1994; Rosse et al., 1991).

Найдена также положительная корреляция между поведением типа А и составляющими выгорания, прежде всего – с эмоциональным истощением. Люди, демонстрирующие этот тип поведения, предпочитают бурный темп жизни, преодоление трудностей, конкурентную борьбу, сильную потребность держать все под контролем (Lavanco 1997; Nowak, 1986), поэтому они более подвержены влиянию стрессовых факторов и, как отмечается в ряде работ, в большей степени – заболеваниям нейрогенной природы. Отмечается также и наличие половых различий. У женщин связь между поведением типа А и показателями выгорания выражена сильнее, чем у мужчин (Pradham, Misra, 1996).

В большинстве исследований, рассматривающих взаимосвязь выгорания с личностными характеристиками, используется пятифакторная модель личности, предложенная Р. Costa, R. McCrae, включающая в себя пять основных личностных

характеристик: нейротизм, экстраверсию, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность (Costa, McCrae, 1992). Наиболее тесные связи со всеми характеристиками выгорания имеет нейротизм, особенно с эмоциональным истощением и фактором открытости опыту. Деперсонализация наиболее тесно положительно связана с нейротизмом и отрицательно – с сотрудничеством, а ощущение персональной эффективности отрицательно связано с четырьмя из пяти факторов модели, а именно: нейротизмом, экстраверсией, открытостью и добросовестностью (Schaufeli, Enzmann, 1999).

Близко к описанным выше лежат исследования взаимосвязи между выгоранием и такими особенностями личности, как тревожность, эмоциональная чувствительность и некоторыми другими. Показано наличие положительной связи между выгоранием и агрессивностью, тревожностью и отрицательной – с чувством групповой сплоченности (Naisberg et al., 1991; Vealey et al., 1998). Наличие положительной связи между эмоциональной сенситивностью и выгоранием подтверждено рядом исследований, подчеркивается опосредующая роль эмоциональной сенситивности для предсказания выгорания. На примере работников службы спасения показано, что люди, способные эмоционально воздействовать на других, «заряжая» их своей энергией, но не чувствительные к эмоциям других, имеют больший риск выгорания, что в конечном счете отрицательно отражается на продуктивности их работы (Gargen, 1991).

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ

Группа организационных факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, является наиболее представительной в сфере исследований выгорания (Орел, 2001).

Повышенные нагрузки, сверхурочная работа стимулируют развитие выгорания. Аналогичные результаты получены и для продолжительности рабочего дня. Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели.

Данные относительно взаимосвязи между выгоранием и количеством клиентов, их числом, обслуживаемым за определенный период, неоднозначны, хотя теоретически можно предполагать наличие положительной связи между этими переменными, что подтверждается рядом исследований. Так, в работе Р. Vierick показано, что продолжительный контакт с одним клиентом в течение рабочего периода может способствовать развитию выгорания (Vierick, 1996).

Непосредственный контакт с клиентами, острота их проблем обычно способствуют возникновению выгорания. Наиболее очевидно влияние этих факторов в тех случаях, где острота проблем клиентов сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Это работа с хроническими больными или людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак и некоторые др.) и т.д.

Важный фактор, взаимодействующий с выгоранием, – степень самостоятельности и независимости сотрудника в своей деятельности и возможность принимать важные решения. Практически все исследования подтверждают отрицательную корреляционную зависимость между указанными переменными и выгоранием, хотя отмечается, что связь с последней переменной более тесная.

Один из самых важных социально-психологических факторов выгорания – это социально-психологические взаимоотношения в организации, как по вертикали, так и по горизонтали. Решающую роль тут играет социальная поддержка со стороны коллег и людей, стоящих выше по своему профессиональному и социальному положению, а также других лиц (семьи, друзей и т.д.).

Наиболее значимой для работников является поддержка от супервизоров и администрации. При этом конфликты в группе работников (т.е. по горизонтали) психологически гораздо менее опасны, чем конфликты с людьми, занимающими более высокое профессиональное положение (Орел, 2001). В некоторых исследованиях отмечается, что социальная поддержка может быть своеобразным буфером между

стрессорами и результатами их деятельности. Работники, получающие поддержку, лучше сопротивляются стрессовым воздействиям и тем самым менее подвержены выгоранию (Dolan, Renaude, 1992).

Влияние социальной поддержки распространяется на все компоненты выгорания, но наиболее тесная связь отмечается с эмоциональным истощением и деперсонализацией. Ряд исследований показывает, что инструментальная, информационная и эмоциональная поддержки, особенно в условиях ролевого конфликта и большого объема работы, имеют тесную связь с выгоранием (Himie et al., 1991).

Важный фактор – стимуляция работников; эта проблема рассматривалась в русле категории вознаграждения работников за их труд – материального и морального, в виде одобрения со стороны администрации и благодарности реципиентов. Практически все исследователи отмечают, что недостаточное вознаграждение (денежное и моральное) или его отсутствие способствуют возникновению выгорания. При этом некоторые исследователи отмечают, что для предотвращения выгорания важно не абсолютное количество наград, а их соотношение с собственным затраченным трудом и трудом своих коллег, что в данном контексте воспринимается как справедливость. Есть работы, показывающие, что дополнительное вознаграждение за выполнение определенной работы повышает чувство профессиональной эффективности, в то время как наказание приводит к развитию деперсонализации (Cordes et al., 1997).

Наконец, последний из организационных факторов, тесно связанный с выгоранием, – ролевой конфликт и ролевая двойственность. Под ролевым конфликтом понимается противоречие между функциями работника, которые он выполняет. Ролевая амбивалентность предполагает дефицит значимой информации для эффективного выполнения деятельности. Выявлена положительная связь между указанными характеристиками и эмоциональным истощением и деперсонализацией, а также отрицательная их корреляция с профессиональной эффективностью (Burne, 1994).

Наиболее тесная корреляция обнаружена между выгоранием и удовлетворенностью трудом. Данный параметр имеет положительные корреляции со всеми тремя компонентами выгорания: эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией профессиональных достижений (Burke, Green-galass, 1995).

Аналогичные данные получены для показателя идентификации себя с организацией (organizational commitment), под чем понимается принятие работником целей и ценностей своей организации, осуществление деятельности по реализации этих целей, отстаивание ее интересов и желание оставаться ее членом (Pierce, Molloy, 1990).

Попыткой комплексного подхода к оценке влияния различных факторов на процесс выгорания является работа С. Maslach и М. Leiter (Maslach, Leiter, 1997). Основная идея их подхода заключается в том, что выгорание – результат несоответствия между личностью и работой. Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения выгорания. Авторы выходят за рамки интерперсонального подхода и рассматривают выгорание как проявление эрозии человеческой души в целом, независимо от типа профессиональной деятельности. Они выделяют шесть сфер такого несоответствия:

1. Несоответствие между требованиями, предъявляемыми к работнику, и его ресурсами. В основном это предъявление завышенных требований к личности и ее возможностям. Выгорание может привести к ухудшению качества работы и разрыву взаимоотношений с коллегами.

2. Несоответствие между стремлением работника к большой степени самостоятельности в работе, стремлением определять способы достижения результатов, за которые он несет ответственность, и жесткой и нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контроля над ней. Следствие такого конфликта – возникновение чувства бесполезности своей деятельности и безответственное отношение к ней.

3. Несоответствие работы и личности ввиду отсутствия вознаграждения, что работник воспринимает как непризнание его труда.

4. Несоответствие личности и работы ввиду потери чувства положительного взаимодействия с другими людьми в рабочей среде. Люди раскрываются и лучше функционируют, когда получают одобрение, утешение, поддержку, радость, хорошее настроение от тех людей, которых они любят и уважают. К сожалению, в некоторых видах деятельности работники изолированы друг от друга или имеют формальные социальные контакты. Однако наиболее деструктивным элементом в обществе являются постоянные нерешенные конфликты между людьми. Они продуцируют постоянное чувство фрустрации и враждебности и уменьшают степень социальной поддержки.

5. Несоответствие между личностью и работой может возникнуть при отсутствии представления о справедливости на работе. Справедливость обеспечивает признание и закрепление самооценки работника.

6. Несоответствие между этическими принципами личности и требованиями работы. Например, человека обязывают вводить кого-то в заблуждение, говорить что-то, не соответствующее действительности, и т.п.

Специфика воздействия **вторичной травмы** так же, как и синдром выгорания, зависит от особенностей ситуации (условий работы, типа и количества клиентов, характера их травмы, политического, социального и культурного контекстов в момент получения травмы и в настоящий момент) и личности «помощника» (куда включается его профессиональная идентичность, ресурсы, наличие поддержки, личная история, актуальная жизненная ситуация, индивидуальные стратегии преодоления трудностей) (Ильина, Соловейчик, 2002).

Травма всегда включает утрату; после травмы ничего не остается таким, каким было прежде. Кардинальное изменение всего, что было привычным, является еще одной отличительной чертой травмы. В один момент весь привычный мир человека может рухнуть. Работая с травмой, консультант каждый день сталкивается с этой реальностью, и постепенно это разрушает его представления о стабильности и предсказуемости мира, о безопасности и защищенности, о способности человека контролировать свою жизнь.

Концепция вторичной травмы основана на конструктивистской теории развития личности (КТРЛ), которая описывает аспекты личности, на которые воздействует травматическое событие. Влияние травмы на человека определяется личной историей и актуальной жизненной ситуацией.

КТРЛ рассматривает «симптомы» как способ адаптации к травматическому событию. Иррациональные и искаженные представления отражают попытку человека защитить свою систему ценностей и внутренних ориентиров от разрушений, которые вызывает травма. Например, чувство стыда, которое испытывают взрослые, пережившие насилие в детстве, рассматривается как попытка конструирования личностного смысла, направленного на защиту образа родителей. «Они хорошие, они правы, – говорит себе ребенок, – а я плохой, поэтому я заслужил эту боль». То, что ребенок берет на себя ответственность за насилие, поддерживает его глубинное представление о собственной силе и способности к контролю. Это представление позволяет ребенку избегать чувства ужаса и беспомощности. Перенесенное во взрослую жизнь, это глубинное ощущение стыда и вины проявляется в постоянных самообвинениях и саморазрушительном поведении. Если специалист старается изменить такое поведение клиента, не понимая, что оно является защитным, он обречен на провал. Клиент сможет изменить свои установки и поведение только тогда, когда он освободится от своих внутренних конфликтов и тревоги, когда получит возможность напрямую обращаться к своему гневу и к боли. Для успешной работы необходимо понять личностный смысл симптомов неблагополучия.

Вторичная травма вызывает у «помощников» те же самые изменения (только в меньшей степени), которые происходят у клиентов.

Существует несколько аспектов личности, на которые влияет психологическая травма:

Мироощущение (система базовых представлений):

– идентичность: самовосприятие и ощущение себя в мире;

- восприятие мира: жизненная философия, общие установки относительно других людей и окружающей действительности, система ценностей и моральные принципы;
- духовность: ощущение смысла, надежда, вера, чувство связи с миром, с чем-то высшим, осознание всех аспектов жизни, включая нематериальный.

Ресурсы личности (способности, которые позволяют индивиду поддерживать чувство стабильности и целостности в разных ситуациях и в разное время):

- способность переживать, переносить и интегрировать сильные воздействия;
- способность сохранять ощущение жизненной силы, позитивного настроения, уверенности в том, что ты достоин любви;
- способность поддерживать чувство связи с другими людьми.

Ресурсы Я (способности, позволяющие индивиду реализовать свои потребности и взаимодействовать с другими):

- навыки самоосознавания: интеллект, способность к интроспекции, сила воли и инициативность, стремление к личностному росту, осознание собственных потребностей, способность видеть перспективы;
- навыки межличностного взаимодействия и самопомощи: способность предвидеть последствия, способность устанавливать зрелые отношения с другими, способность устанавливать границы в межличностных отношениях.

Психологические потребности и когнитивные схемы:

- безопасность: чувство защищенности себя и своих близких;
- уважение: ощущение собственной ценности и умение ценить других;
- доверие/зависимость: способность быть уверенным в себе и реализовать свои потребности; признавать право другого человека иметь собственное мнение и реализовывать свои потребности;
- контроль: способность управлять своими чувствами и поведением в межличностных отношениях, а также влиять на других людей;
- близость: умение находиться в контакте с самим собой и чувствовать связь с другими.

Память и восприятие:

- вербальный уровень: история того, что происходило до, во время и после травмы;
- воображение: картинки травматического события;
- переживания: эмоции, связанные с травмой;
- соматические проявления: ощущения в теле, которые связаны с травматическим событием;
- межличностный уровень: стереотипы поведения, в которых отражается травматический опыт.

Профессионалы, работающие с травмой, могут ощущать утрату устойчивости и способности поддерживать внутреннее равновесие. Переполненность переживаниями иногда приводит к приступам рыданий или вспышкам гнева. У человека снижается порог чувствительности к фрустрации, появляется чувство невыносимой тревоги, утрачивается способность радоваться жизни. Некоторые эмоционально закрываются и переживают онемение, «окаменелость», отстраненность или деперсонализацию. Многие теряют чувство связи с близкими людьми, способность любить и быть любимыми, сомневаются в своем праве на жизнь и на счастье. Все это вызывает ощущение изоляции и приводит к экзистенциальному отчаянию и одиночеству. Поскольку это очень похоже на те переживания, о которых говорят клиенты, то очевидно, что специалист, который сам утратил почву под ногами, не способен поддерживать в своем клиенте веру и надежду.

Когда ресурсы Я ослаблены, специалист утрачивает способность принимать решения, которые служат его интересам, и может совершать профессиональные ошибки, касающиеся границ, реакций и стратегии работы с клиентом. Терапевту становится труднее отделить собственные чувства от переживаний клиента, труднее замечать и анализировать реакции контрпереноса.

Одним из последствий вторичной травмы является утрата доверия к себе и к другим людям.

Как реакция на чувство беспомощности, которое может вызывать работа с травмой, у некоторых специалистов возникает потребность в гиперконтроле.

У многих нарушаются отношения с близкими. Если близкий человек не имеет отношения к работе с травмой, нарастает чувство изоляции. Многие специалисты, работающие с жертвами сексуального насилия, страдают от навязчивых образов, которые нарушают их сексуальные отношения, некоторые утрачивают способность полноценно наслаждаться радостью интимной близости с партнером, думая о своих клиентах, которые лишены этих переживаний.

Признаки и симптомы вторичной травмы:

Общие изменения

- Нехватка времени и сил для себя
- Нарушение отношений с близкими
- Социальная изоляция
- Повышение чувствительности к жестокости
- Цинизм
- Глобальное ощущение отчаяния и безнадежности
- Ночные кошмары

Специфические изменения

- Изменение мироощущения
- Изменение чувства идентичности, представлений о мире, духовных потребностей
- Преуменьшение своих способностей
- Ослабление эго-ресурсов
- Подавление психологических потребностей
- Изменения в сенсорном опыте (навязчивые образы, диссоциации, деперсонализации)

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВТОРИЧНУЮ ТРАВМАТИЗАЦИЮ:

Ситуация

- Условия работы
- Тип клиентов
- Накопление травматического материала
- Организационный контекст
- Социальный и культуральный контексты

Индивидуальные особенности

- Личная история
- Особенности проявления защитных механизмов
- Стили преодоления жизненных трудностей
- Актуальная жизненная ситуация
- Профессиональная подготовка и профессиональная история
- Возможность получать супервизорскую помощь
- Возможность получать личную терапию

Вторичная травма – это не единичное событие, а процесс. Тут задействованы сильные чувства и личные способы защиты от сильных чувств, такие как онемение, защитная броня, синдром избегания.

Хотя контрперенос и вторичная травма различаются и по структуре и по внутреннему содержанию, они влияют друг на друга. Контрперенос присутствует у каждого терапевта, но он проявляется периодически и специфичен для каждого клиента и каждой диады терапевт – клиент. Эффект вторичной травматизации накапливается по мере работы терапевта и не привязан к каким-либо конкретным отношениям в личной или профессиональной жизни терапевта.

9.2 ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Специалисту, который привык сам помогать другим, бывает трудно обратиться за помощью. Между тем, для того чтобы предотвратить профессиональное выгорание и сохранять способность полноценно работать, необходимо уметь позаботиться о себе

(Ильина, Соловейчик, 2002).

Самая первая и очевидная мера защиты от вторичной травмы – это научиться осознавать ее проявления. Ниже приводятся несколько опросников, которые помогают терапевтам и другим «помогающим» специалистам опознать у себя признаки вторичной травматизации. Опросники можно заполнить самостоятельно или вместе с коллегами, а затем обсудить результаты в группах профессиональной поддержки, с личным терапевтом или с супервизором.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРАВМАТИЗАЦИЮ

Особенности работы

Насколько я свободен в выборе и могу управлять своей ситуацией на работе?

Я занимаюсь краткосрочной терапией, кризисной интервенцией или длительной терапией?

Делаю ли я работу:

А) которая мне нравится?

В) которая мне подходит?

С) в которой я чувствую себя компетентным?

Д) соответствует ли моя работа моим ценностям и убеждениям?

Особенности клиентов

С каким контингентом я работаю?

Сколько клиентов я принимаю:

Каждый день?

Каждую неделю?

Сбалансирована ли моя нагрузка с точки зрения количества работы и разнообразия проблематики, предъявляемой клиентами?

Есть ли клиенты, с которыми мне наиболее приятно работать? Почему?

С какими клиентами мне труднее всего работать? Почему?

Другие факторы, влияющие на меня, связанные с клиентами.

Особенности ситуации на работе

Достаточно ли у меня организационной поддержки?

Поддерживают ли меня коллеги (внутри организации и вне ее)? Обеспечен ли я в достаточной мере супервизорской поддержкой? Другие факторы, связанные с ситуацией на работе?

Особенности помогающего (самоописание)

Достаточно ли у меня подготовки, соответствующей моей работе?

Какие стрессы я переживаю сейчас в жизни и что меня поддерживает?

Что в моей жизненной истории привело меня к тому, чем я сейчас занимаюсь?

Как обычно я справляюсь со стрессом?

Каковы основные особенности моего эмоционального реагирования? Что меня больше всего задевает?

Я соответствую своей работе? Мне нравится моя работа? Другие личностные факторы.

Особенности социально-культурального контекста

Как влияют на меня социально-экономические перемены, касающиеся работы (такие как сокращение финансирования определенных программ, изменения управленческой структуры и пр.)?

Каково отношение в обществе к той работе, которой занимается моя организация и я лично?

Как относится общество к той категории населения, с которой я работаю?

Уровень дистресса

Инструкция: Прочитайте каждый абзац отдельно и просто подумайте над вопросами. Отмечайте, какие мысли и чувства появляются у вас, и оставайтесь открыты происходящему с вами.

Как вы оцениваете свое эмоциональное состояние в конце каждого рабочего дня и рабочей недели? Когда вы покидаете рабочее место, какие мысли, чувства, телесные

ощущения вы отмечаете у себя? Как вы себя чувствуете по дороге на работу? по дороге домой? приходя домой? через час после возвращения домой? когда ложитесь спать? Вам снится работа? Если да, то каковы темы и образы этих снов?

Отмечаете ли вы, что какие-то дни для вас более трудные, а какие-то как будто легче? Можете ли вы обнаружить в этом некую закономерность? Существуют ли определенные клиенты или типы клиентов, отношения с которыми для вас наиболее стрессогенны? Вы осознаете, почему они так сложны для вас? Всегда ли это так? Существуют ли определенные рабочие обязанности или задачи, выполнение которых вызывает у вас стресс? Осознаете ли вы, почему? Как влияет на вас рабочий график?

Как вы используете свободное время? Что помогает вам расслабиться? Как долго вы восстанавливаетесь по окончании рабочей недели? Используете ли вы лекарства, алкоголь, азартные игры, особую еду или хождение по магазинам, чтобы восстановить равновесие? Нуждаетесь ли вы в алкоголе или снотворном, чтобы нормально спать? Замечаете ли вы, что у вас появились определенные устойчивые особенности – изменения в эмоциональной сфере, излишнее напряжение, замкнутость, подавленность, хроническая усталость или цинизм? Может быть, сами вы не замечаете перемен, но ваши близкие говорят вам об этом?

Не забудьте включить как внешние, так и внутренние проявления. Какие изменения в своем поведении вы отмечаете? Делаете ли вы что-нибудь такое, чего обычно не делали раньше? Что вы перестали делать из того, что обычно делали раньше? Какие изменения в своем теле и своем здоровье вы отмечаете?

Изменились ли ваши отношения со своим телом – физические упражнения, диета, сексуальность, телесные напряжения или осанка? Какие изменения произошли в ваших отношениях с окружающими: коллегами, друзьями, партнерами, детьми и другими членами семьи, соседями, посторонними? А как насчет ваших отношений с самим собой? Что изменилось? Что вы хотите изменить, но не можете? Что вам кажется наиболее ценным результатом проделанной сейчас работы?

ПРИЗНАКИ ВТОРИЧНОЙ ТРАВМЫ

Какие личностные изменения явились следствием вашей работы с жертвами травматических событий в следующих сферах вашей жизни и убеждений:

Мировоззрение

Моя идентичность и видение себя: кто я? Мои взгляды и убеждения относительно мира: как я его воспринимаю?

Мой духовный опыт (чувство сопричастности, переживание смысла, вера): как это изменилось?

Моя профессиональная мотивация: отличаются ли мотивы, по которым я начал работу в этой области, от тех, что движут мною теперь?

Ощущение внутреннего равновесия

Как я справляюсь с сильными чувствами? Помню ли я о людях, которых люблю, и понимаю ли, что они беспокоятся обо мне?

Ценю ли я себя, считаю ли себя достойным любви?

Использование эго-ресурсов

Использую ли я свои ресурсы для принятия конструктивных решений в области личных и профессиональных взаимоотношений (отстаивание своих интересов и личных границ)?

Использую ли я свои ресурсы для самопознания и личностного роста?

Основные психологические потребности

Безопасность моя собственная и моих близких. Чувствую ли я себя в безопасности?

Уверен ли я в безопасности тех, кого люблю?

Уважение к себе и другим

Горжусь ли я тем, кто я есть?

Считаю ли я, что другие заслуживают уважения?

Доверие к себе и другим

Насколько я доверяю себе?

Могу ли я доверять другим людям и полагаться на них?
Контроль над своей жизнью и другими людьми
Считаю ли я, что способен контролировать свою жизнь?
Считаю ли я, что могу влиять на поведение других людей?

Близость

Хорошо ли мне с самим собой?

Способен ли я к близости с другими?

Сенсорный опыт: навязчивые образы и ощущения

Снятся ли мне ночные кошмары?

Есть ли у меня навязчивые мысли о своей или чужой безопасности?

Есть ли у меня навязчивые образы и ощущения?

Бывает ли, что переживания, которыми делится со мной клиент, актуализируют мой собственный травматический опыт?

Изменилось ли мое сексуальное поведение? Изменились ли мои телесные реакции на стресс?

Отмечаю ли я у себя склонность к соматизации, повышению или понижению чувствительности, проявления деперсонализации?

Профессионалы в области заботы о других, как правило, очень плохо умеют заботиться о самих себе.

Многие специалисты помогающих профессий заботятся о себе только для того, чтобы подать хороший пример клиентам («Если я возьму больничный, когда буду плохо себя чувствовать, это будет хорошей моделью для клиентов, как заботиться о себе»). Эта философия отражает слишком ограниченное определение себя: «Я – помощник». Но работа – это не вся жизнь, а только ее часть. Мы нуждаемся в балансе работы и отдыха, осознания и действия, равновесия между отдавать и получать. Мы должны принять и интегрировать все самые разнообразные аспекты собственной личности. Мы можем быть серьезными и игривыми, рассудительными и спонтанными, требовательными и снисходительными по отношению к себе, интеллектуальными и сексуальными и так далее. Мы сложны и противоречивы, потому что мы люди. Наша забота о себе должна отвечать сложности и многообразию нашей личности.

Предлагаемый ниже опросник не является исчерпывающе полным, это только наши предложения. Вы можете добавить к нему пункты, которые соответствуют вашей ситуации. Оценивайте свое состояние и поведение на настоящий момент вашей жизни.

Когда закончите заполнение опросника, посмотрите, можете ли вы найти какие-то закономерности. Может быть, вы достаточно активны в определенных областях заботы о себе и совершенно игнорируете другие? Может быть, вы обнаружили здесь пункты, о которых подумали: «Я никогда не стал бы этого делать»? Прислушайтесь к себе, к своим внутренним реакциям, доверяйте своим ощущениям.

Для оценки воспользуйтесь следующей шкалой:

5 = Часто

4 = Иногда

3 = Редко

2 = Никогда

1 = Никогда об этом не думал

Физиологические потребности

Ем регулярно (то есть завтрак, обед и ужин)

Употребляю здоровую пищу

Делаю зарядку

Регулярно прохожу профилактический осмотр у врача

Обращаюсь за медицинской помощью, когда это необходимо

Беру больничный на время болезни

Пользуюсь услугами массажиста

Танцую, пою, плаваю, бегаю, играю в спортивные игры, совершаю прогулки или занимаюсь любыми другими видами физической активности, которая доставляет мне

удовольствие.

Удовлетворяю свои сексуальные потребности

Достаточно сплю

Ношу одежду, которая мне нравится

Беру отпуск

Беру отгулы

Ограничиваю время телефонных разговоров

Прочее

Психологические потребности

Выделяю время для саморефлексии

Прохожу личную терапию

Веду дневник

Читаю литературу, не относящуюся к работе

Имею хобби

Стараюсь снизить уровень стресса в своей жизни

Прислушиваюсь к своему внутреннему опыту – мыслям, чувствам, суждениям, верованиям

Даю возможность другим людям узнать меня с разных сторон

Посещаю музеи, выставки, театры, спортивные соревнования.

Обращаюсь за помощью к другим

Проявляю любопытство

Могу сказать «нет»

Прочее

Эмоциональная сфера

Провожу время с людьми, которые мне симпатичны Поддерживаю отношения со значимыми для меня людьми Стараюсь поощрять и награждать самого себя Люблю себя

Перечитываю любимые книги и пересматриваю любимые фильмы

Стараюсь осознать свои потребности: чем мне хочется заниматься (помимо работы), с какими людьми мне хочется общаться, какие места хочется посещать – и ищу возможности удовлетворить эти потребности

Позволяю себе плакать

Могу над чем-то посмеяться

Если что-то в области общественной жизни вызывает у меня возмущение и протест, я могу открыто выразить это в письмах в различные инстанции, а также через участие в митингах и маршах протеста

Играю с детьми

Прочее

Духовные потребности

Выделяю время для рефлексии

Провожу время на природе

Ищу возможности общаться с людьми, близкими мне по духу, либо в частном порядке, либо в рамках определенного сообщества

Переживаю моменты вдохновения

Поддерживаю в себе оптимизм и надежду

Считаю, что в жизни существуют не только материальные ценности

Стараюсь иногда выходить из роли эксперта и не брать на себя ответственность за все

Открыт новому, неизвесшому

Знаю, что для меня важно, и определяю этому место в своей жизни

Медитирую

Молюсь

Пою

Провожу время с детьми

Переживаю моменты благоговения

Участвую в осуществлении того, во что верю
Читаю книги, которые меня вдохновляют, слушаю классическую музыку
Прочее
Условия работы
Делаю перерывы во время рабочего дня (например, на обед)
Позволяю себе поболтать с сотрудниками Выделяю достаточно времени для того, чтобы завершить определенную работу
Умею отстаивать свои границы с клиентами и коллегами Распределяю свое рабочее время так, чтобы избежать перегрузок в определенные моменты
Создаю себе удобное рабочее пространство Регулярно прохожу супервизию или консультируюсь с коллегами
Отстаиваю свои финансовые интересы (повышение зарплаты, получение льгот)
Участвую в группе профессиональной поддержки Уделяю время профессиональному росту не только в области работы с травмой, но и в других сферах
Прочее
Баланс
Стремлюсь к балансу в своей профессиональной жизни и в пределах каждого рабочего дня
Стремлюсь к балансу между работой, семьей, общением с людьми, игрой и отдыхом
Другие области заботы о себе, которые соответствуют вашей ситуации.

9.3 СУПЕРВИЗИЯ

Обязательным и необходимым условием успешной работы психотерапевта (психолога, консультанта) является предоставление ему супервизии и проведение с ним личной (индивидуальной) или групповой психотерапии. Супервизия – это сотрудничество двух профессионалов (более опытного и менее опытного или равных по опыту), в ходе которого консультант может описать и проанализировать свою работу в условиях конфиденциальности. Основная цель супервизии – помочь консультанту наилучшим образом ответить на потребности клиента (Соловейчик, 2002).

Супервизия позволяет консультанту поделиться своими чувствами, выявить и обозначить затруднения, возникшие в работе с клиентом, получить обратную связь, проанализировать причины своих затруднений, расширить свои теоретические представления, наметить пути дальнейшей работы с клиентом. Таким образом, в процессе супервизии консультант развивает и совершенствует свое профессиональное мастерство, но основной мишенью здесь является конкретный случай работы с клиентом. В этом главное отличие супервизии от личной терапии. Супервизия помогает обозначить личные проблемы консультанта, которые являются причиной его затруднений в терапевтических отношениях с клиентом, но работа с этими проблемами не является тут непосредственной задачей.

Структура супервизорской сессии соответствует структуре терапевтической (консультативной) сессии. Даже в том случае, когда договариваются о супервизии равные по статусу и опыту коллеги (то есть статус супервизора формально не определен), на момент сессии должны быть четко оговорены роли: кто в данный момент является супервизором, а кто супервизируемым, – и определены временные границы. Как и в консультативной сессии, при супервизии необходимо соблюдать структуру (от установления контакта до «заземления»), использовать навыки консультирования и соблюдать принципы обратной связи.

1. Супервизору необходимо концентрироваться на поведении, а не на личности: что человек делает, а не каким, по нашему мнению, он является. Используйте в своей речи глаголы, которые характеризуют действия, а не прилагательные, которые относятся к качествам.

2. Наблюдать, а не интерпретировать: что он сказал или сделал, а не *почему* (наши фантазии).

3. Описывать, а не судить и оценивать.

4. Быть конкретным, а не обобщать.
5. Уделять внимание информации и концепциям, избегая советов.
6. Ориентироваться на консультанта – давать то количество информации, которое он способен принять, а не то, которое вам хотелось бы дать.
7. Говорить о поведении, которое возможно изменить.

Таким образом, супервизорская сессия имеет определенный формат, и именно в этом ее специфика, именно этим определяется ее отличие от, например, дружеской беседы коллег на профессиональные темы.

В центре внимания в супервизии могут находиться самые разнообразные проблемы. Выбор фокуса работы определяется, в первую очередь, запросом со стороны консультанта. Исключение составляют ситуации, когда супервизор видит, что в работе консультанта что-то необходимо изменить во избежание нанесения вреда клиенту. В этих случаях, для того, чтобы супервизия была эффективной, супервизору рекомендуется выполнять следующие правила:

1. Скажите о своем беспокойстве.
2. Будьте конкретны в описании того, что беспокоит вас, скажите о своих чувствах, объясните, почему вы считаете нужным вмешаться.
3. Привлекайте супервизируемого к поиску разрешения ситуации, не приходите с готовыми решениями.
4. Если вы чувствуете сопротивление со стороны супервизируемого, переключитесь на активное слушание, поощряя его выражать свои чувства. Если консультант почувствует себя услышанным, вам легче будет вместе найти решение.
5. Проследите за тем, как решение проводится в жизнь. Бывают ситуации, когда изменения в работе консультанта не являются жизненно необходимыми, но вы видите, что можете подать интересную идею, которая расширит возможности консультанта. В этом случае супервизору необходимо получить от консультанта разрешение на вмешательство.

Формы организации супервизорской практики могут быть различными. Приводимый ниже перечень иллюстрирует (но не исчерпывает) возможное разнообразие форм организации супервизорской практики:

- 1) Под руководством супервизора
 - Один на один
 - Один на двоих
 - Группа под руководством супервизора
- 2) Смешанная форма
 - Супервизор осуществляет супервизию совместно с группой
- 3) Пары и «эксперт»
 - В группе – «эксперт» присоединяется к группе периодически (через заранее оговоренные промежутки времени)
 - Один на один – раз в две недели происходит парная супервизия, раз в две недели эксперт встречается с супервизируемым
- 4) Взаимная супервизия равных по статусу
 - Один на один
 - В группе

Работа группы и супервизии **один** на один проводится в следующем режиме: группа встречается раз в месяц, в промежутках пары встречаются еженедельно и меняются каждый месяц.

Иногда супервизия может проводиться в виде **параллельного процесса**. Это ситуация, когда то, что происходит между консультантом и супервизором, зеркально отражает то, что происходило между клиентом и консультантом. Часто это можно сравнить с отражением в нескольких зеркалах. Клиент в отношениях с консультантом воспроизводит стереотипную ситуацию своих отношений с внешним окружением, консультант в отношениях с супервизором (или группой) воспроизводит ситуацию своих отношений с клиентом. Когда супервизор улавливает наличие параллельного процесса,

он может постараться выстроить сессию так, чтобы консультант на своем опыте почувствовал, как можно в подобной ситуации выйти из тупика.

Когда клиент запрашивает у консультанта ответ на конкретный вопрос, консультант может выйти на супервизию с таким же конкретным вопросом. В ходе супервизорской сессии супервизор с особой тщательностью отрабатывает проблему своего контракта с консультантом: проясняет первичный запрос, формулирует рабочий запрос, заключает контракт, а после проработки проблемы фиксирует внимание консультанта на моменте выполнения первоначального контракта и заключения нового. То есть супервизор моделирует процесс.

Супервизорская группа организована по тем же принципам, что и любая другая тренинговая группа. А это значит, что в первую очередь участники должны договориться о групповом контракте. Кроме правил, обязательных для любой тренинговой группы: конфиденциальность, искренность, право «Стоп», «Я-высказывания», активность, – могут понадобиться иные правила или виды контракта.

Вынося свою работу на рассмотрение коллег, мы много сообщаем о себе, обнажаем свои уязвимые места, поэтому мы должны позаботиться об условиях, которые сделают нашу работу более безопасной.

Для того чтобы работа супервизорской группы была эффективной и действительно способствовала профессиональному росту, в ней должна присутствовать атмосфера открытости, атмосфера, которая позволяла бы каждому участнику свободно говорить о своих потребностях. Кроме того, это должно быть пространство, где каждый может рассказать не только о своих сложностях, но и о достижениях, о том, что удалось, чем он может гордиться. Опыт показывает, что участники охотно откликаются на предложение рассказать об удачах. Это занимает не много времени и повышает энергетику группы.

Вопрос о том, что предъявлять на супервизию, может быть, еще более тонкий, чем вопрос, что выносить на личную терапию. Бережное и внимательное отношение к этой проблеме может помочь каждому позаботиться о себе.

На группе участникам предлагается следующее упражнение:

Положите рядом с собой тетрадь. Постарайтесь расслабиться, сделайте несколько глубоких вдохов, сконцентрируйтесь на дыхании. Теперь просмотрите мысленным взором свою работу с клиентами на протяжении последней неде-ли-двух.

Попробуйте задать себе следующие вопросы: Что первое приходит в голову? Отметьте это и отпустите. Какими из своих сессий/клиентов, определенных моментов сессий вы довольны?

Что составляло для вас трудность?

Что вызывало и, может быть, до сих пор вызывает неуверенность?

Чего вы ожидаете от последующих сессий?

Есть ли какие-то тревоги по поводу конкретных клиентов?

Есть ли какие-то тревоги по поводу ваших взаимоотношений с определенным клиентом или с группой, с которой вы работаете?

Есть ли какие-то сомнения или тревоги по поводу чего-то, что вы предпочитаете не замечать? Постарайтесь определить свои чувства, а не проблемы. Какими из своих взаимодействий вы более всего довольны?

А теперь отметьте на листе бумаги, что вам запомнилось и что происходит с вами в данный момент, после того как вы обратились к этим вопросам.

1. Просмотрите свои записи о клиентах. Есть еще что-то, о чем для вас важно было бы поговорить? Дополните этими пунктами свой лист.

2. Представьте себе, что вы просматриваете видеозапись конкретной сессии или случая. Приходят ли в голову мысли или чувства, которые вы хотели бы или не хотели вынести на супервизию? Отметьте их.

3. Просмотрите свой лист. Отметьте буквой «Н» то, что не кажется вам достаточно значительным для супервизии, а буквой «О» – те пункты, о которых вы не хотели бы сейчас говорить, которые вы предпочли бы отложить (таких может и не быть). Остальные проранжируйте по степени важности.

4. Если в вашем списке есть пункты, помеченные буквой «О», попробуйте мягко исследовать, что останавливает вас? Чем вы рискуете, вынося эти вопросы на обсуждение с супервизором? Что вы можете получить, чему научиться, если вы все же вынесете эти вопросы на обсуждение?

Принципы построения супервизорской сессии в группе те же, что при индивидуальной супервизии. Однако наличие группы позволяет использовать более разнообразные техники работы со случаем, который консультант предъявляет на супервизию.

Самый простой и распространенный способ работы супервизорской группы – это групповое обсуждение.

Консультант рассказывает о своей проблемной ситуации, о своем затруднении в этой ситуации, формулирует запрос. Очень часто бывают ситуации, когда запрос консультанта звучит так: помогите мне сформулировать запрос. Иногда запрос звучит в очень общей форме (например, «как строить дальнейшую работу»), и для того, чтобы супервизия была эффективной, его необходимо конкретизировать. Таким образом, определенное время необходимо уделить тому, чтобы прояснить запрос консультанта. Пожалуй, это и есть основная функция и, одновременно, трудность для ведущего супервизорской группы – на стадии прояснения запроса удерживать фокус внимания участников на этой задаче, не допуская преждевременных решений, которые рискуют стать ответами на «ситуацию вообще», а не на конкретные трудности консультанта.

Итак, на стадии формирования рабочего запроса участники и ведущий проясняют чувства консультанта, задают вопросы, касающиеся ситуации клиента, а также взаимоотношений клиента и консультанта, обращают внимание на актуальное состояние супервизируемого. Очень часто в ходе такого прояснения консультант начинает видеть ситуацию несколько по-иному. Высвечиваются новые аспекты ситуации, меняются акценты, появляются новые гипотезы. Задача ведущего на этом этапе – отслеживать изменение запроса консультанта, периодически задавая ему вопрос о том, как изменилось его видение ситуации и на чем сейчас ему важно сосредоточить внимание. По окончании этого этапа ведущий подводит итог, формулируя основные вопросы. Консультант выбирает один основной вопрос или несколько разных вопросов. После чего участники группы делятся своими реакциями, идеями, предложениями. На этом этапе для ведущего так же важно отслеживать соответствие предложений запросу консультанта и супервизорскому контракту (то есть быть внимательным к тому, чтобы супервизия не превратилась в психотерапию).

Групповое обсуждение может являться как самостоятельной формой работы супервизорской группы, так и составной частью работы с конкретным случаем.

Работа супервизорской группы может также проводиться в форме ролевой игры. В этом случае консультант принимает на себя роль своего клиента, а кто-то из членов группы выступает в роли консультанта. Уже само пребывание в роли клиента дает консультанту новое видение. Кроме того, работа «консультанта» в ролевой игре и последующая обратная связь от других членов группы дают целый веер возможных способов работы в трудной ситуации. Однако ролевая игра не заменяет обсуждения, а служит как бы прологом к нему. После окончания игры и обратной связи проясняется запрос консультанта, и далее обсуждение идет по схеме, описанной выше.

Парная супервизия на группе также обучает технике супервизии. В течение 20 минут в центре большого круга работают консультант и супервизор. Затем наблюдатели дают супервизору обратную связь по процессу *ведения* супервизии, происходит обсуждение. После этого группа завершает обсуждение случая, представленного консультантом.

Процедура разбора случая на супервизорской группе часто использует принципы «миланской школы» семейной психотерапии и организована следующим образом.

В течение 20 минут проводится парная супервизия на группе? Затем – пятнадцатиминутная пауза, в течение которой ситуацию разбирают наблюдатели. Если в группе более десяти человек, наблюдатели могут разделиться на две или три малые

группы, не больше восьми человек каждая. Группа наблюдателей работает по методу «мозгового штурма», то есть без критики предлагаются любые идеи, ассоциации, образы, метафоры, имеющие отношение к ситуации клиента, взаимодействию клиента и консультанта, консультанта и супервизора. При этом консультант и супервизор не участвуют в обсуждении, но могут ходить от группы к группе и слушать рассуждения наблюдателей. Каждая группа фиксирует предложенные идеи и затем делится ими в большом кругу. После этого консультанту и супервизору дается еще десять минут на то, чтобы завершить ситуацию. Если этого оказывается недостаточно, можно выделить дополнительное время для завершения обсуждения в большом кругу.

Итак, выстраивается следующая структура:

Первый шаг – парная супервизия на группе.

Второй шаг – обсуждение в малых группах. Консультант и супервизор молча присоединяются к разным группам. Каждая из малых групп делится в большом кругу своими идеями, фантазиями и метафорами.

Третий шаг – завершение работы в паре консультант – супервизор.

Для обучения участников супервизорской группы опыту ведения тренинговой группы используется форма работы «Аквариум». Процедура организована следующим образом: внутри большого круга образуется малый круг из 6–7 участников. Один из них (по желанию) выполняет роль ведущего супервизорской группы, другой предъявляет ситуацию на супервизию. Участники разбирают случай, наблюдатели (большой круг) отмечают, что в поведении ведущего показалось им эффективным и что они предложили бы сделать иначе, а также делают свои заметки по ситуации супервизируемого. По окончании разбора ведущий получает обратную связь, затем в большом кругу участники обсуждают задачи, проблемы и трудности ведущего супервизорской группы. Если это необходимо, разбор ситуации, предъявленной на супервизию, завершается в большом кругу.

9.4 РАБОТА С ВТОРИЧНОЙ ТРАВМОЙ

При работе с вторичной травмой ряд исследователей предлагают в первую очередь начать с исследования причин, приведших консультанта в эту профессиональную область, и значения, которое имеет для него данная работа. Чтобы прояснить эти моменты, может быть использован подвид экзистенциального анализа, предложенный в работе Maslach-Pines (2001). Глубинные убеждения человека, набор его ценностных предпочтений, мотивов деятельности – это то, что может периодически приводить к ощущению потери ресурсов, снижению самооценки и т.п. Например, психолог убежден, что необходимо вылечить каждого клиента. При таком убеждении невозможно избежать неудачи, так как есть группа клиентов, которые не изменяются в силу тех или иных причин. При этом психолог будет считать свою терапию неудачной, а себя – недостаточно компетентным. Если данное убеждение изменить и принять, что некоторые клиенты к терапии в данный период времени еще не готовы, то такие случаи психолог будет считать бесценным обучающим опытом. При этом ресурсное состояние специалиста будет накапливаться, а не теряться.

Автор предлагает рассматривать и анализировать причины, приведшие терапевта к выбору своей деятельности. Работа над первоначальными дефицитами, восполнению которых служит непосредственная деятельность психотерапевта, может привести к существенному снижению риска выгорания в работе. Пересматривая свою деятельность в рамках экзистенциального направления, психологи (консультанты) смогут не только легче выходить из стрессовых состояний, но и уравновешенней на них реагировать. Основной вопрос не как избежать стресса, перегрузки, потери ресурса, а как к этому относиться.

Другим подходом, предложенным Evans. Villavisanis (1997), является восстановление или создание соответствующего уровня коммуникаций. Эти авторы исходят из предпосылки, что, поскольку одним из проявлений выгорания является нарушение коммуникативной составляющей межличностных отношений, восстановление

ее может привести к уменьшению воздействия синдрома. Они приводят к нескольким этапам восстановления коммуникаций, субъектами которых чаще всего являются коллеги терапевта. Во-первых, это социальная интеракция: под этим довольно размытым термином Эванс понимает простое неструктурированное общение, происходящее чаще всего в обстановке пикника или обеда, сама обстановка которого ненавязчиво «ломает лед». Вторым этапом может стать групповой обмен: ведущий плавно переводит группу в режим более структурированной дискуссии, темой которой чаще всего является синдром выгорания и его воздействие. К работе группы применимы те же принципы, что и к работе стандартной Т-группы или группы встреч (Ялом, 2001). Заключительным этапом работы может стать возврат к неструктурированному общению, во время которого члены группы могут поделиться впечатлениями и завязать социальные контакты. Групповые занятия проводятся регулярно, и создаваемые или восстанавливаемые навыки социальной коммуникации становятся основой снижения стрессов и риска выгорания.

С практической точки зрения существует два основных подхода к работе с вторичной травмой (Ильина, Соловейчик, 2000; Соловейчик, 2002):

1. Забота о себе и снижение уровня стресса.

2. Трансформация негативных убеждений, чувства отчаяния, утраты смысла и безнадежности.

Снижение стресса:

1. Забота о себе (стремиться к равновесию и гармонии, вести здоровый образ жизни, удовлетворять потребность в общении).

2. Удовольствие (релаксация, игра).

3. Умение отвлекаться от переживаний, связанных с работой.

Трансформация отчаяния:

1. Стремление находить смысл во всем – как в значительных событиях жизни, так и в привычных, обыденных действиях.

2. Стремление бросить вызов негативным убеждениям и отчаянию. '

3. Создание сообщества.

Выделяют три аспекта работы со вторичной травмой – осознание, баланс и связь

Осознание касается всех аспектов наших переживаний: снов, воображения, чувств, телесных ощущений. Осознанию необходимо уделять специальное время, невозможно быть осознающим, если вы постоянно что-то делаете.

Баланс имеет отношение и к внешней, и к внутренней жизни. Баланс работы и отдыха, физической и умственной активности и т.д., внутреннее равновесие.

Связь с другими людьми и с чем-то высшим. Человек, переживший травму, склонен видеть лишь одну, негативную сторону мира. Поэтому специалисту помогающей профессии так важно сохранять целостное видение мира, не терять ощущение связи с другими людьми и чем-то высшим – природой, Богом, искусством, иначе вместе с клиентами мы потеряемся в мире жестокости и страдания.

Первый шаг в работе с вторичной травмой – принять ее существование, на глубоком уровне признать свои внутренние проблемы и свою боль. Дорогу к изменениям открывает полнота осознания, наполненность смыслом (mindfulness) – то есть принятие каждого момента без попыток изменить или осудить происходящее.

В профессиональной сфере для успешной работы с вторичной травмой необходимо:

- Соблюдать баланс в работе – не браться за работу с несколькими тяжелыми клиентами одновременно, позволять себе делать перерывы, расслабляться, выполнять физические упражнения, прогуливаться, иногда даже вздремнуть.

- Поддерживать отношения с коллегами: слушать и рассказывать, получать и давать помощь.

- Получать супервизию, посещать тренинги.

- Целенаправленно работать с вторичной травмой, то есть иметь пространство, где можно говорить о чувствах, которые вызывает работа, о взаимосвязи личной истории и профессиональной роли. Эта работа может происходить как в форме индивидуальных

консультаций, так и в группах реабилитации и профессиональной поддержки специалистов.

В организационной сфере – организационное обеспечение вышеприведенного.

В личной сфере основная стратегия заключается в том, чтобы иметь какую-либо определенную стратегию. Если работа станет содержанием вашей жизни, от этого пострадает и жизнь, и работа. Кроме того, это будет плохой моделью для ваших клиентов и обеднит личность. В своей личной жизни

важно найти возможность проявить себя в качестве, противоположном тому, которое требуется на работе. Например, если работа требует от вас быть собранным, следовать правилам, важно найти пространство, где вы можете быть спонтанным, глупым, бездумным.

Очень серьезной проблемой для специалиста, работающего с травмой, могут стать навязчивые образы, связанные с историями клиентов. Поэтому здесь мы хотим привести некоторые рекомендации по поводу работы с этой проблемой:

– Вы можете поделиться своими переживаниями с коллегой, и это может снизить эмоциональный накал.

– Можно попытаться понять, почему именно этот образ завладел вами, что задевает в вас это представление, какая ваша невысказанная потребность говорит через этот образ.

– Можно использовать направленное воображение и попытаться трансформировать образ, вводя в него дополнительные элементы. Например, вводя в сцену насилия сказочного волшебника или наделяя себя самого нечеловеческой силой, способной справиться с агрессором. Или представляя, как насильник превращается в жабу на ходулях. Или представляя вокруг ребенка, подвергнувшегося нападению, защитное облако, которое делает его недостижимым для нападения.

Таковы общие направления **профилактики и снижения интенсивности** влияния вторичной травмы.

Ниже приводятся конкретные упражнения, которые можно использовать при работе с вторичной травмой как в группах реабилитации и профессиональной поддержки, так и при индивидуальной работе. Приведенные упражнения взяты из следующих работ: Ильина, Соловейчик (2000); Бадхен (2001).

Упражнение / «Знакомство»

Ведущий: Чтобы представиться, предлагаю вам назвать свое имя и сказать, чем вы занимаетесь. Затем назовите что-то одно, что приносит вам наибольшее удовлетворение в работе, и что-то одно, что является источником стресса или вызывает негативные эмоции.

Или: Скажите, что побудило вас выбрать эту работу? Чего вы хотели достичь, что совершить? Какие трудности предвидели?

Упражнение 2

«Личные признаки вторичной травмы»

Первая ступень

Запишите три признака вторичной травмы, которые вы можете обнаружить в своей повседневной жизни. Потом я предложу вам поделиться с другими тем, что вы написали. Ваш список может выглядеть, например, следующим образом:

1. Я перестал по вечерам смотреть новости.
2. Когда кто-то из моих близких задерживается, я беспокоюсь и предполагаю наихудшее.
3. Я стал часто плакать над фильмами или даже историями, которые передают по радио.

Или:

1. Я смотрю телевизор весь вечер, пока не настанет время ложиться спать.
2. Я стал реже бывать в компаниях, а когда все же иду куда-нибудь, я больше не рассказываю никому, где я работаю и чем занимаюсь.
3. Я стал нетерпеливым и раздражительным со своими детьми – я постоянно

беспокоюсь об их безопасности и слишком их опекаю.

Вторая ступень: «Молчаливый свидетель»

Ведущий: «А теперь встаньте и молча походите по комнате. Я предлагаю вам поделиться тем, что вы написали, с другими, но не нужно комментировать или разговаривать о написанном. Просто читайте, что написано у другого. Мы будем делать это на протяжении 5 (или 10) минут».

Ведущий тоже может принимать участие в упражнении. Комментарий: Некоторым участникам может быть трудно поделиться с другими своими записями. Они могут остаться наблюдателями. Ведущий в процессе выполнения упражнения может показать им свой список. Даже если после этого они по-прежнему пожелают остаться в стороне, то все же будут чувствовать себя более включенными в общее действие.

Если передвижение по аудитории затруднительно или время ограничено, можно предложить поделиться списками только с соседями.

Следующим шагом может быть предложение поделиться своими впечатлениями всем вместе или в малых группах.

Упражнение 3 «Стратегии самопомощи»

Мозговой штурм – ответить на вопрос: «Что вы можете сделать, чтобы снизить свой уровень стресса? Что вы делаете, чтобы позаботиться о себе, доставить себе радость?»

Ведущий записывает на большом листе предложения участников.

После того как предложения были высказаны и зафиксированы, ведущий задает следующий вопрос: «Каким образом данные стратегии могут трансформировать вторичную травму? Что еще вы можете для этого сделать? Попробуйте найти смысл, наполнить значимостью привычные виды деятельности, осознать, как они могут противостоять негативным переменам».

Первый список может выглядеть так:

1. играю в мяч со своими детьми
2. читаю, лежа в гамаке
3. плаваю
4. работаю в саду
5. занимаюсь хоровым пением
6. смотрю телевизор

Второй список может выглядеть так:

1. играю в мяч со своими детьми, разделяя их радость, любопытство к жизни, ощущение безопасности
2. гуляю по лесу и наслаждаюсь красотой природы
3. встречаюсь с друзьями, стараюсь оценить роскошь человеческого общения
4. работаю в саду, медитирую

Упражнение 4 «Обещание самому себе»

1. Запишите три вещи, которые вы могли бы сделать в каждой из трех областей – профессиональной, организационной и личной – для работы со вторичной травмой.

2. Поставьте звездочкой те пункты в каждом разделе, которые вы можете выполнить в течение следующего месяца.

3. В каждом разделе подчеркните тот пункт, который вы можете попробовать реализовать уже на следующей неделе.

Ваш лист может выглядеть примерно так: **Личная сфера**

1. Взять отпуск
2. Делать зарядку*
3. Встретиться с близким другом*

Профессиональная сфера

1. Пойти на прогулку*
2. Договориться о супервизии*
3. Брать перерыв после каждых трех сессий

Организационная сфера

1. Провести дискуссию о вторичной травме*

2. Собраться для обсуждения литературы

3. Устроить вечеринку сотрудников*

Упражнение 5

«Оценка личного плана по работе со вторичной травмой»

Просмотрите лист своих планов по работе со вторичной травмой и попробуйте ответить на следующие вопросы:

1. Эта деятельность помогает мне уйти от мыслей о работе?

2. Могу я придать этой деятельности некий новый смысл?

3. Может ли эта деятельность дать мне ощущение связи с чем-то большим, чем Я? Или осознание новых аспектов жизни?

4. Что будет, если я попробую осуществлять эту деятельность с полным осознанием, то есть максимально полно рефлексирюя свои мысли, чувства, телесные ощущения?

Упражнение 6

«Основные потребности консультанта»

Для того чтобы расти, развиваться и сохранять творческую форму, консультанту необходимо иметь возможность:

1. описать словами свою работу в условиях конфиденциальности.

2. получить обратную связь/руководство

3. постоянно развивать профессиональные навыки, получать новые знания

4. «выпускать пар», если чувствуется злость, усталость от перегрузок, теряется вера в себя

5. уважать свои чувства – как позитивные (радость, удовлетворение), так и негативные (подавленность, горечь неудачи)

6. Чувствовать, что коллеги тебя ценят Подумайте:

– Какие из этих потребностей удовлетворены в настоящий период вашей жизни в достаточной мере?

– Какие из этих потребностей удовлетворяются не полностью или не удовлетворяются вообще?

– Что вы могли бы сделать в своей нынешней ситуации, чтобы удовлетворить эти потребности? Постарайтесь быть максимально конкретными в ответе на этот вопрос. Подумайте о том, где вы могли бы удовлетворить эти потребности, кто мог бы вам помочь, кто или что может этому помешать – во внешней ситуации или в себе самом. С какими трудностями вы можете встретиться, в чем вы нуждаетесь, чтобы их преодолеть? и пр.

Если упражнение выполняется в группе, поделитесь своими ответами с партнером, затем в общем кругу.

Проанализировать причины внутренних барьеров, мешающих позаботиться о себе, поможет следующее упражнение.

Упражнение 7

«Что мне мешает позаботиться о себе»

Выберите партнера для упражнения, в котором вы постараетесь определить, как вы должны позаботиться о себе и что мешает вам это сделать.

Опишите ситуацию.

Возьмите на себя роль той части, которая нуждается в помощи, и выразите ее в действиях.

Возьмите на себя роль той части, которая мешает вам позаботиться о себе, и выразите ее в действиях.

Пусть партнер возьмет на себя эти роли.

Обсудите альтернативы и выразите это в действиях.

Вариант: Упражнение выполняется в тройках. После того как протагонист определяет части и находит способы их выражения, он создает скульптуру, где партнеры берут на себя роли разных частей.

Упражнение 8

«Подкрепляющие и ограничивающие сообщения»

Еще один подход к заботе консультанта о себе разработан в рамках транзактного анализа. Он основан на осознании и проработке подкрепляющих и ограничивающих сообщений, звучащих в каждом из нас и способствующих нашему личностному и профессиональному росту или тормозящих его.

Примеры ограничивающих сообщений:

- Не чувствуй! Не будь эффективным! Этого недостаточно!
- Не проявляй инициативу! Не будь слишком любопытным! Не делай ничего!
- Не доверяй своей интуиции! Не живи согласно своим чувствам! Не иди навстречу своим потребностям!
- Не думай! Не злись! Не отделяйся от других! (Иди на компромиссы!)
- Не будь здравомыслящим! Не будь сильным! Не будь прямым! Не люби!
- Не будь тем, что ты есть! (Будь таким, каким другие хотят тебя видеть!)
- Не спорь! Не делай ошибок! Примеры подкрепляющих сообщений:
- Живи, исследуй мир, питай свои чувства! Это хорошо!
- Ищи свои границы, учись говорить «нет», будь самостоятельным, отделенным от других! Это хорошо!
- Это нормально – иметь свой взгляд на мир, быть тем, что ты есть, пробовать свои силы!
- Это нормально – учиться думать по-своему, искать свои собственные моральные принципы и убеждения.

Подкрепление – это ваше собственное позитивное утверждение о самом себе или о какой-то одной стороне вашей личности (о чувствах, уме, душевных качествах). Обычно оно выражается в виде Я-высказывания и в настоящем времени, то есть «Я обладаю...», «Я являюсь...».

Если вы записываете подкрепление, используйте разговорный язык и простые, короткие фразы. Пробуйте различные формы высказывания и повторяйте их столько раз, сколько захотите. Если сможете – скажите свою подкрепляющую фразу вслух, можете даже записать ее на магнитофон и потом послушать.

Подкрепления – это здоровые сообщения, которых вы не слышали в детстве или слышали недостаточно. Более того,

часто подкрепляющие утверждения противоположны по своему содержанию внутренним убеждениям, прямым или косвенным сообщениям, которые вы усвоили с детства, например:

Я люблю себя (Я недостоин любви)

Я доверяю миру (Я всегда должен быть настороже)

У меня прекрасный брак (Любой брак – это жалкий компромисс)

Я доверяю своим чувствам во всем, что я делаю или хочу сделать (Чувства только вредят ясности мышления)

Я доверяю себе (Я подозрителен)

Использование подкрепления в процессе обучения и изменений может состоять в том, чтобы сформулировать свою цель в настоящем времени, так, как будто она уже достигнута:

Я хочу быть довольным собой – Я могу быть довольным собой.

Упражнение 9 «Подкрепление»

1. Подумайте о своей проблеме. Постарайтесь определить, какие ограничивающие сообщения создают или поддерживают эту проблему.

2. Какие подкрепляющие сообщения можно было бы им противопоставить.

3. Определите, к какой задаче развития нужно обратиться.

Далее упражнение выполняется в парах (участники А и В).

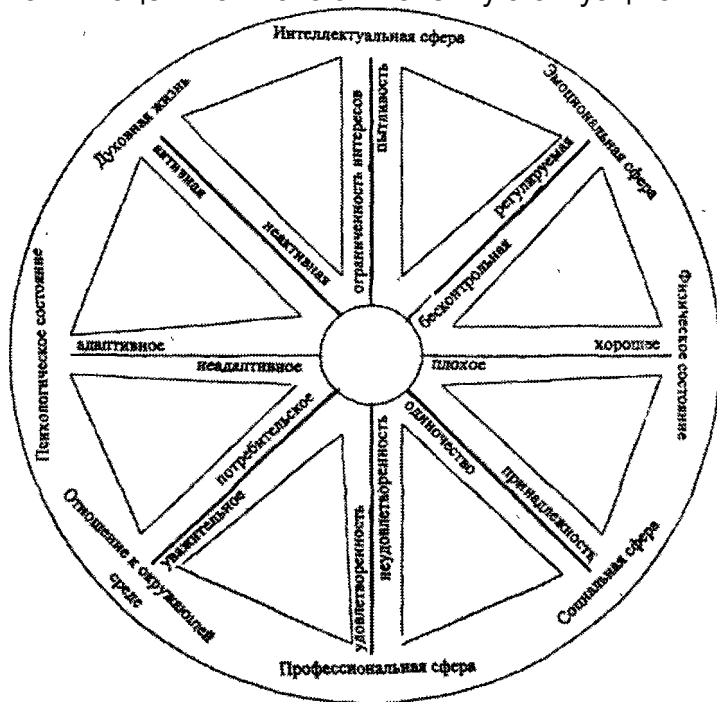
Подумайте о ситуации в своей жизни, которую вам хотелось бы изменить. В каком подкреплении вы нуждаетесь для того, чтобы осуществить это изменение? А говорит

вслух свое подкрепляющее высказывание В. В сообщает А свое подкрепляющее высказывание.

Упражнение 10

«Колесо личного благополучия»

Наша профессиональная жизнь не существует изолированно. Она вплетена в ткань нашего повседневного существования. Хотя понятие «выгорания» связывают преимущественно с работой, но невозможно не признать, что все сферы нашей жизни взаимосвязаны и взаимно влияют друг на друга. Потому время от времени необходимо отражать и оценивать свою жизненную ситуацию в целом.



ИНСТРУКЦИЯ

1. Отметьте точкой на каждой спице колеса то, как вы оцениваете свое состояние в данный момент.
2. Проведите линию, последовательно соединяющую эти точки друг с другом.
3. Сравните контуры «идеального колеса» с той фигурой, которая получилась после соединения точек.

Теперь попробуйте оценить себя:

1. Какая сфера жизнедеятельности у вас наиболее благополучна? Какая наименее благополучна?
2. Рассмотрите получившийся от соединения точек контур. Похож ли он на круг? Может ли ваше колесо «катиться по жизни»? Какие чувства оно у вас вызывает?
3. Что бы вам хотелось изменить?
4. Перечислите шаги, которые вам необходимо сделать, чтобы достичь этих изменений.

Упражнение 11

«Что делает меня уязвимым»

Каждый из нас испытывает на себе влияние окружения, внешних обстоятельств, связанных с работой, личной историей и актуальными жизненными обстоятельствами. Наличие или отсутствие семьи, детских травм, слишком требовательное начальство, невозможность получить профессиональную поддержку, перегрузки на работе – все это может сказываться на нашем состоянии. Уделите время тому, чтобы сформулировать для себя, что в вашем прошлом и настоящем, в области профессиональной или личной усиливает вашу ранимость. Этот список для вашего личного употребления.

Упражнение 12

«Лист пожеланий для вашей организации»

Если бы в вашей организации признавали существование вторичной травмы и необходимость работать с ней, что в ней происходило бы иначе? Изменилась бы структура, стратегия, представление о ценностях?

Упражнение 13

«Идеальная производственная ситуация»

Если бы вы сами создавали любые условия, все, что вам нужно для хорошей работы, что бы вы сделали? Представьте идеальную ситуацию для своей работы.

Упражнение 14

«Список личных ресурсов»

Составьте список своих ресурсов. Подумайте и о внешних, и о внутренних источниках: людях, которые вас окружают, местах, где вы хотели бы побывать, вещах, которые хотели бы иметь, творчестве, любви, искусстве...

Упражнение 15 «Поощрения»

Составьте список того, что вы получаете позитивного от своей работы. Как вы профессионально выросли, чему научились?

Каких успехов вы достигли в работе с клиентами? Что приносит вам радость? Перечитывайте свой список постоянно и дополняйте его новыми пунктами.

Упражнение 16 «Идентификация потребностей»

1. Разделите лист пополам. В левой половине отметьте признаки вторичной травмы, которые вы обнаружили у себя. В правой колонке против каждого из признаков напишите, какая потребность в результате страдает: (а) безопасность, (б) доверие, (в) самооценка, (г) контроль, (д) близость, (е) система представлений о мире – или, может быть, ущемляются сразу несколько потребностей.

2. Выделите, какие потребности больше всего страдают, и наметьте три пути их удовлетворения.

Упражнение 17

«Линия вашей профессиональной жизни»

Необходимые материалы: фломастеры (по крайней мере, по три цвета на каждого), бумага (стандартный листок для принтера или рулон обоев).

Вступление ведущего: Большинство из нас выбирают помогающую профессию, потому что нам свойствен некоторый идеализм, мы являемся социально активными или для нас очень важно чувство связи с другими людьми. Чаще всего при выборе этой профессии человеком движут не только финансовые соображения, мы делаем эту работу потому, что она нам интересна. И так же, как наши клиенты растут и меняются в процессе нашей работы с ними, так же и мы развиваемся и меняемся.

На листе бумаги, который лежит перед вами, начертите горизонтальную линию посередине листа. Эта линия отражает ваше бытие в помогающей профессии от того момента, когда вы впервые решили, что будете работать именно в этой области. Кто-то выбрал эту профессию довольно рано, кто-то пришел в нее, попробовав себя вначале в чем-то другом. В крайней левой точке этой линии напишите год, когда вы решили, что будете работать в области помогающей профессии, в крайней правой точке – нынешний год.

А теперь проставьте годы между этими точками. Вы можете делать равные интервалы между отметками, но если какие-то годы казались вам более долгими, можете это отразить.

В левом краю линии тем цветом, который, по вашему мнению, подходит, напишите несколько прилагательных, описывающих вас, каким вы были, когда приняли решение выбрать для себя помогающую профессию. Вы можете описать себя, свою личность, присущие вам от природы качества, которые, как вы считали, должны были помочь вам достичь успеха в этой профессии. Подумайте о том, какой фразой вы могли бы описать свои убеждения, свое видение мира в тот период, и запишите эту фразу.

Теперь я предлагаю вам сделать следующие две вещи:

1. Поверх линии над соответствующими годами отметьте события, важные для вашей профессиональной жизни: начало обучения в учебном заведении, первая работа

(в сфере помогающей профессии).

2. Под линией, также под соответствующими годами, отметьте важные события вашей личной жизни – начало или завершение значимых для вас отношений, рождение ребенка, смерть близкого человека, переезды, моменты кризисов и интенсивного роста.

Теперь подумайте о тех клиентах, которые запомнились вам, с которыми вы работали долгое время. Кто эти люди, которые повлияли на вас как на профессионала и человека? Это могут быть самые трудные ваши клиенты или те, с которыми вам было особенно приятно работать, кто вас научил чему-то, кто плодотворно сотрудничал, или тот, кто ранил вас, вызвал чувство беспомощности. Эти люди помогали вам изменяться и оставались с вами, став частью вашего профессионального опыта. На своей линии нанесите инициалы этих клиентов над теми годами, когда вы работали с ними.

Теперь в правом конце, у сегодняшней даты, сделайте описание себя, каким вы являетесь сегодня. Напишите также фразу, которая отражала бы ваше видение мира на сегодняшний день.

А теперь самостоятельно или вместе с партнером исследуйте линию своей профессиональной жизни.

– Какие общие черты или различия вы обнаруживаете между событиями вашей профессиональной и личной жизни?

– Как, по вашему мнению, связаны переходные моменты, периоды интенсивного роста в вашей личной жизни и работа с клиентами, которые вам запомнились больше всего?

– Какие гипотезы появляются у вас?

– Сравните обе фразы, которые отражают ваше видение мира. Каким образом оно изменилось? Эти изменения связаны с вашей работой? Отражают ли они вторичную травму?

Упражнение 18 «Мусорное ведро»

Посреди круга ставится большое закрытое крышкой мусорное ведро с надписью, предупреждающей о том, что в нем находятся смертельно опасные яды. Участникам группы предлагается выбросить в это ведро свои «отравляющие» истории, иногда в молчании, иногда с прощальной речью. Участники могут создавать символические отображения этих внутренних ядов, например, рисуя болезненные чувства и симптомы вторичной травмы. Невыносимо тяжелые истории клиентов, отвратительная правда, поруганная вера – все это может стать содержимым мусорного ведра.

Упражнение 19 «Возрождение»

После символического избавления от токсинов участникам полезно предложить ритуал возрождения – жизни, радости, смеха. Например, зажечь свечи как символ света истины, спеть, сделать какое-то упражнение, подарить друг другу некий символ исцеления и здоровья.

Упражнение 20

«Скульптура вторичной травмы»

Участники работают в парах. В каждой паре один участник скульптор, другой – глина, подвластная любому желанию скульптора. Скульптор лепит из партнера свои переживания, связанные с вторичной травмой. Затем «скульптор» и «глина» делятся своими чувствами, мыслями, представлениями. После этого скульптору предлагается степить антитезу первой скульптуре, поразмышляв о своих чувствах, и затем поговорить о том, что изменилось.

Упражнение 21

«Скульптура психотерапевта»

Участники работают в парах. Каждый по очереди создает из своего партнера скульптуру себя-психотерапевта. Разговаривать рекомендуется как можно меньше. После того как каждый участник побывал в обеих ролях, каждый представляет свою скульптуру группе. Затем происходит обсуждение.

Упражнение 22 «С позиции лампы»

Участникам предлагается принять на себя роль любимого предмета мебели из

своей комнаты и описать с позиции этого предмета своего владельца.

Упражнение 23

«Цвет и трансформация»

Это упражнение требует двух ведущих. Пока один дает инструкции, другой раскладывает материалы: бумагу, карандаши, пастель, фломастеры разных цветов.

Ведущий: «Я предлагаю вам закрыть глаза. Найдите время обратиться к себе... отвлекитесь от ваших повседневных забот, планов, дел, расписания, запланированных встреч; переключите внимание на собственные чувства и впечатления. Глубоко вздохните и обратитесь к себе, к своему внутреннему миру. Теперь, удерживая это состояние сосредоточенности на своем внутреннем мире, медленно откройте глаза и спокойно, без внутренней суеты, посмотрите на те материалы, которые лежат здесь перед вами. Сосредоточьте свое внимание на цветах и прислушайтесь к тому внутреннему отклику, который возникает у вас. Выберите несколько цветов, которые притягивают вас в данный момент. В процессе выполнения упражнения вы сможете изменить свой выбор, в зависимости от того, как будут меняться ваши чувства, ваше состояние. Возьмите лист бумаги и вернитесь на свое место, стараясь удерживать фокус внимания на своих -внутренних ощущениях. Закройте глаза и позвольте себе осознавать все то, что происходит с вами, свои чувства».

Упражнение 24 «Рисунки»

Участникам предлагается сделать последовательно три разных рисунка, которые помогут им подумать о своей работе с помощью собственного творчества.

Инструкция ведущего:

1. Вспомните те моменты, когда вы чувствовали себя в наибольшей степени самим собой. Может быть, это было связано с профессиональной ролью, когда вы чувствовали, что нравитесь себе как психотерапевт, а может быть – в личной жизни, когда вы ощущали, что полностью выражаете свою сущность, что вы раскрепощены, активны, открыты, отражаете то, что происходит вокруг и внутри вас, способны к творчеству. Вы можете сосредоточиться на чувствах или на образе, который возникает у вас. Повторяю, это может быть опыт, который вы пережили в профессиональной или личной жизни, но я предлагаю вспомнить момент, когда вы чувствовали себя здоровым и спокойным и в то же время оставались достаточно чутким и внимательным, открытым новому опыту. Итак, сосредоточьтесь на чувстве или образе. И теперь, когда вы осознали чувство или увидели образ, выберите цвета, чтобы выразить это на бумаге, – продолжая удерживать внутренний фокус, выразите образы и чувства с помощью цветов и форм. Можете делать это любым способом, используя образ дерева, человеческой фигуры или просто цветовые пятна различной формы.

2. Для второй части я предлагаю вам перенести фокус своего внимания на чувства, впечатления, образы и другие аспекты внутреннего опыта, которые вы переживали с трудными для вас клиентами. Вспомните образы и чувства, связанные с их историями, с чем они боролись внутри себя и в своей работе с вами. Может быть, вы вспомните случаи, когда чувствовали, что ничем не можете помочь клиенту. Это могут быть образы навязчивые, болезненные или тревожащие вас. И вновь используйте цвета и образы, чтобы выразить эти чувства на бумаге.

3. Теперь сделайте глубокий вдох и выдох. Я предлагаю вам вспомнить то место мира и покоя, с которым был связан первый рисунок. Дышите глубоко. Теперь, удерживая в фокусе внимания оба рисунка сразу, обратитесь к образам, цветам и чувствам, которые вы выразили во втором рисунке. Не спеша посмотрите, как можно трансформировать эти переживания, эти чувства, этот рисунок в образ или переживание, которые будут для вас источником силы или надежды в этой трудной работе.

Обсуждение

1. Теперь найдите партнера и поговорите с ним о том, что вы только что проделали. Как вы себя ощущали, выражая свои чувства в цветах и образах? Поделитесь своими наблюдениями, опытом, открытиями. Какой вы нашли способ трансформировать болезненные образы и чувства?

2. Попробуйте просто слушать друг друга, не пытаясь интерпретировать, структурировать, анализировать, помогать или судить. Не пытайтесь решать проблемы, просто слушайте.

3. Те, у кого есть такая потребность, могут поделиться своими чувствами и впечатлениями вместе со всеми. Что вы узнали о себе? Что открылось вам? Что вы извлекли из этого упражнения такого, что вы можете взять с собой?

Упражнение 25 «Нарисуйте дерево»

Первая инструкция просто звучит: «Нарисуйте дерево» (5–10 минут). Когда рисунок будет завершен, дается новая инструкция:

1. «Нарисуйте умиротворяющее дерево», – затем, следующая:
2. «Нарисуйте раненое дерево», – и наконец:
3. «Нарисуйте целительное дерево».

Затем участникам предлагается представить группе свои рисунки и поделиться своими чувствами, связав их со своей работой.

Упражнение можно закончить воображаемой ситуацией, визуализацией, когда каждому предлагается подойти к тому дереву, которое он выберет.

Упражнение 26

«Дерево в течение рабочего дня»

Это вариант упражнения «Нарисуйте дерево», в котором участникам предлагается нарисовать дерево, отражающее их самоощущение в начале рабочего дня, затем – в конце рабочего дня, и наконец, – после удачно проведенной сессии. Рисунки демонстрируются группе, и участникам предлагают поделиться впечатлениями. Например, можно задать вопрос: «Что эти образы говорят вам о том, как работа влияет на ваше самочувствие?» Участники могут обнаружить, что работа как истощает, так и восстанавливает силы.

Упражнение 27 «Направляемое воображение»

Упражнение длится от 10 до 20 минут и состоит из общей релаксации, основной части, выхода и последующей дискуссии.

Нужно быть готовым к парадоксальным реакциям участников, которые могут впасть в транс. Некоторые участники могут просто сидеть с открытыми глазами и отмечать мысли, чувства и образы, которые приходят к ним со словами ведущего. Кто-то может просто покинуть комнату, и это нормально.

Из приведенных ниже трех упражнений первое расписано полностью, вторые два – с сокращенными первыми фазами.

Упражнение 28 «Принятие эмоций»

Вступительная часть

Ведущий: Как профессионалы, работающие с травмой, мы постоянно встречаемся с сильными и порой тягостными чувствами, которые пробуждают в нас истории наших клиентов и работа с ними. Со временем это может приводить к возникновению вторичной травмы. Данное упражнение направлено на то, чтобы помочь вам, с одной стороны, принять ваши тяжелые чувства, и с другой стороны – осознать, получить доступ к той глубинной целительной энергии, которая всегда присутствует в каждом из нас.

Первой ступенью будет глубокая релаксация в безопасном месте, которое вы создадите в своем воображении.

Затем я предложу вам побыть в этом безопасном месте вместе со своей болезненной эмоцией, вызванной работой с клиентами или реакцией контрпереноса на конкретного человека. Это может быть чувство беспомощности, стыда или какое-то более общее чувство утраты радости, дискомфорта.

Пребывая с этим чувством, попробуйте позволить ему говорить с вами, отстраняясь от негативного суждения о нем и желая его избежать. Попробуйте оставаться с этим чувством и подружиться с ним, переживая его настолько полно, насколько сможете в настоящий момент, не напрягая себя. Войдя в это чувство, можно идентифицироваться с его энергией, позволить этой энергии слиться с вашей и наполниться ощущением жизни, которое приносит подлинная встреча с этим чувством.

Затем расстаньтесь с этим чувством и после короткого отдыха в безопасном месте вернитесь в свое обычное состояние.

Релаксация

Сейчас я предлагаю вам закрыть глаза. Устройтесь поудобнее. Попробуйте расслабиться, руки могут свободно лежать вдоль тела или на коленях. Сосредоточьтесь на дыхании. Воздух входит и выходит. Входит и выходит. С каждым вдохом вы чувствуете все большее расслабление и покой. С каждым выдохом уходит напряжение. Воздух входит и выходит. Входит и выходит. Опускайтесь все глубже в состояние расслабления, ощущая, как удобно располагается в кресле ваше тело, прислушиваясь к моему голосу и к своему дыханию. По мере того как вы слышите мой голос, ваше дыхание становится все более глубоким, вы делаете медленный, глубокий, спокойный вдох, воздух проникает до самого живота. Вы дышите спокойно и глубоко, продолжая отмечать, как с каждым вдохом вы становитесь все более расслабленным, вашему телу удобнее, а с каждым выдохом остатки напряжения медленно и мягко покидают все участки вашего тела.

Воздух входит и выходит. Входит и выходит. Позвольте каждому мускулу вашего тела расслабиться, вы расслабляетесь все больше и больше, а ваше дыхание становится все медленнее и глубже. Позвольте ощущению расслабления распространиться к верхушке головы, затем вниз через мышцы лица и шеи, в плечи, теперь оно распространяется по рукам и

верхней части тела. И по мере того как по вашему телу распространяется ощущение расслабления, вы чувствуете, как оно выталкивает все напряжение, ниже, через руки, кисти и пальцы в воздух, далеко, далеко от вас. Вы можете чувствовать приятное тепло внутри.

Продолжая вдыхать и выдыхать, вы осознаете волны расслабления, которые распространяются по всему телу. Ниже, через таз в ноги... эти волны выталкивают оставшееся напряжение, вниз, через ноги, ступни и кончики пальцев наружу, в воздух. Все ваше напряжение вытекает в пространство, далеко от того места, где вы находитесь теперь. Вы чувствуете себя хорошо, удобно, расслабленно, ощущаете опору. Отмечайте, как ощущение расслабления движется вместе с вашим дыханием. Воздух входит и выходит. Входит и выходит. Расслабление и отдых. И если в какой-то момент вы почувствуете напряжение или тревогу, вы сможете снова вернуться к своему дыханию, этому надежному ритму вдоха и выдоха, и это поможет вам восстановить связь с состоянием расслабления и ощущением почвы под ногами.

Безопасное место

Теперь представьте, что вы находитесь в приятном и защищенном месте. Это может быть место, где вы уже бывали – на природе (в лесу, в горах, на море) или в помещении, это может быть и место, которое вы раньше уже воображали или впервые вообразили теперь. Что бы вы ни представили, это должно быть очень удобное, безопасное и приятное для вас место. Не спеша насладитесь пребыванием в этом месте, продолжая отслеживать свое дыхание – вдох и выдох... вдох и выдох – ощущая расслабление, покой, опору. Ваше дыхание поддерживает вне, и вы ощущаете полный комфорт. Все страхи уходят, потому что вы всегда можете вернуться в это приятное, защищенное место, которое вы представили себе, и сосредоточиться на своем дыхании, чтобы сохранять чувство расслабления и покоя.

Основная часть

Оставаясь в этом спокойном месте, вспомните случай из вашей практики. Это может быть ситуация, в которой вы переживали тяжелые чувства, которую вам трудно было вынести, или ситуация длительной, тяжелой работы. Когда вы вспомните, что вы чувствовали, позвольте себе немного приблизиться к этой эмоции или пригласите ее подойти к вам поближе. Сохраняйте осознание своего дыхания и безопасного места, сознавайте поддержку и опору, которую вы ощущаете. Когда мучительное переживание приблизится, вы можете пожелать придать ему форму, может быть – злого гнома или какого-то животного. Или, может быть, это будет какое-то природное явление – темная туча или гром. Оставайтесь с этой эмоцией и отмечайте, что для вас значит находиться с

ней, что вы чувствуете. Не осуждайте ее, не сопротивляйтесь ей, просто позвольте себе переживать ее близость, все время осознавая свое дыхание – вдох и выдох, вдох и выдох. Теперь, если хотите, можете позволить этому чувству приблизиться еще больше. Вы можете обнаружить, что это чувство хочет что-то сообщить вам, что-то важное о вас или о клиенте, что может быть полезным для вас. Прислушайтесь к этому. Может быть, л вы захотите что-то сказать этому чувству. Позвольте себе войти в это чувство, продолжая отслеживать свое дыхание и ощущать опору. Наблюдайте за тем, что вы переживаете, находясь с этим чувством. Отмечайте ощущения в своем теле. Вы почувствуете энергию, которая содержится в этой эмоции. Вы ощутите, как, по мере того как вы входите в эту эмоцию, вы соприкасаетесь с этой энергией и с ощущением жизненной силы, которая содержится в этой эмоции. Позвольте этой жизненной силе пройти через себя, побудьте с ней, продолжая следить за своим дыханием – вдох и выдох, вдох и выдох. Почувствуйте собственную жизненную силу, свою поддержку и опору. Вдох и выдох.

Выход

Настало время отпустить вашу эмоцию. Вы можете попрощаться с ней так, как вам захочется, и дать себе время побыть в вашем удобном, приятном и безопасном месте, чувствуя расслабление, опору и наполненность вашей встречей. Отдохните немного и, когда почувствуете себя готовыми, возвращайтесь в обычное свое состояние.

Вопросы к обсуждению

Чем хотелось бы поделиться? С какой эмоцией вы встретились? Какую форму она приняла?

Как вы себя ощущали с этой эмоцией, принявшей такую форму?

Как удалось к ней приблизиться?

Какое сообщение вы получили от этой эмоции?

Что сказали ей?

Упражнение 29 «Я из будущего»

В этом упражнении вы сможете встретиться со своим будущим профессиональным Я и посмотреть, чему оно сможет вас научить. Упражнение продлится около 15 минут, и затем мы можем обсудить полученный вами опыт и поговорить о том, как он связан с вторичной травмой.

Разумеется, ваше участие полностью добровольно. Я только попрошу после того, как начнется упражнение, не вставать, чтобы не беспокоить других.

Релаксация

Устройтесь поудобнее, можете снять обувь, если вам ничего не мешает, закройте глаза. Сосредоточьтесь на дыхании. Погружаясь в мягкий ритм своего дыхания – вдох и выдох, вдох и выдох, – вы почувствуете, как волны расслабления охватывают вас. С каждым выдохом выходит напряжение, с каждым вдохом по телу распространяется расслабление. Вы чувствуете расслабление во всех частях тела, от верхушки головы. Лоб, глаза, рот, лицо, шея, плечи, руки, кисти, торс, бедра, ноги, ступни, пальцы ног расслабляются. Все тело расслаблено, и расслабление увеличивается с каждым вдохом.

Почувствуйте, как вы покачиваетесь на мягком, пушистом облаке. Почувствуйте мягкость воздуха, нежность ветерка, ощутите спокойствие и безопасность. До вас могут доноситься разные звуки, мысли приходят вам в голову. Просто отметьте их и отпустите и возвращайтесь к своему дыханию.

Облако может медленно дрейфовать туда, куда вы хотите, оно плывет в ваше будущее. Медленно, по мере того, как вы будете чувствовать себя готовыми, облако останавливается и мягко растворяется, оставляя вас для встречи с вашим будущим профессиональным Я.

Основная часть

Представьте, как вы входите в кабинет или другое рабочее место в будущем. Ваше будущее Я приветствует вас, а вы оглядываетесь по сторонам. "Каким вам видится окружающее пространство? Какие предметы перед вами? Каким вам видится ваше будущее Я? Как вы выглядите? Как вы изменились? Вы выросли, стали более зрелым? Дайте себе время, чтобы осознать, что вы чувствуете, находясь в этом пространстве.

Найдите возможность занять место рядом или напротив своего будущего Я. Почувствуйте опору стула или кресла, на котором вы сидите. Обратите внимание на свет и цвета, которые вас окружают, на звуки и запахи, температуру.

А теперь прислушайтесь к тому, что говорит о вашей профессиональной жизни ваше будущее Я. Есть ли какие-то вопросы, которые вы хотели бы задать своему будущему Я⁹? Спросите и выслушайте ответ. Что ваше будущее Я чувствует по поводу работы? Что доставляет наибольшее удовлетворение? Какие воспоминания вызывают особую гордость? Что утешает больше всего?

Как себя чувствует ваше будущее Я в конце рабочего дня? Послушайте и задайте любые вопросы, которые вас волнуют.

Может, у вашего будущего Я есть вопросы к вам? Что-нибудь, что оно вам хочет сказать, предложить или дать?

Хотя прошло совсем немного времени, но вы можете почувствовать, что вы уже получили то, что хотели от встречи со своим будущим Я. Время, которое вам требовалось провести вместе, почти закончилось, и ваше будущее Я предлагает вам прийти к нему в любой момент, когда вам понадобится. Есть ли что-то в кабинете, что-то в окружающем пространстве или какие-то предметы, которые помогут вам сохранить связь с вашим будущим Я? Вы можете взять их и принести с собой сюда, в ваше настоящее.

Время прощаться. Вы знаете, что еще сможете встретиться со своим будущим Я.

Выход

После того как вы закроете двери, позвольте вновь мягкому облаку подобрать вас и осторожно понести назад, в настоящее. Медленно вернитесь в комнату, чувствуя, что вы получили то, в чем нуждались. По мере того как я буду считать от 10 до 1, вы будете чувствовать, как к вам постепенно возвращается рабочий настрой и готовность оказаться здесь. (Считайте от десяти до одного, повторяя слова о возвращении рабочего настроения и готовности скоро открыть глаза.) Вернитесь к ощущению себя в настоящем и, когда будете готовы, открывайте глаза.

Обсуждение

Вы можете задать участникам следующие вопросы. – Как выглядит будущее Я и пространство, в котором оно находится?

– Что оно чувствует?

– Что вы узнали от него? Что вы сможете взять с собой?

– Что вы ощущали, видя себя в будущем?

– Какие перемены вы отметили?

Вариантом этого упражнения может быть предложение встретиться с мудрецом. Это может быть какая-то известная участнику личность или его собственная мудрая часть, его внутренняя мудрость.

Упражнение 30 «Разговор и письма»

Релаксация

Я предлагаю вам принять удобное положение. Руки свободно лежат вдоль тела, ногами вы ощущаете опору пола. Найдите позу, в которой вам будет удобно.

Когда вы найдете удобное положение, обратите внимание на свое дыхание. Просто обратите внимание. Сосредоточившись на дыхании, вы, возможно, захотите замедлить его, сделать несколько глубоких и медленных вдохов.

Вы можете заметить, что по мере того как ваше дыхание становится медленнее, по мере того как вы делаете медленные, глубокие, спокойные вдохи, с каждым вдохом в вас проникает спокойствие, освежающий воздух, с каждым выдохом выходит напряжение. Вдыхайте, принимая в себя спокойствие, чистый воздух. Выдыхайте, выпуская напряжение. Продолжая делать медленные, спокойные, глубокие вдохи, вы можете заметить, где в вашем теле остается напряжение. Во время вдоха соберите это напряжение, а во время выдоха освободитесь от него.

Вы можете слушать меня, но можете также позволить своим мыслям блуждать, находя собственную дорогу, тогда мои слова будут просто фоном. Не беспокойтесь, если

мой голос станет лишь фоном, который сопровождает ваши мечтания; когда настанет время обратиться к письменному упражнению, я предложу вам вернуться и прислушаться к моим словам. Вы сможете легко переключиться.

Безопасное место

Через некоторое время мы обратимся к тому, что вызывает стресс, и тому, что приносит удовлетворение в нашей работе. Но перед этим давайте дадим себе возможность перенестись в некое особое место, которое находится далеко от давления и сильных чувств, связанных с работой. Это прекрасное место, в котором вы, возможно, бывали раньше или которое навещали только в своих мечтах, где вы чувствуете себя свободными от всякого давления и интенсивных переживаний.

Походите вокруг и просто присмотритесь к этому месту. Что вы видите? Обратите внимание на цвета – они яркие или приглушенные? Какие формы вы видите перед собой? Это поля, леса или море? Какие предметы обращают на себя ваше внимание? Здесь много света или сумрак? Что вы чувствуете?" Тепло или холод, мягкие или жесткие ощущения? Что вы можете потрогать? Каково это на ощупь? Какие запахи вы чувствуете? Какие звуки слышите?

Найдите уголок в этом уединенном особом для вас месте, где вы могли бы сесть и немного отдохнуть, где вы могли бы подумать о том, что с вами происходит на работе.

Разговор

Сейчас я прошу вас прислушаться к тому, что я говорю. Сосредоточьтесь на смысле моих слов, и хотя вы можете оставаться в состоянии приятного расслабления, вы внимательно прислушиваетесь к тому, что я говорю.

Работа с болью других людей, особенно с болью тех, кто пережил травму, делает нас уязвимыми. И мы разными способами увеличиваем свою уязвимость.

Мы можем с головой окунуться в стрессовую ситуацию, а затем недоумевать, почему мы чувствуем себя такими перегруженными. Мы можем начать работать с клиентом, не отдавая себе отчета в том, как его проблемы перекликаются с нашими собственными, а потом удивляться, почему мы чувствуем себя загнанными в ловушку. Мы можем принять на себя ответственность за то, что мы не в состоянии контролировать, а затем обвинять себя за то, что не владем ситуацией. Мы можем игнорировать предупреждающие знаки, которые посылает нам наше тело, а затем ломать голову над тем, почему мы плохо себя чувствуем, откуда проблемы со спиной или с желудком или ощущение постоянной сонливости.

Я предлагаю вам подумать, каким образом вы увеличиваете свою уязвимость, что вы сами добавляете к нашей и без того трудной работе. Как вы пренебрегаете заботой о себе?

Некоторые из нас считают, что они должны быть доступны всегда, некоторые перегружают себя – и таким образом не могут помочь клиентам справиться с их перегрузками. Некоторые игнорируют свои собственные проблемы, пренебрегают потребностью в личной терапии. Некоторые из нас не позволяют себе отвлекаться от работы, в свободное от клиентов время читают профессиональную литературу или делают записи, отвергая потребность в жизни за пределами работы.

Я предлагаю вам постараться обнаружить хотя бы один из способов, которым вы делаете вашу уязвимость к стрессу большей, чем того требует необходимость. Подумайте о том, как вы это делаете? Обратите внимание на ту свою часть, которая особенно этому подвержена. Попробуйте найти в себе эту часть, которая делает именно такой выбор, не обвиняя и не осуждая себя.

Сейчас я сделаю небольшую паузу, чтобы эти мысли и идеи оформились в вашем сознании. В тишине и покое, оставаясь с собой, поищите ту часть своей личности, которая делает вас более уязвимым к стрессу.

А теперь я предлагаю вам вновь вернуть свое внимание к тому заветному месту, которое находится далеко от давления и эмоций, связанных с работой, где вы снова можете почувствовать себя дистанцированными от стресса и своей уязвимости к стрессу.

Я предлагаю вам поискать другую часть вашего Я: мудрую, заботливую, холящую и любящую часть. Эта часть знает, что в работе, которую мы делаем, мы постоянно сталкиваемся с жестокостью, принимаем в себя боль других людей, становимся невольными участниками повторного переживания травмы. Эта наша часть дает заботу и внимание клиентам. Есть у вас внутри такая часть, внутренняя сущность, в которой заключена огромная способность заботиться, отдавать, помогать людям, способствовать их исцелению. Есть и мудрость, которая вобрала в себя наш жизненный опыт, все то, чему научили нас наши клиенты и чему научились мы, пытаюсь поддерживать себя в этой работе.

Сейчас, когда вы продолжаете находиться в своем заветном, прекрасном уединенном месте, я предлагаю вам найти эту мудрую, заботливую свою часть и побыть с ней. Эта *часть, скрытая у вас внутри, может помочь вам узнать* все, что необходимо, чтобы поддержать себя в этой работе и помочь себе справиться с вторичной травмой.

Находясь с этой частью себя, со своей внутренней сущностью, прислушивайтесь спокойно и внимательно к той мудрости, которая заключена в вас.

Упражнение 31 «Письма к себе»

Через несколько минут мы попросим эту вашу часть написать письмо той другой части, которая чувствует себя уязвимой к стрессам, связанным с работой. Вам не нужно напряженно думать над этим письмом, потому что ваша мудрая, заботливая часть уже знает, в чем вы нуждаетесь, чтобы лучше позаботиться о себе. Эта ваша часть очень хорошо умеет заботиться о вас и знает все, что нужно знать о вашей уязвимости к боли и давлению, связанными с работой.

Давайте потратим время на то, чтобы применить все эти замечательные навыки помощи и заботы к тому, кто сильнее всего этого заслуживает, – к вам самим. Мы сделаем небольшую паузу, а затем вы можете взять ручку и бумагу и написать письмо той своей части, которая так нуждается в заботе.

(Участники пишут письмо.)

Когда вы закончите письмо, сверните его и отложите в сторону. Давайте поговорим немного об этом упражнении. Я предлагаю вам поделиться тем, о чем вы готовы говорить, со всеми вместе. Как вы сами увеличиваете свою уязвимость к стрессу? Что ваша мудрая часть посоветовала вам делать с этим?

Мне хотелось бы попросить вас написать кое-что еще. На этот раз просто кратко обозначьте те способы, которыми вы увеличиваете свою уязвимость, и что ваша мудрая часть посоветовала вам, чтобы защитить себя.

Положите первое письмо в приготовленный конверт, заклейте его и напишите свой адрес. Я отправлю вам его через два месяца. Второе письмо я предлагаю вам сохранить и заглядывать в него время от времени, чтобы напомнить себе, о чем вы узнали сегодня.

СПИСОК ЦИТИРОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Ackerley G.D. et. al. Burnout among licensed psychologists // *Professional Psychology: Research and Practice*, 1988, vol. 19.
- Adler A.. *What life should mean to you* / Ed. by A. Porter. London: George Allen & Unwin Ltd., 1932.
- Adshead G. Treatment of victims of trauma // *Advances in Psychiatric Treatment*, 1995, vol. 1, 161–169.
- Agger I., Jensen, S.B. Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees // *Journal of Traumatic Stress*, 1990, vol. 3.
- Alexander P. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse // *Journal of Interpersonal Violence*. 1993, vol. 8, 346–362.
- Allen A., Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // *The Psychiatric Clinics of North America* / Ed. D.A. Tomb. 1994, vol. 8. P. 425-438.
- Allodi F. Physical and psychiatric effects of torture: two medical studies // *Breaking of Bodies and Minds* / Ed. Stover E. – N. Y., 1985.
- Averill J.R. *Anger and aggression: an essay on emotion*. New York, Springer-Verlag, 1982.
- Averill J. R. Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress // *Psychological Bulletin*. 1973, vol. 80, 286-303.
- Barlow D. *Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press, 1988.
- Beck J. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford, 1995.
- Benedek E. P. Children and psychic trauma: A brief review of contemporary thinking. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1985.
- Bernstein E. M, Putnam F. W. Development, reliability, and validity of a dissociation scale // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986, vol. 174 (12), 727-735.
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L M., Kaloupek D. G. et al. The development of a clinician-administered PTSD scale // *Journal of Traumatic Stress*. 1995, № 8, 75–90.
- Bloom S. L. The germ theory of trauma: The impossibility of ethical neutrality. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Sidran Foundation, 1995.
- Boulanger G., Kadushin C *The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction*. - N. Y.: Hillsdale, 1986.
- Bourne, P. G. *The psychology and physiology of stress*. New York: Academic Press, 1969
- Bowlby J. *Attachment and loss* // *Attachment*. NY, 1993.
- Bowlby J. *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer, 1983.
- Bracken P. J., Giller J. E., Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts // *Social Science and Medicine*, 1995, 40, 1073-1082.
- Bradley B. P. *Depression: Treatment* / S. J. E. Lindsay and G. E. Powell (eds.) // *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. 1995.
- Browne A., Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of research // *Psychological Bulletin*, 1986, vol. 99, 66–77.
- Burgess A. W., Groth A.N., Holmstrom, L. L., Sgroi S. M. *Sexual assault of children and adolescents*. New York: Lexington Books, 1978.
- Burgess, A. W., Holstrom, L. *Rape trauma syndrome* // *American Journal of Psychiatry*, 1974, vol. 131, 981-986. •
- Burke R.J., Greenglass E. A longitudinal study of psychological burnout in teachers // *Human Relations*. 1995, vol. 48 (2), 187-202.
- Byrne B.M. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers // *American Educational Research Journal*. 1994, vol. 31 (3), 645-673.
- Carroll J.F.X., White W.L. *Theory building: Integrating individual and environmental factors*

within and ecological framework // Job stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives / Ed. W.S. Pain. Beverly Hills, London, New Dehli, 1982. P. 41-60.

Cassiday K.L., McNally R.J., Zeitlin S.B. Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder // Cognitive Therapy and Research. 1992. V. 16. P. 283–295.

Cienfuegos A.J., Monelli C. The Testimony of political repression as a therapeutic instrument // American Journal of Orthopsychiatry, 1983, vol. 53.

Clark, L.M.G., Lewis D.J. Rape: The Price of Coercive Sexuality Toronto: Women's Press, 1977.

Coates S., Zuker K.J. Gender Identity Disorders in Children // C.J.Kestenbaum & D.T. Williams (Eds.) Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents (vol. 11). New York: New York University Press, 1988. P. 893-914.

Cohen L. I., Roth S. The psychological aftermath of rape: Long-term effects and individual differences in recovery // Journal of Social and Clinical Psychology, 1987, vol. 8, 525–534.

Coohy C Neglectful mothers, their mothers and partners: The significance of mutual aid // Child Abuse and Neglect, 1995, vol. 19, 885-895.

Coons P.M. et al. Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest // Psychiatr. Clin. North. Am. 1989, vol. 12, 325-335.

Cordes S.L., Dougherty T.W., Blum M. Patterns of burnout among managers and professionals: A comparison of models // J. of Organizational Behavior. 1997, vol. 18(6), 685-701.

Corey G. et. al., Issues and Ethics in Helping Professions, Pacific Grove: Brooks/Cole, 1993.

Costa P., McCrae F. Multiple uses for longitudinal personality data // European Journal of Personality, 1992, vol. 6, 85 – 102.

Cryer, L., Beutler, L. Group Therapy: An Alternative Treatment Approach for Rape Victims // Journal of Sex and Marital Therapy, 1980. vol. 6, 40-46.

Da Costa J.M. Medical diagnosis, with special reference to practical medicine. Philadelphia, JB Lippincott, 1864.

Danieli Y. As survivors age: Part II // NCP Clinical Quarterly. 1994, vol. 4, 20-24.

Danieli Y. Treating Survivors and Children of Survivors of Nazi Holocaust. Post-Traumatic Therapy, New York: Branner/ Mazel, 1988.

Daniel Y. Therapists' difficulties in treating survivors of the Nazi Holocaust and their children. Ph.D. Dissertation. New York University, New York, 1981.

Davidson L.M. Baum A. Chronic stress ana PTSD //J. of Consulting and Clinical Psychology. 1986, vol. 54, 303–308.

Deering C.G., Glover S.G., Ready D. et al. Unique patterns of comorbidity in post-traumatic stress disorder from different sources of trauma // Comprehensive Psychiatry. 1996, vol. 37, 336–346.

Deikurs R., Soltz K. Children: The challenge. New York: Hawthorn/Dutton, 1964.

Derogatis L R. The SCL-90-R // Clinical Psychometric Research. – Baltimore, 1975.

Derogatis L.R., Lipman R.S., Rickels K. et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of Primary Symptom Dimensions //Psychological Measurements in Psychopharmacology. / Ed. P. Pichot. - Basel, Karger, 1974.

Dietzel L.C., Coursey R.D. Predectors of emotional exhaustion amont nonresidential staff persons // Psychiatric Rehabilitatoin J. 1998, vol. 21 (4), 340-348.

Dion G. Le burnout chez les educatrices et garderie: proposition d'un modele theorique // Apprentissage et Socialisation. 1989, vol. 12 (4), 205-215.

Dolan S.L., Renaude S. Individual, organizational and social determinants of managerial burnout: A multivariate approach // J. of Social Behavior and Personality. 1992, vol. 7(1), 95-110.

DSM-IV. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed/) Washington, DC: APA, 1994.

Eberly R.E., Engdahl B.E. Prevalence of somatic and psychiatric disorders among former

prisoners of war // *HospComm Psychiatry*. 1991, vol. 42, 807-813.

Egendorf A., Kadushin, C, Laufer R., Rothbar, G., Sloan L. *Legacies of Vietnam: comparative adjustment of veterans and their peers*. Washington, D.C.: U. S. Government Printing Office, 1981.

Eitinger L., Strom, A. *Mortality and Morbidity after Excessive Stress*. Oslo: Universitetsforlaget; New York: Humanities Press, 1973.

Ellis A., Dryden W. *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer. 1996.

Ellis A., Grieger R. (eds.) *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1977.

Ellis, E. M. et al. A review of empirical rape research: victim reactions and response to treatment // *Clinical Psychology Review*, 1983, vol. 3, 473-490.

Emm D., McKenry P.C. Coping with victimization: The impact of rape on female survivors, male significant others, and parents // *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 1988, vol. 10, 272-279.

Engdahl B.E., Speed N., Eberly R.E. et al: Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war // *J Nerv MentDis* 179:181-187.1991.

England L. W., Thompson C. L *Counseling child sexual abuse victims: Myths and realities*. // *Journal of Counseling and Development*, 1988, 66, 370-373.

Epstein R.S. PTSD: a review of diagnostic and treatment issues. // *Psychiatric annals*. 1989, vol.19 (10), 356-377.

Erickson K. *Everything in its path: destruction of community in the Buffalo Creek flood*. New York: Simon & Schuster, 1976.

Escobar J I, Canino G. Rubio-Stipec M. et al: Somatic symptoms after a natural disaster: A prospective study // *Am. J. Psychiatry*, 1992, vol. 149, 965-967.

Evan B. *Collected works*. Blanche Evan Dance Foundation, San Francisco, 1991.

Evans T.D., Vfflavisanis, R. *Encouragement exchange: avoiding therapist burnout* // *Counseling and Therapy for Couples and Families*. 1997, vol. 5(4).

Everly G. S. Jr. *A clinical guide to the treatment of human resse*. – N. Y.: Plenum Press, 1989.

Everstine D., Everstine L. *The Trauma Response*. New York. WW. Norton, 1993.

Eysenk HJ. *Crime and Personality*. – Boston, 1964.

Fairbank J.A., Keane T.M., Malloy P. F. Some preliminary data on the psychological characteristic of Vietnam veterans with PTSD // *J. Consulting and Clin. Psychology*. 1983, vol. 51, 912-919.

Farberow N. L. Shneidman E. S. (eds.) *The cry for help*. – New York, 1961.

Farberow N. L. *The many faces of suicide*. – New York, 1980

Feinauer L.L., Hippolite, D.L. Once a princess, always a princess: A strategy for therapy with families of rape victims // *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 1987, vol. 9, 252–262.

Figley C.R. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1995.

Figley C. R. (Ed.) *Stress Disorders among Vietnam Veterans*. New York: Brunner/Mazel, 1978.

Figley C.R. *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel, 1985.

Figley C.R., McCubbin H.I. (eds.) *Stress and the family: Volume II, Coping with catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 1983.

Finkelhor D. *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press, 1984.

Finkelhor, D. *Sexually victimized children*. New York: The Free Press, 1979.

Fischer D.G. *Family relationship variables and programs influencing juvenile delinquency*. –Ottawa, 1985.

Foa E.B., Kozak M.J. Emotional processing of fear: Exposure to correcting information //

Psychol. Bull. 1986, vol. 99, 20–35.

Frank, V.E. *Man's Search for Meaning*, Simon & Schuster, Inc., First Printing English Translation, 1959.

Frederick C.J. *Children Traumatized by Catastrophic Situations*. – American Psychiatric Association, 1995.

Freudenberger H.J. Staff Burnout // *Journal of Social Issues*, -1974, vol. 30, 159-165.

Fuqua R., Couture K. Burnout and locus of control in child day care staff// *Child Care Quarterly*. 1986, vol. 15 (2), 98-109.

Furman B., Ahola T. *Solution Talk. Hosting Therapeutic Conversations*. New York–London, 1992.

Garbarino J., Guttman E., Seeley J. *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass, 1986.

Garbarino J., Kostelny K. Child maltreatment as a community problem // *Child Abuse and Neglect*, 1992, vol. 16, 455–464.

Garbarino, J., Stott, F.M. *What children can tell us*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1989

Gargen A.M. The purpose of burnout: A Jungian interpretation. Special Issue: Handbook on job stress // *J. of Social Behavior and Personality*. 1991, vol 6 (7), 73–93.

Gelles R. J., Straus, M. A. Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration. In W. R. Burr, R. Hill & F. I. Nye (eds.), *Contemporary theories about the family*. New York: Free Press, 1979.

Girelli S.A., Resick P.A., Marhoefer-Dvorak S., Hutter C.K. Subjective distress and violence during rape: Their effects on long-term fear // *Violence and Victims*. 1986, vol 1, 35–46.

Goldfeld A D. Mollica RF. Pesavento B H. et al: The physical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis // *JAMA* 1988, vol. 259, 2725-2729.

Golembiewski R.T., Munzenrider R.T. *Phases of Burnout: Developments on Concepts and Applications*, New York: Praeger, 1988.

Goodwin J. Post-traumatic symptoms // *Incest Victims*. American Psychiatric Association, 1995.

Green A. Child maltreatment and it's victims: A comparison of physical and sexual abuse // *Psychiatric clinics of North America*, 1988, vol. 2, 591-610.

Green A.H. *Children Traumatized by Physical Abuse*. – American Psychiatric Association, 1995.

Green B.L., Grace M. C, Lindy J.D. et al. Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club Fire // *J. Consult, and Clin. Psychol*. 1983, vol. 51, 573-580.

Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C, Leonard A.C. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic co-morbidity in a disaster sample // *J. Nerv. Mental Disorder*. 1992, vol. 180, 760-766.

Green B.L, Grace M.G., Vary M. G. et al. Children of disaster in the second decade: A 17-year follow-up of Buffalo Greek survivors // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994, vol. 33, 71-79.

Green B.L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions // *Journal Of Applied Social Psychology*. 1990. № 20.

Grenglass E.R., Burke R.J., Ondrack M. A gender role perspective of coping and burnout // *Applied Psychology An International Review*. 1990, vol. 39 (1), 5-12.

Grenglass E.R., Burke R.J., Konarsi R. Components of burnout, resources, and gender-related differences // *J. of Applies Social psychology*. 1998, vol. 28 (12), 1088-1106.

Grinker, R. P., Spiegel, J. P. *Men under Stress*. Philadelphia: Blakiston, 1945.

Guy J.D., Liaboe, G.B. Personal Therapy for Experienced Psychologist: A Discussion of Usefulness and Utilization // *The Clinical Psychologist*, 1986, vol. 39.

Haddad A, Sources of social support among scholl counselors in Jordan and its relationship to burnout // *International J. for the Advancement of Counseling*. 1998, vol. 20(2), 113–121.

- Herman J.L., Hirschman L. *Father–daughter incest*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1981.
- Herman J.L/ *Trauma and Recovery*. New York. Basic Books. 1992
- Himie D.P., Jayaratne S., Thyness PA. Buffering effects of four social support types on burnout among social workers // *Social Work Research and Abstracts*. 1991, vol. 27 (1), 22–27.
- Hobfoll S. E. *The ecology of stress*. – N. Y.: Hemisphere, 1988.
- Holt P., Fine M.J., Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy // *Psychology in the Schools*. 1987, vol 24(1), 51-58.
- Horowitz M.J., Krupnick J. Kaltreider N. et al. Initial psychological response to parental death // *Archives of General Psychiatry*. 1981, vol. 38, 85-92.
- Horowitz M.J., Weiss D. S., Kaltreider N. B. et al. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984, vol. 172, 383–392.
- Horowitz M.J., Wilner N.J., Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress // *Psychosom. Med*. 1979, vol. 41, 209-218.
- Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // *Archives of General Psychiatry*. 1980, vol. 37, 85-92.
- Horowitz M. J. *Personalitätsstile und Belastungsfolgen. Intergrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie* // *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* / Hrsg. A. Maercker. Heidelberg, 1998.
- Horowitz MJ. *Stress response syndromes*. 2-nd ed. Northvale, N.J.: Aronson, 1986.
- Horowitz MJ., Becker S.S. Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // *Psychoanalysis and contemporary science* / Eds. R. Holt, Peterfreund. N.Y.: Macmillan, 1972. V. 1.
- Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Application of the schema construct // *Social Cognition*, 1989, vol. 7(2), 113 - 136. *
- Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. N.Y.: Free Press, 1992.
- Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumption // *Trauma and its wake* / ed. C.R. Figley. N.Y.: Brunner/Mazel, 1985. P. 15-35.
- Kanfer F. H. *Self-Regulation: Research, issues and speculation*. In: Neuringer C, Michael J. L. (eds.) *Behavior modification in clinical psychology*. N. Y.: Appleton, 1970.
- Kardiner A: *The Traumatic Neuroses of War*. New York. Hoeber, 1941.
- Keane N. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // *J. Consulting and Clin. Psychol*. 1988, vol. 56 (1), 85-90.
- Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // *J. Clin. Psychol*. 1987, vol. 43, 32-43.
- Kelly G. *A theory of personality: The psychology of personal constructs*. New York: Norton, – 1963.
- Kelly G. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, – 1955.
- Kempe R.S., Kempe. C.H. *Child abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch, of Gen. Psychiatry*, 1995, vol. 92, 1048-1060.
- Khan M.M.R. The concept of cumulative trauma // *The privacy of self* / Ed. M.M.R. Khan. L.: Hogarth, 1974.
- Kilpatrick D.G. Saunders B.E., Amick-McMillan A. et al: Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder // *Behav. Ther*. 1989, vol. 20, 199–214.
- Kim Berg I. *Family Preservation*. London., 1991.
- Kim Berg I., Miller S. D. *Working With the Problem Drinker. A Solution-Focused Approach*. New York-London: 1992.
- Kinzie J.D. Posttraumatic effects and their treatment among Southeast Asian refugees. In Wilson JP, Raphael B (eds): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New

York, Plenum Press, 1993, pp 311-319.

Kinzie, J. D. Lessons from cross-cultural psychotherapy // *American Journal of Psychotherapy*, 1978, vol. 32, 110–120.

Kleber R. J., Brom D. *Coping With Trauma*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992.

Kluft R. Course on treatment of multiple personality disorder. Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA, May, 1989.

Kluznik J.C, Speed N/ VanValkenburg C, et al. Forty-year follow-up of United States prisoners of war // *Am. J. Psychiatry*. 1986, vol. 143, 1443-1446.

Kobasa S. The hardy personality: Towards a social psychology of stress and health. In J.Suls & G. Sanders (Hrsg.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale; NJ: Erlbaum, 1982.

Kolb L.C., Multipassi L.R. The conditioned emotional response: A subclass of chronic and delayed post-traumatic stress disorder // *Psychiatric Annals*, 1984, vol. 12, 13–20. Krupnick J.L., Horowitz M.J. Stress response syndromes // *Arch. of Gen. Psychiatry*. 1981, vol.38, 428-435.

Krystal H. Trauma and affect // *Psychoanalytic study of the child*. 1978, vol. 33, 81-116.

Krystal H. *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press, 1968

Kulka R. A., Schienger W. E., Fairbank J. A., Hough, R. L., Jordan B. K., Marmar C R. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel, 1990

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

Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily // *Psychological Reports*. 1997. V. 81(2). P. 513-528.

Lehr U., Thomae H. Coping and Aging // *Personality Psychology in Europe / G. Van Heck, P. Bonaiuto (Eds)*. 1993, vol.4, 365-387.

Leventman S. Epilogue: Social and historical perspectives on the Vietnam veteran. C. R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment* (pp. 291–295). Brunner/ Mazel, 1978

Levinson D. Family violence in cross-cultural perspective // *Frontiers of Anthropology*, 1989, Vol.1.

932

Lifton R. J. & Olson, (E. ds.) *The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek Experience*// *Psychiatry*, 1976, vol. 39, 1–18.

Lifton, R. J. *Home from the war*. New York: Basic Books, 1973.

Lindermann E. Symptomatology and management of acute grief // *American Journal of Psychiatry*. 1944, vol. 101, 141 – 148.

Linenburg F.C. Locus of control, pupil control ideology, and dimensions of teacher burnout // *J. of Instructional Psychology*. 1992, vol 19 (2), 13-22.

Loftus E. The reality of repressed memories // *American Psychologist*, 1993, vol. 48, 518-537.

Lowen A. *Bioenergetics*. N.Y., 1975.

Ludwig A. M. The psychological functions of dissociation // *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983, vol. 26, 93–99.

Ludwig A. M. Altered states of consciousness // *Archives of General Psychiatry*. 1966, vol 15, 225–234.

Lutz R. *Gesundheit und Genus: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Vol. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. (Ed: Margraf J.) Berlin: Springer, 1996, c 113-128.

Lutz R. *Gesundheit und Krankheit: Antworten der Allgemeinen Psychologie* // Lutz R., Mark N. (Hrsg.) *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Hogrefe, 1975, S. 77-91.

Mac Kay B. Drama therapy with female victims of assault.-Special Issue: Women and the creative arts therapies // *Arts in Psychotherapy*, 1989, vol. 16, 293-300.

Madakasira S., O'Brien K.F. Acute post-traumatic stress disorder in victims of a natural disaster // *J. Nerv. Ment. Dis*. 1987, vol. 175, 286-290.

- Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Heidelberg, 1998.
- Malach-Pines A., Unconscious Determinants of Career Choice and Burnout: Theoretical Model and Counseling Strategy // *Journal of Employment Counseling*, 2001, vol. 38, 170–184.
- Maltzberger J. T. Suicide risk: The formulation of clinical judgement. New York: New York University Press, 1986.
- Mannar C R., Weiss D. S., Schlenger W. E. et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic in male Vietnam theater veterans // *American Journal of Psychiatry*. 1994, vol. 151 (6), 902-907.
- Marks I. Fears and Phobias. – N. Y., 1969.
- Mannar C R., Weiss D. S., Schlenger W. E. et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans // *American Journal of Psychiatry*. 1994, vol. 151 (6), 902-907.
- Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective // *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* / Ed. W.B. Shaufeli, Cr. Maslach and T.Marek. Washington D.C: Taylor & Francis, 1993. P. 19-32.
- Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives // *Applied and Preventive Psychology*. 1998, vol. 7, 63–74.
- Maslach C, Jackson S.E., Leiter M.P. Burnout Inventory Manual (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996.
- Maslach C, Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
- Maslach C, S.E. Jackson, The Measurement of Experienced Burnout // *Journal of Occupational Behavior*, 1981, vol. 2, 99–113.
- McFarlane A.C. Vulnerability to posttraumatic stress disorder. In Wolf ME, Mosnaim AD (eds): *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology. Phenomenology and Treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp 2–20.
- McFarlane AC: Life events and psychiatric disorder: The role of a national disaster // *Br. J. Psychiatry*. 1987, vol. 151, 362–367.
- Meichenbaum D. A Clinical Handbook: Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with PTSD. – Ontario: Institute Press, 1994.
- Meichenbaum D. Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, vol 61, 292-204.
- Meichenbaum D.A. Kognitive Verhaltensmodifikation. München: U&S, 1979.
- Meichenbaum D.A. Methoden der Selbstinstruktion/ Kanfer F. H., Goldstein A. P. (Hrsg.) *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München: U&S., 1997.
- Meir S.T., Toward a Theory of Burnout // *Human Relations*, 1983, vol. 6, 899-910.
- Menninger K. Man Against Himself. A Harvest/ HBJ Book, Harcourt Brace Jovanovic Publishers. – San Diego, New York, London, 1985.
- Menninger, W. Identifying, evaluation, and responding to boundary violations: A risk management program // *Psychiatric Annals*, 1991, vol. 21(11).
- Mollica R. The Trauma Story: The psychiatric Care of Refugee survivors of Violence and Torture, in *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*, New York: Brunner/ Mazel, 1988.
- Mosak H. H. (Ed.) Alfred Adler: His influence on psychology today. Park Ridge, N. J.: Noyes Press, 1973.
- Murphy S. M, Kilpatrick D. G., Amick-McMullan A., Veronen L.J. Current psychological functioning of child sexual assault survivors: A community study // *Journal of Interpersonal Violence*. – 1988, vol. 3, 55-79.
- Naisberg F.S., Fennig S., Keinan G., Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists // *Stress Medicine*. 1991, vol 17 (4), 201-205.
- Neal A. National trauma and collective memory. Major events in the American century. N. Y., 1998.
- Neal A., Busuttill W., Rollins J. et al. Convergent validity of measures of post-traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population // *Journal of Traumatic Stress*. 1994, vol. 7, 447-455.

Niederland W. G. Clinical observations on the «survivor syndrome» // *International Journal of Psycho-Analysis*, 1968, vol. 49, 313-315.

Nowack K.M. Type A, hardiness, and psychological distress // *J. of behavioral Medicine*. 1986, vol. 9 (6), 537-548.

Noyes R., Kletti R. Depersonalization in response to life-threatening danger // *Comprehensive Psychiatry*. 1977, vol. 18, 375-384.

O'Halloran T.M., Linton, J.M. Stress on the Job: Self-Care Resources for Counsellors // *Journal of Mental Health Counseling*. 2000, vol. 22 (4), 354 - 364.

Oaklander V. *Windows to our children*. Moab, UT: Real People Press, 1978.

Ochberg F., Soskis D. A, (Eds.) *Victims of terrorism*. Boulder: Westview Press, 1982.

Ogus E.D., Grenglass E.R., Burke R.J. Gender-role differences, work stress and depersonalization // *J. of Social Behavior and Personality*. 1990, vol 5 (5), 387-398.

Olweus, D. Low School Achievement and Aggressive Behaviour in Adolescent Boys. In D. Magnusson and V. Allen (Eds.), *Human*

Development. An interactional Perspective. New York: Academic Press, 1983.

Orenchuk-Tomiuk N., Matthey G., Christensen C. P. The resolution model: A comprehensive treatment framework in sexual abuse // *Child Welfare*. 1990, vol. 69(5), 417-431.

Orr S.P., Claiborn J.M., Altman B., Fogue D.F., de Jong J.B., Pitman R.K. & Herz L.R. Psychometric Profile of PTSD, Anxious, and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with Psychophysiological Responses // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990. № 58.

Palmer St., McMahon G. *Handbook of counselling*. – London, Routledge, 1997.

Pedrabissi L., Rolland J.P., Santinello M. La sindrome del burnout in un campione di insegnanti italiani e francesi: in confronto cross-culturale // *Ricerche di Psicologia*. 1991, vol. 15 (2), 37–48.

Pierce CM., Molloy G.N. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout // *British J. of Educational Psychology*. 1990, vol. 60 (1), 37-51. '

Pitman R.K. Post-traumatic Stress Disorder, Conditioning, and Network Theory // *Psychiatric Annals*. 1988. N 18.

Pitman R.K. Post-traumatic stress disorder, hormones and memory // *Biological Psychiatry*. 1989, vol. 26, 221–223.

Pitman R.K., Altman B., Greenwald et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // *J. of Clinical Psychiatry*. 1991,' vol. 52, 17-20.

Pitman R.K., Orr S.P., Fogue D.F. et al: Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders // *J Abnorm Psychol* 1990, vol. 99, 49-54.

Pradham M., Misra N. Gender differences in type A behavior patterns: Burnout relationship in medical professionals // *Psychological Studies*. 1996, vol. 41 (1-2), 4-9.

Quarantelli E. L., Dynes, R. R. Response to social crisis and disaster // *Annual Review of Sociology*, 1977, vol. 3, 23–49.

Raphae, B. *When Disaster Strikes*. London: Hutchinson, 1986.

Raphael B., Maddison D. C. Care of bereaved adults: Modern trends. In O. W. Hill (Ed.), *Psychosomatic medicine* – 3 (pp. 491– 506). London: Butterworth, 1976.

Ratican K. Sexual abuse survivors: Identifying symptoms and special treatment consideration // *Journal of Counseling and Development*, 1992, vol. 71, 33-38.

Renner K. E., Wackett C, Ganderton S. The social nature of sexual assault // *Canadian Psychology*, 1988, vol. 29(3), 163–354.

Resick P. A. Jordan G. C, Girelli S. A., Hutter G. K. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims // *Behavior Therapy*. 1988, vol. 19, 385–401.

Resick P.A., Schnicke M.K. Cognitive processing therapy for sexual assault victims // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1991, vol. 60, 748-756.

Riley K. C Measurement of dissociation // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1988,

vol. 176, 449–450.

Roehl J., Bums S. Talking to sexually abused children // *Childhood Education*. 1985, vol. 62, 19-22.

Rosenhan D. L., Seligman, M.E.P. *Abnormal Psychology*. New York: W. W. Norton and Company, 1989.

Ross C. A. Epidemiology of multiple personality and dissociation // *Psychiatric Clinics of North America*. 1991, vol. 14, 503–517.

Rosse J.G., Boss R.W., Johnson A.E., Crown ■ D.F. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process // *Group and Organization studies*. 1991, vol. 16 (4), 428–451.

Roth M. The phobic-anxiety-depersonalization syndrome // *Proc. of the Roy. Soc. Med*. 1959, vol. 52, 587-593.

Rothbaum B.O., Foa E.B., Riggs D.S. et al. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims // *J. of Traumatic Stress*. 1992, vpl. 5, 455–475.

Rotter J. B. *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Englewood Cliffs, 1954.

Rotter J. B., Chance J. E., Phares E. J. *Applications of a Social Learning Theory of Personality*. New York, 1972.

Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychological Monographs*, 80 (Whole No. 609), 1966.

Rowan A. B. Foy D. W. Post-Traumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse Survivors: A Literature Review // *Journal of Traumatic Stress*. 1993, vol. 6, 3–20.

Schaufeli W.B., Enzmann D. *The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions*. Washington DC: Taylor and France, 1999.

Schaufeli W.B., van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures // *J. of Organizational Behavior*. 1993. V. 14. P. 631-647.

Sgroi S. *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, MA: Lexington Books, 1982.

Shatan, C. Stress disorders among Vietnam veterans: the emotional context of combat continues. In C. R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment* (pp. 43–52). Brunner/Mazel, 1978

Shazer De S. *Keys to Solution In Brief Therapy*. New York., 1985.

Slavicki V., E.J. Cooley Implications for Burnout Research and Theory for Counsellor Educators // *Personnel and Guidance Journal*. 1982, vol. 60, 415 - 419.

Smith E.M, North C.S, McCool RE, et al: Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk // *Am. J Psychiatry*. 1990, vol. 147, 202-206.

Somasundaram D. Post-traumatic responses to aerial bombing // *Social Science and Medicine*, 1996, vol. 42, 1465–1471.

Somasundaram, D. *Scarred Mind*. New Delhi: Sage, 1997.

Somasundaram, D., Sivayokan, S. War trauma in a civilian population // *Britis Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 165, 524–527.

Stamm B.H. (ed.). *Secondary Traumatic Stress/ Self-Care Issues for CliniciansResearches and Educators*. The Sidran Press, Lutherville, 1999.

Straus M. A. Sociological perspective on the prevention and treatment of wife-beating. In M. Roy (Ed.), *Battered women: A psychological study of domestic violence*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1977.

Strenz. T. The Stockholm Syndrome. In F. Ochberg & D. Soskis (Eds.) *Victims of terrorism* (pp. 149–164). Boulder: Westview, 1982

Summerfield, D. *The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects*. Relief and Rehabilitation Network, Network paper 14. London: Overseas Development Institute, 1996.

Tang C.S-K., Lau B.H-B. Gender role stress and burnout in

Chinese human service professionals in Hogn Kong // *Anxiety, Stress and Coping: An International J*. 1996, vol. 9 (3), 217-227.

Tennant C. Preventive sexual abuse programs: Problems and possibilities // *Elementary*

School Guidance and Counseling, 1988, vol. 23, 48-53.

Terr L. C Childhood traumas: an outline and overview // American Journal of Psychiatry, 1991, vol. 163, 660–665.

Thomb D.A. Феноменология посттравматического стрессового расстройства // Бадхен А.А. (ред). Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. Михай-лолова Т.И., Певзнер М.М. (сост.). СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.

Thompson C. L., Rudolph L. B. Counselling children. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company, 1996

Trimble MR: Post-traumatic Neurosis. Chichester, Wiley, 1981

van der Hart O., Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet // Journal of Traumatic Stress. - 1989, vol. 2 (4), 397-412.

van der Kolk B. A., Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study //, Journal of Traumatic Stress, 1995, vol. 8 (4), 505-527.

van der Kolk B.A., McFarlane A. C, Weisaeth L. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society / - N. Y.: Guilford Press, 1996. - P. 303-327.

van der Kolk B.A., Ducey C.P. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD // J. of Traumatic Stress. 1989, vol. 2, 259-274.

van der Kolk B.A., Saporta J. Biological response to psychic trauma // International handbook of traumatic stress syndromes / Eds. J.P. Wilson, B. Raphael. N.Y.: Plenum Press, 1993.

van der Kolk B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel F., McFarlane, A., Herman, J. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma // American Journal of Psychiatry, 1996, vol. 153 (7 Festschrift Supplement), 83-93.

van der Kolk B.A. Psychological trauma. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987, 121.

van der Kolk, B.A., Van der Hart O., Mannar C.R. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress (pp.303-327). New York: Guilford, 1996.

van der Veer, G. Psychotherapy with Refugees. Amsterdam: SCS, 1993

Vealey R.S., Armstrong L., Comar W., Grenleaf CA. Influence of perceived coaching behaviors on burnout and competitive anxiety in female college athletes // J. of Applied Sport Psychology. 1998, vol. 10 (2), 297-318.

Vierick P. Burnout and work organization in hospital wards: A cross-validation study // Work and Stress. 1996, vol. 10 (3), 257-265.

Vredenburgh L.D. et. al. Burnout in counseling psychologists: type of practice settings and pertinent demographics // Counseling Psychology Quarterly. 1999, vol. 12 (3), 19–26.

Walker L. The battered woman. New York: Harper & Row, 1979

Waller N. G., Putnam F. W. Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences // Psychological Methods. 1996, vol. 1 (3), 300-323.

Weathers F. W., Blake D. D., Krinsley K. E. et al The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. – Boston, MA, 1992.

Weathers F. W., Litz B. T. Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale - Form 1 (CAPS-1) // PTSD Research Quarterly. 1994, vol. 5, P. 2–6.

Weiss D. S., Marmar C R., Metzler T., Ronfeldt H. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel //Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1995, vol. 63, 361–368.

Weiss D. S. Psychological processes in traumatic stress //Journal of Social Behavior and Personality. 1993, vol. 8, 3–28.

West I. J. Dissociative reactions // Comprehensive textbook of Psychiatry / Ed. by A. M. Freeman & H. I. Kaplan. – Baltimore: Williams & Wilkin, 1967.

Williams T. (ed.). Posttraumatic Stress Disorder: a handbook for clinicians. Cincinnati: DC:

DAV, 1987.

Wilson J.P., Krauss GE. Predicting post-traumatic stress disorders among Vietnam veterans. In Kelley WE (ed.) Post-traumatic Stress Disorder and the War Veteran Patient. New York, Branner/Mazel, 1982.

Wilson J. P., Hard, Z., Kahana, B. Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam. New York: Plenum, 1988.

Wilson, J., Raphael, B. (eds.) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum, 1993.

Winson F. The biology and function of rapid eye movement sleep // Current Opinion in Microbiology. 1993, N3, 243 – 247.

Wolpe J. The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press, 1969. ■

Yates J. L., Nashby W. Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal // Journal of Traumatic Stress. 1993, vol. 6, 3-10.

Zilberg N.J., Weiss D. S., Horowitz M.J. Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982, vol. 50, 407–414.

Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / Пер. с нем. М., Прогресс, 1995.

Алдер Х. НЛП: наука и искусство достижения совершенства. Мн.: Издатель В.П. Ильин. 1998.

Алдер Х. НЛП: современные психотехнологии. СПб., Питер, 2000.

Александров А. А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. СПб., Речь, 2000.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 399 с.

Александровский Ю.А. (ред). Психиатрическая помощь при землетрясениях. М., МЗ СССР, 1989.

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

Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, №4т.3.

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

Алексеева Л.С. (ред.) Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия: Научно-методическое пособие / – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.

Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье. [Http://2001.isras.ru/Socls/Articles/2003..04/Alexeeva.doc](http://2001.isras.ru/Socls/Articles/2003..04/Alexeeva.doc). 2002

Алексеева Л.С. Последствия страха, тревоги и гнева // Директор школы, 2000. № 6. С. 71–80.

Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1999.

Алиев Х. Защита от стресса. Как сохранить и реализовать себя в современных условиях. – М., 1996.

Атлета М.А., Гришанович Т.В., Лобанова Л.В., Травникова Н.Г.,

Трошихина Е.Г. Тренинг развития жизненных целей. Программа психологического содействия социальной адаптации. СПб., Речь, 2001.

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: метод, рекомендации. М., 1980.

Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. № 1. С. 26–38.

Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М.: МЦ СССР, 1978.

Андреас К., Андреас С. Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами

М., КСП+ – Ювента, 1994.

Андреас К., Андреас Т. Сущностная трансформация. Воронеж, НПО «МОДЭК», 1999.

Андреас С, Андреас К. Сердце разума. «Независимая ассоциация психологов-практиков», 1997.

Андреас С, Герлинг К., Фолкнер Ч. и др. Миссия НЛП: новейшие американские психотехнологии. М., Ин-т общегуманитарных исследований, 2000.

Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. № 4. Т. 2.

Анн Л. Психологический тренинг с подростками. СПб., Питер, 2003.

Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., 1975.

Антонян Ю.М. Терроризм. М., 1998.

Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал 1995 № 1. С. 3–19.

Анцыферова Л. И. Человек перед лицом жизни и смерти // Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики / Под. ред. К.А. Абульхановой и др. – М., 1997. С. 44-55.

Аршавский В. В., Ротенберг В.С. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию // Журн. высшей нервной деятельности. 1976. № 2. Т. 26. С. 424 – 428.

Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992.

Асанова Н.К. (ред.) Руководство по предотвращению насилия над детьми. М.: Владос, 1997.

Аствацатуров М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Воен. мед. журн. 1912. Т. ССXXXV. С.6888.

Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия.(Терапия, фокусированная на решении). СПб., Речь, 2000.

Бадхен А.А. (ред.). Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. Михайлова Т.И., Певзнер М.М. (сост.). СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.

Баева И.А. Тренинги психологической безопасности в школе. СПб., Речь, 2002.

Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000.

Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом. Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, № 1.

Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Фенько А. Б., Игнатьева Н. С, Локтаева М. Ю. (ред.) Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. Теория и методология. М.: МПЖ, 1999, с. 142-167.

Белый П., Швед Т. Тай-бо, Ки-бо, Каратэбика. Боевой фитнес для женщин. Ростов-на-Дону, Феникс, 2003.

Бендлер Р. Используйте свой мозг для изменений. СПб., Ювента, 1998.

Бендлер Р., Гриндер В., Сатир В. Семейная терапия и НЛП. М., Ин-т общегуманитарных исследований, 1999.

Бендлер Р., Гриндер Дж. Структура магии, т. 1,2. СПб., Белый кролик, 1993.

Березкина-Орлова В. Актерские телесно-ориентированные психотехники // Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Баскаков В.Ю. (ред. –сост.). М., Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.

Березкина-Орлова В.Б., Баскакова М.А. Телесно-ориентированная психотехника актера (методические рекомендации к проведению тренинга) //Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Под ред. В. Баскакова. М., Смысл, 1997.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. «Университетская книга»– АСТ, СПб. – Москва, 1998.

- Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М., Прогресс, 1986.
- Бурлачук Л. Ф., Грабская И. А., Кочарян А. С. Основы психотерапии. Киев-Москва, Ника-Центр – Алетейа, 1999.
- Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М., Российское педагогическое агентство, 1998.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Из лягушек в принцы. Новосибирск, Изд-во Новосибирского ун-та, 1992.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг. Воронеж, МОДЭК, 1995.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Формирование транса. М.: «Каас», 1994.
- Бэндлер Р., Гриндер Д. Шаблоны гипнотических техник М. Эриксона с точки зрения НЛП. М.: НАПП, 1995 – 232 с.
- Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. Санкт-Петербург: «Питер Пресс», 1997. - 336 с.
- Вагин И. Психология жизни и смерти. СПб., Питер, 2002.
- Вагин Ю., Трегубов Л. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
- Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. Психология зрелости и старения, № 1 (17), весна, 2002.
- Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. СПб., Речь, 2001.
- Варга А.Л, Типы неправильного родительского отношения: Автореф. дисс. канд. психол. наук. – М., 1984.
- Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991.
- Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
- Вачков И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. М., Изд-во «Ось-89», 1999.
- Вестник РАТЭПП, 1995. [Http://ratepp.by.ru/librare /suicid /suicid.htm](http://ratepp.by.ru/librare /suicid /suicid.htm)
- Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1998.
- Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. М.: Независимая фирма «Класс». 1997.
- Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М.: Независимая фирма «Класс». 1998.
- Владиславова Н. Особенности краткосрочной интенсивной психотерапии и подготовки психологических кадров для работы в экстремальных ситуациях // Доклады X итоговой конференции Европейской ассоциации психотерапии европейского конгресса по психотерапии. Москва, 1–4 июля 2001.
- Водопьянова Н.Е. Психическое «выгорание» // Мир медицины. 2001, № 7-8.
- Войцех В.В. Факторы риска повторных суицидальных попыток // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 14-21.
- Волков А.М., Микадзе Ю.В., Солнцева Г.Н. Деятельность: структура и регуляция. М., 1987
- Волков В. Т. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
- Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, № 4. Т. 3.
- Гингер С, Гингер А. Гештальт – терапия контакта. СПб., 1999.
- Гиндин Г. И., Духова О. Б. Социально-психологическая помощь детям – жертвам сексуального насилия в семье. Вологда, 1997.
- Гиршон А. Кинесфера: пространство движения. 2000а. [Http://www.chat.ru/~bodywork/dance4.htm](http://www.chat.ru/~bodywork/dance4.htm).
- Гиршон А. Танцевальная импровизация: за пределами терапии, 2000б. <http://www.aha.ru/~ipd/zajpredelami.htm>.
- Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоц. и психокоррекц. работы, 1994. № 1. С. 44-52.
- Гостюшин А.В. Энциклопедия экстремальных ситуаций. М., Зеркало, 1994.
- Грачева Л. В. Тренинг внутренней свободы. Актуализация творческого потенциала. – СПб., Речь, 2003.

- Гроллман Э. Суицид: первенция, интервенция, поственция //Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Составитель А. Н. Моховиков. М., Коги-то-Центр, 2001.
- Громов В.И., Васильев Г.А. Энциклопедия безопасности –2. М.. 2000. <http://uvdbal.tsr.ru/bezop/sob/htm>.
- Гроф Ст. За пределами мозга. М., 1992.
- Гроф Ст. Путешествие в поисках себя. М., 1994.
- Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения: Теория и практика / Пер. с англ. Саринной В.М. М., НФ «Класс», 1997.
- Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансак-ционный анализ с гештальт-упражнениями: Пер. с англ./Общ. ред. и послесл. Л.А. Петровской. М., Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Универс», 1993.
- Джонсон Д.А. Советы авиапассажирам (соблюдение правил безопасности полета и спасение в аварийных ситуациях) Пер. с англ. – М., Транспорт, 1989.
- Диллман Б. Результаты на мишени. СПб., Белый кролик, 1995.
- Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. М., Независимая фирма «Класс»>> 1997.
- Дилтс Р. Стратегии гениев. Т. 1,2, 3. М., Независимая фирма «Класс», 1998.
- Добротворский Н.М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.) // Научная медицина. 1919. № 1. С. 378-386.
- Догадана М. А., Пережогин Л. О. Выявление, профилактика, реабилитация потерпевших. М.: Сам себе адвокат, 2000.
- Доморацкий В. А. Интегративная психотерапия в лечении половых расстройств у мужчин // Материалы международной конференции «Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение». М., 1999.
- Доморацкий В. А. Особенности сексуальных дисфункций и их психотерапевтическая коррекция у ветеранов войны в Афганистане // Материалы межгосударственного научно-практического семинара 18–19 декабря 1998 года в г. Витебске, 1998.
- Дональд К. Внутренний мир травмы. Екатеринбург, «Деловая книга», 2000.
- Дормашев Ю.Б., Романов В.Я. Психология внимания. М., Тривола, 1999.
- Дэвис Б. Энциклопедия выживания и спасения. М., Вече, 1997.
- Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / Пер. с франц. М., Мысль, 1994.
- Ениколопов С.Н. Дети и психология агрессии // Школа здоровья, 1995, №3.
- Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 1998, № 3. С. 50-56.
- Еремина Т.И., Крюкова Н.П., Логинова Ю.Ю. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях, <http://pmuc.ra/eis/pdf/14.pdf>. 2003.
- Жане П. Психический автоматизм. М., Начало, 1913.
- Журавель А. П. Применение метода ДПДГ для лечения психогенных сексуальных расстройств // Материалы международной конференции «Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение». М., 1999.
- Захаров В. П., Хрящева Н. Ю. Социально-психологический тренинг: Учебное пособие. – Л., Изд-во ЛГУ, 1989.
- Зелигман М. Как научиться оптимизму. М., Вече. 1997.
- Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб., Речь, 2003.
- Изард К. Г. Психология эмоций / Пер. с англ. В. Мисник, А. Татлыбаевой, СПб., Питер, 1999.
- Ильин А.А. Школа выживания при авариях и стихийных бедствиях. М., ЭКСМО-Пресс, 2001.
- Ильина И.Г., Соловейчик М.Я. (ред.) Методические материалы по работе со вторичной травмой // Конфликт и травма. Вып.1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. СПб., Ин-т психотерапии и консультирования «Гармония», 2002.

Ильина СВ. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. 1998. № 6. С. 65-74.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., Специальная литература, 1996.

Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., Медицина, 1983.

Калмыкова Е.С., Е. А. Миско, Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал, 2001. Т. 22, № 4, с. 70-80.

Калмыкова Е.С., Падун М.А. Качество "привязанности как фактор устойчивости к психической травме // Ж. практ. психологии и психоанализа, 2002, № 1.

Каштан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. М., Медицина, 1994.

Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд. М., Медицина, 1990.

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., Медицина, 1985.

Картохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., Медицина, 1991

Кац Б., Тменчик Р. Анна Ахматова и музыка. Исследовательские очерки. – Л., 1989.

Кинард Э.М. Дети, страдающие от плохого обращения // Энциклопедия социальной работы. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. Т. 1. С. 202 - 209.

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

Китаев-Смык Л.А. Психология чеченской войны. М., 2002.

Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е.Бачерикова. Киев, 1994.

Клиническая психиатрия / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., Гэстар медицина, 1998.

Ковалев СВ. Исцеление с помощью НЛП. Нейролингвистическое программирование психосоматических исцелений. М., КСП+, 1999.

Ковалева О.В. Как вести себя в чрезвычайной обстановке. http://www.kovaleva.ru/articles/psihosom/psihosom_statya_9.shtml. 2003

Козер Л.А. Функции социального конфликта. М., Идея-Пресс, Дом интеллектуал, книги, 2000.

Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. М., Шанс, 1992.

Кондратенко С. Избранные аспекты работы с горем в гештальт-методе // Российский гештальт. Вып. 5 / Под ред. Н.Б.Дол-гополова, Р.П.Ефимкиной. Новосибирск: Научно-учебный центр НГУ, 2003.

Кондратенко В.Т. Суицидальное поведение // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. Минск, Харвест, 1999.

Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Рук. для врачей. М., Изд-во Института психотерапии, 2001.

Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал, 1989. Т. 10. № 5, с. 96–102. |

Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебри-финг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи. Ростов-на-Дону, 2001.

Кораблина Е. П., Акиндинова И. А., Баканова А. А., Родина А. М. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов. СПб., 2001.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, Наука, 1990.

Котенев И. О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция // Психопедагогика в правоохранительных органах, 1996, №1(3), с. 76–84.

Кочарян Г. С, Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М., 1994.

Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М, 1999.

Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Психологическое насилие над ребенком в семье, его

причины и следствия // Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие. М., ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.

Краснянский А. Морозов П. В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане: Съезд психиатров. М., 1995.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешек. – М., Медицина, 1991.

Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие. М., Изд-во НЦ ЭНАС, 2001.

Кэмпбелл Д. Эффект Моцарта. Мн., Попурри, 1999.

Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. СПб., Питер, 2002.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Киев, София, 2000.

Лазарус А. Мультимодальная психотерапия // Зейг Д.К., Мьюнион В.М. Психотерапия – что это? М., НФ «Класс», 2000а.

Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. М., НФ «Класс», 2000б.

Лейнер Г. Кататимное переживание образов: методика использования воображаемых ситуаций в коррекции самочувствия. М., Эйдос, 1996.

Лейнер Г., Корнайт Х. Инициированная проекция символов // Психосинтез и другие интегративные техники психотерапии. А.А. Бадхен, В.Е. Каган (ред.), М., Смысл, 1997

Леонгард К. Акцентуированные личности: Киев, 1989.

Лидере А. Г. Психологический тренинг с подростками. М., Academia, 2003.

Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1984.

Лисицкая Т.С. Аэробика на все вкусы. М.: Просвещение-Владос, 1994.

Лисицкая Т.С. Ритм. Пластика. М.: ФиС, 1988.

Литвинцев СВ., Шамрей В.К. (ред.). Военная психиатрия. СПб.: ВмедА, ЭЛБИ-СПб., 2001.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1977.

Ловелле Р.П., Малимонова С. Когнитивно-имагинативные методы в лечении травматического стресса. На примере тренинга для работников социальной сферы в Чечне, www.supporter.ru, 2003.

Лоуэн А. Биоэнергетика. Терапия, которая работает с телом. СПб., Речь, 2000.

Лоуэн А. Психология тела. Телесноориентированный биоэнергетический психоанализ. М., Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997.

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М., Смысл, 2000.

Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. М., 1996.

Маданес К. Стратегическая семейная терапия. М., НФ «Класс», 1999.

Мак-Дермотт Я., О'Коннор Дж., «НЛП и здоровье», Челябинск, изд-во «Библиотека А. Миллера», 1998.

Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1.

Маклаков А. Г., Черемянин С. В., Шустов Е. Б. Проблема прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 2.

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб., Речь, 2001.

Макшанов С. И., Хрящева Н. Ю. Психогимнастика в тренинге. СПб., Ин-т тренинга, 1993.

Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Новейший справочник. СПб. -М., Сова - Эксмо, 2003.

Марищук В., Евдокимов В. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Сентябрь, 2001.

Меграбян А.А. Личность и сознание. М., 1978.

- Меновщиков В. Ю. Введение в психологическое консультирование. М., 1998.
- Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. М., Смысл, 2002
- Минигалиева М.Р. Психологическая помощь первичным жертвам катастроф и террористических актов // Психология зрелости и старения, № 4 (16), зима, 2001.
- Минухин С, Фишман Ч. Техники семейной терапии. М., Независимая фирма «Класс», 1998.
- Михайлова Н. Ф. Повседневный стресс в семьях здоровых и больных неврозами// Материалы конгресса по детской психиатрии. М., 25-28 сентября 2001. С. 42-43.
- Михайлова Н. Ф. Систематическое исследование индивидуального и семейного стресса и копинга у членов семей здоровых лиц: Дисс. канд. псих. наук / СПб. НИИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 1998. С. 131-140.
- МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева, СПб. 1995.
- Молтсбергер Дж. Опасность самоубийства: клиническая оценка и принятие решений. Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, № 1.
- Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001а.
- Моховиков А.Н. Введение к клинко-психологическому разделу // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-центр, 2001б.
- Мэнделл Дж. Г., Дамон Л. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. – М.: Генезис, 1998.
- Мягер В.К., Мишина Т.М. Семейная психотерапия. Л., 1979.
- Назаретян А. П. Психология стихийного массового поведения. М., ПЕР СЭ, 2001.
- Назарова И.Э. Личность и травма. 2002. [Http://www.zvezda-oriona.ru/66912.htm](http://www.zvezda-oriona.ru/66912.htm)
- Найт С. Руководство по NLP. СПб., Речь, 2000
- Наранхо К. Гештальт-терапия. Воронеж, 1995.
- Наранхо К. Техники гештальт-терапии. Практическое руководство для профессионалов. СПб, 1995.
- Насилие в семье // Энциклопедия социальной работы / Под ред. Л.Э.Кунельского и М.С.Мацковского. – М., 1994. – Т. 2. – С. 105.
- Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие: Научно-методическое пособие / Под ред. Л.С.Алексеевой. – М., 2000.
- Небылицын В.Д. Основные свойства нервной системы. М., 1991.
- О'Коннор Дж., Сеймор Дж. Введение в НЛП. Челябинск, Версия, 1997.
- Ольшанский Д.В. Психология террора. М. – Академический проект, Екатеринбург – Деловая книга, 2002.
- Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001, № 3.
- Орлов А. Б. Психологическое насилие в семье – определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000, №2–3.
- Павлов И. П. Общие типы высшей нервной деятельности животных и человека // Психология индивидуальных различий: Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я.Романова. М., 1980. С. 21 - 23.
- Парфенова Н.Б. К типологии поведения несовершеннолетних потерпевших в ситуации психического насилия // Актуальные проблемы практического психолога. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургск. ун-та, 1992. С. 43–48.
- Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт. М., 1993.
- Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М., Медицина, 1996.
- Пергаменщик Л.А., Гончарова С.С, Яковчук М.И. Преодоление психологических травм. – Мн.: НИО, 1999
- Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии. Пер. англ. М. Папуш. М.: Либрис,

1996.

- Перлз Ф. Практика гештальт-терапии. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
- Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. М.: Издательство Института психотерапии, 2001.
- Перри Г., Как справиться с кризисом. М., Педагогика-пресс, 1995.
- Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. М.--' Независимая фирма «Класс», 1999.
- Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. М., 1992.
- Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. СПб., Речь, 2000.
- Поуст Дж. Мы против них: групповая динамика политического терроризма. // В сб.: Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технология разрешения. Вып. 4. Терроризм. М., 1993. С. 31-32.
- Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. Минск, Харвест, 1999.
- Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий: Метод, пособие / Сост. М. А. Костенко, Н. Б. Костенко, А. В. Урезков. <http://arw.asu.ra/nko/man/2.ra.html>.
- Психотерапия в очаге чрезвычайной ситуации // Психосфера, 1998, № 4.
- Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М., Академический проект, 2000.
- Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. Изд. Института психотерапии, М., 2000.
- Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 1995.
- Райх В. Функция оргазма. СПб. – М.: Университетская книга - АСТ, 1997.
- Райх В. Характероанализ. М., Республика, 1999.
- Решетников М.М. и др. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал, М., 1989. Т. 10. №4.
- Робин М. Гештальт-терапия. – М.: Эйдос, 1996.
- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., Прогресс-Универс, 1994.
- Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. М., 1999.
- Ромек В. Г. Теория выученной беспомощности М. Селигмана // Журнал практического психолога, 20006 № 3 – 4, с. 218 – 235.
- Ромек В., Ромек Е. Тренинг наслаждения. СПб., Речь, 2003
- Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., Речь, 2004.
- Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб., Питер, 2001.
- Руководство по телефонному консультированию. Метро Крайсис Лайн. Портленд (США). Щелково, 1996.
- Саймон Р. Один к одному. Беседы с создателями семейной терапии. М., 1996.
- Сатир В. Как строить себя и свою семью. М., 1992.
- Сатир В. Психотерапия семьи. СПб., Ювента, 1999.
- Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми и его последствия/ Жестокое обращение с детьми: сущность, причины, социально-правовая защита. М., 1993.
- Свит К. Соскочить с крючка. СПб., 1997.
- Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., МЕДГИЗ, 1960.
- Селье Г. Психофизиология стресса. М., 1991.

- Селье Г. Стресс без дисстресса. – М., Прогресс, 1979.
- Сенявская Е. Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром // История. 1999. № 43. [Http://archive.lseptember.ru/his/1999/his43.htm](http://archive.lseptember.ru/his/1999/his43.htm).)
- Серіеееа Л.С. Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия. СПб., СПб РОФ «Практическая психотерапия», 2000.
- Сидоренко Е. В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. СПб: Речь, 2000.
- Сидоров П. И., Лукманов М. Ф. Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1997. № 3.
- Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя. Журнал практической психологии и психоанализа № 1–2, 2001.
- Синягина Н.Ю., Пазекова Г.Е., Пискунова Е.Ю. Психологическая реабилитация детей и подростков, подвергшихся насилию. М., Вузовская книга, 2001.
- Синягина Н.Ю. Психологические аспекты жестокости в детско-родительских отношениях. – М. –Ульяновск: фирма Darp, 1995.
- Смирнов А.В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших: Автореф. канд. дисс. – С-Пб., 1997. - 19 с.
- Смирнов А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких. // В сб.: Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии./ Под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. - СПб., 1999.
- Смирнов А.В. ПТСР и некоторые базовые убеждения человека. <http://alex-therapy.narod.ru/PTSD.htm>. 2002.
- Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г, Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии. Под ред. Снежневского А.В., т. 2. М., Медицина, 1983.
- Соловейчик М.Я. Профилактика сгорания // Мастерство психологического консультирования. Бадхен А.А., Родина А.М. (ред.). СПб., Европейский дом, 2002.
- Соловейчик М.Я. Супервизия // Мастерство психологического консультирования. Бадхен А.А., Родина А.М. (ред.). СПб., Европейский дом, 2002.
- Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний. СПб., ЭЛБИ, 2003.
- Соонетс Р., Локо Я., Локо Т. и др. Недостойное обращение с детьми.: Тарту, АО Атлекс, 2000.
- Старшенбаум Г.В., Амбрумова А.Г. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации (с правом переиздания местными органами здравоохранения). Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР. Москва, 1987.
- Стратегия борьбы с насилием в семье: Справочное руководство. - Нью-Йорк, ООН, 1998.
- Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. СПб., Социально-психологический центр, 1996.
- Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-центр, 2001.
- Сухов А.Н., Деркач А.А. (ред.) Прикладная социальная психология. М. –Воронеж, Ин-т практической психологии – НПО «МОДЭК», 1998.
- Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. СПб. –М., Сова – Эксмо, 2003.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., Питер, 2001.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992, т. 13, № 2, с. 14–29.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др. Психологические

характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. М., 1997. С. 254–262.

Тарас А.Е. (ред.) Современная военная психология. Мн., Харвест, 2003.

Урбанович А.А. Психология управления (Учебное пособие). Мн., «Харвест», 2001.

Урбанович А.А. Теория и практика управленческой деятельности офицера. Мн., Военная академия, 1998.

Ухтомский А. А. Собр. соч. Л., Изд-во АН СССР, т. 2, 1951.

Фанч Ф. Преобразующие диалоги. Киев, Ника-Центр, Вист-С, 1997а.

Фанч Ф. Пути преобразования. Общие модули процессинга. Киев, Ника-Центр, Вист-С, 1997б.

Фельденкрайз М. Осознание через движение, М. –СПб., Университетская книга, 2000.

Фельденкрайз М. Понимание при делании / Под ред. Баскакова В. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. М., Смысл, 1997.

Филатов Ф.Р. Основы психологической помощи детям – жертвам экстремальных ситуаций // Работник социальной службы. 2000, № 3, с. 87-92.

Фопель К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. М., Генезис, 2000.

Франк Л.В. Виктимология и виктимность. Душанбе, Ифрон, 1972.

Франкл В. Доктор и душа. СПб., 1997.

Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., Ювента, 1999.

Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. М., Прогресс, 1990.

Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М., Наука, 1989.

Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. М., Изд-во Моск. ун-та, 1984.

Фрейд А. Введение в детский психоанализ. СПб., Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995.

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

Фрейджер Р., Фейдимен Дж. Личность. Теории. Эксперименты. Упражнения. СПб., Прайм-Еврознак, Издательский дом «Нева», М., Олма-Пресс, 2001.

Фримен Д. Техники семейной психотерапии. СПб., Питер, 2001.

Фролова Т. В. Начнем с познания себя // Директор школы. 1997, №6, с. 18-25.

Фромм^Э. Душа человека. М., 1992.

Хейли Дж. Необычайная психотерапия. Психотерапевтические техники Милтона Эриксона. СПб., 1995.

Хеллингер Б. Порядки любви. М., изд-во Института психотерапии, 2001.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.. Мысль, 1994.

Хрестоматия по суицидологии. Киев, 1996.

Хрящева Н.Ю. (ред.) Психогимнастика в тренинге. СПб., Ювента, 1999.

Цуканова Е.В. Психологические механизмы поведения и деятельности личности в экстремальных условиях (Материалы к лекции). М., РСПИ, 1991.

Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. М., Академия, 1997.

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

Черепанова Е.М., Психологический стресс. М., Академия, 1996.

Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». – М., 1997.

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. М., НФ «Класс», 1998.

Шерман Р. Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. – М., НФ «Класс», 1997.

Шкурко Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. СПб., Речь, 2003.

Шлыков В. И. Постстрессовые состояния с позиции теории интегральной

индивидуальности. [Http://www.degacom.ru/~pmt/konf/konf97.htm](http://www.degacom.ru/~pmt/konf/konf97.htm).

Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М., Когито-центр, 2001.

Шойгу С.К., Кудинов СМ., Неживой А.Ф. и др. Учебник спасателя. М., МЧС, 1997.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1989.

Эндрюс Т. Магия танца. М. – Киев, REFL-book – Ваклер, 1996.

Энциклопедия экстремальных ситуаций. [Http://www.balti.iatp.md/reicu/ES E2/](http://www.balti.iatp.md/reicu/ES E2/)

Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. М., Наука, 1996.

Юнг К.Г. Душа и миф: шесть архетипов / Пер. с англ. Киев: Гос. б-ка Украины для юношества, 1996.

Юрьева Л.Н. История, культура, психические и поведенческие расстройства. М., Сфера, 2002.

Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. Днепропетровск, 1999.

Яковлев М.Г. Синдром выгорания психотерапевтов: симптомы и работа с ними, http://www.adventist.org.ru/psych/rs_sbn01.htm. 2002.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., НФ «Класс», 2000.

Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. М., Эксмо Пресс, 2001.

Ясперс К. Общая психопатология. М., Практика, 1997.