



ТРАВМАТЕРАПИЯ. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

ТРАВМАТЕРАПИЯ. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

Монография



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ДОНЕЦКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»

ТРАВМАТЕРАПИЯ. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

Монография

Под общей редакцией
доктора психологических наук Е.Г. Максименко
доктора медицинских наук В.В. Седнева
кандидата психологических наук А.В. Гордеевой
кандидата психологических наук Е.В. Новиковой

ООО «НПП «Фолиант»
г. Донецк
2019

УДК: 159.94:159.972:159.964 + 614.8:616.8-008.6
ББК: 88.2 + 56.1
Т 65
ISBN 978-5-6042162-7-9

Рекомендована к печати ученым советом ГОУ ВПО
«Донецкий педагогический институт» (протокол №9 от 06.05.2019 г.)
Рекомендована к печати ученым советом ГОУ ВПО
«Донецкий национальный университет» (протокол №5 от 31.05.2019 г.)

Рецензенты:

Бабюк Игорь Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор;
Кагермазова Лаура Цараевна, доктор психологических наук, профессор;
Ильина Татьяна Борисовна, кандидат психологических наук, доцент.

Авторский коллектив:

Бабенко-Сорокопуд И.В. кандидат медицинских наук;	Лох К.В., кандидат психологических наук, доцент;
Бажутина С.Б., кандидат педагогических наук,	Максименко Е.Г., доктор психологических наук,
доцент;	доцент;
Барышева Е.И., кандидат психологических наук,	Мухина И.А.;
доцент;	Новикова Е.В., кандидат психологических наук;
Бешуля О.А., кандидат медицинских наук;	Охмат А.А.;
Бубнова А.Х.;	Пацкань И.И., кандидат медицинских наук, доцент;
Гомозова И.С.;	Руденко С.В., кандидат психологических наук,
Гордеева А.В., кандидат психологических наук,	доцент;
доцент;	Седнев В.В., доктор медицинских наук, профессор;
Иванова И.В.;	Таций В.Н., кандидат психологических наук;
Игнатенко Т.И.;	Титиевский С.В., доктор медицинских наук,
Киосев Н.В., аспирант;	профессор;
Киосева Е.В., доктор медицинских наук, профессор;	Фролова А.Г.
Клешня В.Г.;	Яновская Л.В., кандидат психологических наук,
Кравчук А.В.;	доцент.

Т 65

Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий: монография / Авторский коллектив / под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Седнева, А.В. Гордеевой, Е.В. Новиковой. – Донецк: Издательство ООО «НПП «Фолиант», 2019. – 379 с.
ISBN 978-5-6042162-7-9

Монография является результатом научно-практической деятельности специалистов в области травматерапии, отражающей собрание опыта, форм и методов работы психологов, медиков, социальных педагогов, работающих на территории Донбасса. Авторы монографии – эксперты одноименной конференции, проведенной на базе Донецкого национального университета 21-22 ноября 2018 г. – обращают внимание на важность проработки психотравмы, без которой невозможно стабилизировать психоэмоциональное состояние и восстановить адаптационные ресурсы. Основная цель монографии – обеспечение необходимыми теоретико-практическими знаниями специалистов, работающих в области социальной поддержки и медико-психологической помощи пострадавшему населению, проживающему в зоне конфликта.

Публикуется в авторской редакции.

ISBN 978-5-6042162-7-9



9 785604 216279

УДК: 159.94:159.972:159.964 + 614.8:616.8-008.6
ББК: 88.2 + 56.1

Т 65

Донецкий национальный университет, 2019
Донецкий педагогический институт, 2019
ISBN 978-5-6042162-7-9

©Коллектив авторов, 2019

©ООО «НПП «Фолиант», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		5
ГЛАВА 1	УСПЕШНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С ТРАВМОЙ И КРИЗИСНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ БЛИЗКОГО: ТРАВМАТЕРАПИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГОРЕВАНИЯ	7
	1.1 Глубинно-психологический аспект переживания психотравмы. <i>Е.Г. Максименко.</i>	7
	1.2 Понятие и признаки посттравматического стрессового расстройства у взрослых и детей. <i>Е.Г. Максименко, А.В. Гордеева, Е.В. Новикова.</i>	15
	1.3 Посттравматическое стрессовое расстройство как последствие участия в военных действиях. <i>С.В. Титиевский.</i>	32
	1.4 Переживание горя и утраты. Психологическая помощь на разных этапах горевания. <i>Е.Г. Максименко, И.В. Иванова.</i>	37
	1.5 Клинико-психологические особенности адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи в условиях преодоления социального стресса. <i>Е.В. Киосева, И.И. Пацкань, О.А. Бешуля, Н.В. Киосев.</i>	51
	1.6 Автопоз и возможности посттравматического роста жителей ДНР в контексте системного подхода. <i>К.В. Лох</i>	72
ГЛАВА 2	ТРАВМАТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ: ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ, ДИАГНОСТИКА. СУИЦИД: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАМЕРЕНИЙ, ПОДДЕРЖКА, ТРАВМАТЕРАПИЯ. ТЕЛЕФОННОЕ КРИЗИСНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ	83
	2.1 Психологический смысл депрессии. <i>Л.В. Яновская.</i>	83
	2.2 Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических вмешательств при депрессии. <i>С.В. Титиевский.</i>	92
	2.3 Психологические особенности суицидального поведения студенческой молодежи. <i>Е.И. Барышева.</i>	97
	2.4 Суицидальное поведение студентов как социально-психологическое явление. <i>Е.И. Барышева.</i>	108
	2.5 Суицидальное поведение как социопсихиатрическая проблема. <i>С.В. Титиевский.</i>	122
	2.6 Феноменология и дифференциация самоубийств. <i>В.В. Седнев.</i>	143
	2.7 Ведение пациента с суицидом или самоповреждающим поведением. Роль психотерапии в снижении риска самоубийств.	178

2.7.1	Ведение пациента с суицидом или самоповреждающим поведением. <i>С.В. Титиевский, В.Г. Клешня.</i>	178
2.7.2	Роль психотерапии в снижении риска самоубийств. <i>С.В. Титиевский, А.В. Кравчук.</i>	189
2.8	Детское и подростковое самоубийство и самоповреждение: лечение и профилактика. <i>С.В. Титиевский.</i>	215
2.9	Практика телефонного консультирования в кризисной ситуации. <i>Е.Г. Максименко, А.А. Охмат.</i>	223
ГЛАВА 3	СПЕЦИФИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И СЕМЬЯМИ, СВИДЕТЕЛЯМИ ВОЕННЫХ СОБЫТИЙ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ТРАВМАТЕРАПЕВТОВ.	239
3.1	Экстренная психологическая помощь в кризисной ситуации. <i>А.А. Охмат.</i>	239
3.2	Активизация самосознания как способ повышения устойчивости человека к травмам. <i>С.Б. Бажутина.</i>	242
3.3	Особенности эффективного взаимодействия с военнослужащими. <i>И.С. Гомозова.</i>	263
3.4	Психологическое сопровождение семьи в кризисных ситуациях. <i>И.В. Бабенко-Сорокопуд, А.Г. Фролова.</i>	269
3.5	Влияние профессиональной деятельности на личность психолога, работающего в структурных организациях. <i>В.Н. Тацкий.</i>	277
3.6	Особенности применения проективных методов в процессе супервизии в условиях военного конфликта. <i>Е.Г. Максименко.</i>	283
Приложение А	Колумбийская шкала оценки тяжести суицида.	289
Приложение Б	Сценарий тренингового занятия «Мужество быть». <i>А.Х. Бубнова, Т.И. Игнатенко.</i>	297
Приложение В	Сценарий занятия «Использование элементов сказкотерапии в работе с тревожными детьми». <i>И.А. Мухина, И.С. Гомозова.</i>	304
Приложение Г	Рекомендации по работе с проявлениями ПТСР у детей. <i>С.В. Руденко.</i>	314
Приложение Д	Программа тренинга стабилизации эмоционального состояния подростков. <i>Е.Г. Максименко.</i>	322
Приложение Ж	Основные потребности детей и схемы оказания помощи. <i>Е.Г. Максименко.</i>	364
СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		371
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ		375

ВВЕДЕНИЕ

Психосоциальные проблемы взрослых и детей, получивших травматический опыт в результате военно-гражданского конфликта, нуждаются в профессиональном решении и сопровождении. Жители Донбасса переживают серьезные эмоциональные потрясения, связанные с угрозой жизни, потерей близких, имущества, работы, распадом семей, вынужденным переселением, отказом от прежних жизненных смыслов.

Известно, что социальные конфликты, войны, гражданские столкновения оставляют деструктивный след на психоэмоциональном состоянии детей и взрослых – свидетелей данных событий. Глобальные и неожиданные изменения в социальной ситуации наносят ущерб физическому и психическому здоровью, изменяют ценности и приоритеты, негативно воздействуют на чувство собственного достоинства, значимости для общества. Влияние данных факторов усиливается, если конфликт продолжается, сохраняется угроза для населения, социальное положение которого становится все более уязвимым.

Психика человека – сложная многофункциональная система, позволяющая человеку выдерживать травматический опыт, адаптироваться даже к самым жестким и, порой, нечеловеческим условиям жизни. Ценой такой адаптации зачастую является вытеснение, «замораживание» чувств, связанных с травмирующим переживанием. Внешне наблюдается приспособление к изменившимся социальным, экономическим, физическим условиям. Однако травматический опыт сохраняется в глубинных системах психики и начинает латентно влиять на жизнь человека, взрослого или ребенка. Постоянное внутреннее недовольство создает платформу социальным конфликтам; чувство вины из-за ощущения бессилия изменить непринимаемую ситуацию готовит почву для психосоматических, аддиктивных нарушений, появлению неврозов, депрессии и суицидальных тенденций. Нарушается естественное стремление человека к саморазвитию и познанию, жизненные смыслы сужаются до уровня удовлетворения базовых витальных потребностей.

Материальный ущерб, количество физически пострадавших людей можно оценить, но практически не поддается оценке психоэмоциональный, моральный вред, нанесенный военным конфликтом здоровью детей и их родителей, лицам пожилого возраста. Наиболее пострадавшей стороной в ситуации военного конфликта оказываются дети и женщины, которые испытывают сильнейшее чувство незащищенности и имеют высокий риск быть подвергнутыми насилию.

Монография «Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий» является результатом проведенной 21-22 ноября 2018 г. в г. Донецке одноименной конференции и представляет собой собрание опыта, форм и методов работы специалистов, психологов, медиков, социальных работников, педагогов, работающих на территории Донбасса. Авторский коллектив монографии – эксперты в области травматерапии – акцентируют на

важности проработки психотравмы, без которой невозможно улучшить, стабилизировать общее психоэмоциональное состояние субъекта и восстановить его адаптационные психические ресурсы.

Цель монографии – обеспечение необходимыми теоретико-практическими знаниями специалистов, работающих в области социальной поддержки и медико-психологической помощи пострадавшему населению, проживающему в зоне конфликта. По нашему мнению, в первую очередь специализированная помощь должна ориентироваться на: снижение эмоционального напряжения, стабилизацию уровня тревожности, нивелирование агрессии; повышение продуктивной активности и спонтанности поведения в ситуациях общения и деятельности, укрепление мотивации сотрудничества и чувства общности; стабилизацию чувства безопасности (защита от возможного последующего ущерба); формирование и развитие адаптационных ресурсов и навыков саморегуляции.

В содержание травматерапии должны входить умения и навыки специалистов: определять эмоциональное состояние детей и взрослых посредством наблюдения и с помощью диагностических процедур; анализировать и открывать ресурсные возможности; проводить психологические интервенции, способствующие развитию самоосознания и вербализации эмоционального состояния, снижению эмоционального напряжения и развитию позитивного настроя на настоящее; умений внутренне расслабляться, свободно дышать, снижать мышечное напряжение; восстанавливать социально-коммуникативные навыки, групповую сплоченность, социальную адаптивность; консультировать взрослое население по вопросам стабилизации эмоционального состояния детей, восстановления их ресурсов адаптивности и саморегуляции.

Все разделы выстроены в логической последовательности, раскрывающей проблему психотравмы от начала возникновения (причины, признаки), крайней степени выраженности (депрессия, суицидальные тенденции) до особенностей медико-психолого-социальной реабилитации последствий психотравмирующих событий как для населения, так и для специалистов помогающих профессий. Каждый раздел начинается с определения проблемы, затем предлагаются методы и приемы травматерапии, апробированные в условиях военного конфликта. В Приложениях представлены авторские разработки, рекомендации для пострадавших и непрофессиональных помощников, а также справочный материал, куда можно обратиться за медико-психолого-социальной помощью в Донбассе.

Монография предназначена для практических психологов, педагогов, медицинских, социальных работников, студентов и всех тех, кто интересуется темой травматерапии.

Елена Максименко

ГЛАВА 1

УСПЕШНЫЕ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С ТРАВМОЙ И КРИЗИСНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ. КРИЗИСНАЯ СИТУАЦИЯ УТРАТЫ БЛИЗКОГО. ТРАВМАТЕРАПИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГОРЕВАНИЯ

1.1 Глубинно-психологический аспект переживания психотравмы.

Е.Г. Максименко

Проблема «психической травмы» непосредственно связана с глубинными феноменами психики и рассматривается как аффективный след переживаний, сопряженных с определенным травмирующим событием – это некое внешнее событие, причинившее человеку, взрослому или ребенку, среде обитания вред, последствия которого переживаются настолько интенсивно, что сознательная часть психики не может их принять. Главным признаком травмирующего события является его внезапность. Травмирующее событие способно резко и неожиданно изменить жизнь человека, социальную ситуацию развития.

Исследованы последствия психической травмы – разрушение сформированных ранее структур психики, привычных представлений о мире и собственном «Я» [1, 4, 7, 9, 11]. Психическая травма способна оказать воздействие на всю психическую жизнь человека, оставляя негативный след в функционировании процессов когнитивной сферы, социальной жизни и общей адаптивности. Последствия психической травмы обнаруживают себя в переживаниях субъекта относительно обыденной жизни, которая воспринимается с дефицитом общения, яркости восприятия окружающего мира, позитивных эмоций, что приводит к стойкому снижению настроения, приступам тревоги, паники, навязчивой привязанности к либидному объекту, либо обособленности от окружающих. При этом ранее вполне самодостаточная личность начинает ощущать беспомощность, одиночество, страхи, потерю смысла жизни.

Психическая травма деструктивно влияет на восприятие субъектом времени и пространства. Нарушается естественная связь между событиями прошлого, настоящего и будущего. Чрезвычайное событие становится своеобразной границей, разделяющей воспоминания, чувства, мысли субъекта на до и после. Человек либо застревает в переживаниях прошлого, либо, напротив, отмежевывается от них, настраиваясь только лишь на «лучшее» будущее. Настоящее проживается безрадостно и бессмысленно.

Изменения в среде обитания, окружающем пространстве лишают человека привычной точки опоры, он теряет уверенность в себе, своих возможностях, появляется недоверие к близким, окружающим людям, либо, напротив, становится характерной чрезмерная открытость и доверчивость, когда точкой

опоры становится некий случайный выбор (люди, отношения, чужие ценности, иная религия, мистические практики и т.п.). Ради новой «точки опоры» человек с легкостью отказывается от прошлого, внутренне надеясь на избавление от травмирующей боли.

Изменения в привязанности можно назвать характерной чертой психотравмы, имеющей чрезвычайно деструктивные последствия. Особенно, если речь идет о родительской привязанности к детям. Ребенок, который вдруг оказывается не нужным своей матери, переживающей психотравму, получает порцию материнской депривации. Во всех возрастных группах у депривированных детей отмечается тенденция обособления, изоляции от сверстников, других взрослых; недостаточность развития высших чувств – сочувствия, сострадания, соучастия. Чувства вины и стыда приобретают своеобразный акцент в выражении. При внешней демонстрации неспособности сознавать свою вину и испытывать чувство стыда, депривированный ребенок внутренне чрезмерно сильно страдает от этих чувств, тут же неосознанно вытесняя эти страдания, замещая их агрессией, либо аутоагрессией.

Феномен отчуждения, наблюдающийся при психотравме впервые описан в литературе З. Фрейдом, согласно которому отчуждение есть реакция на переживание неудовлетворения потребности в эмоциональной поддержке, заботе, принятии, теплых отношениях со стороны близких. По З. Фрейду [14], феноменологически отчуждение выражается: 1) в дереализации – невротической потере субъектом чувства реальности происходящего; 2) в деперсонализации – утрате своей индивидуальности. Сферу применения этого понятия расширил Э. Фромм [15], показав, что отчуждение выступает в шести формах: 1) отчуждение от потребностей; 2) от своего труда; 3) от природы; 4) от государства; 5) от других; 6) от себя. По сути, Э. Фромм показал путь психически травмированного человека.

В психоаналитической теории мы открываем механизм психической травмы. Согласно З. Фрейду, в психике каждого человека содержится определенное количество энергии, обеспечивающей его психическую активность в познании, общении, деятельности. Психическая энергия рассматривается как нечто, что может увеличиваться или уменьшаться в результате возбуждения (сильной эмоциональной реакции) или оттока (сублимации, например). В случае психотравмы, возникает скопление, сгущение психической энергии, создающей напряжение и энергетическая активность направляется во внутрь психического для регуляции (уменьшения) психического напряжения. Физиологическим эквивалентом скопления психической энергии могут быть мышечные зажимы (В. Райх) [12], психосоматические заболевания (А. Менегетти) [10].

Врожденные инстинкты подчиняются принципу энтропии, закону термодинамики, согласно которому любая энергетическая система стремится к сохранению динамического равновесия. В ситуации переживания психотравмы, детерминантом поведения становятся деструктивные тенденции производные

энергии мортидо – инстинкты влечения к смерти (Танатос), которые лежат в основе всех проявлений жестокости: агрессии, войн, убийств, самоубийств.

Наши рассуждения относительно механизма образования психотравмы обращают внимание на функционирование глубинных психических процессов. На рис. 1.1 символично в виде сосуда изображен психический аппарат, внутри которого «находится» психическая энергия, определенный объем которой человек получает при рождении [9, 12, 14].

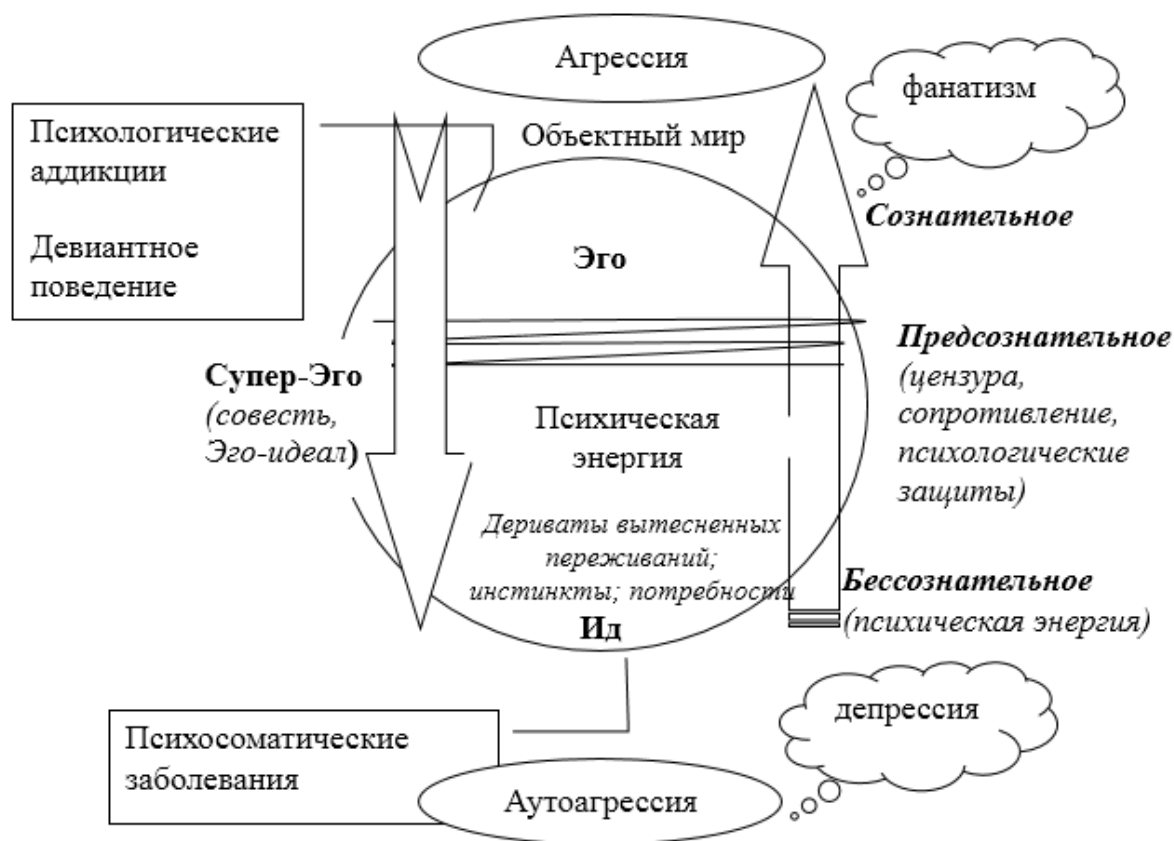


Рис. 1.1. Механизм образования психической травмы

Представим, что «температура» психической энергии, по аналогии с температурой тела человека, в норме равняется 36,6°C. Аффекты (страхи), возникающие в результате психической травмы (блокировки значимых потребностей деструктивной внешней средой или вызванные деструктивными событиями, резко негативно изменившими социальную среду) и связанных с ней переживаний, вытесняются защитной системой в бессознательное. В случае чрезмерного для психики субъекта накопления вытесненного психического содержания, возникает «запруживание» аффектов – состояние внутреннего напряжения, которое «повышает температуру» психической энергии. Человек даже лексически проговаривает «Я больше не в состоянии терпеть», «я – закипаю», «все – у меня «крышу сносит». Аффекты стремятся к разрядке и удовлетворению фрустрированной потребности с целью снизить напряжение и приблизиться к ощущению гомеостаза. Агрессия, конфликт самый прямой

способ «снятия» напряжения. Существуют и способы опосредованной компенсации: с помощью двигательной активности (например, спорт); ассоциативным путем (творчество) или деструктивным (аддикции). Однако, при компенсации психическая энергия расходуется не на развитие личности, созидание нового, а на возмещение фрустрации. Субъектная продуктивная активность тормозится.

В ситуации строгих социальных ограничений (и самоограничений), когда любого рода компенсация не допускается, агрессия направляется внутрь психического аппарата (аутоагрессия), при этом энергия как бы «замораживается» – возникает состояние «сжатой пружины». Субъект ощущает снижение уровня работоспособности, нарушение сна, потерю аппетита, частые головные боли, на психологическом уровне – повышенную тревожность, страх, вину, отчаяние, нежелание общаться, и в целом – неудовлетворенность собой и социумом. В этом случае, индивид, либо абсорбирует, находит освобождение в разного рода аддиктах, либо еще более вытесняет переживания, которые находят выход в соприкосновении с телесным, то есть в психосоматических, невротических нарушениях, появлении депрессивных расстройств и т.п.

Стремясь к равновесию [14], энергетическая система психически травмированного индивида стремится к разрядке через разрушение – болезни, аддикции, агрессию, аутоагрессию, асоциальное, девиантное поведение и пр. Возникающие амбивалентные чувства к близким детерминируют действие механизма возмещения: агрессия, направленная на объект, оборачивается на субъекта. Появляется стойкое чувство вины, которое обуславливает феномен самонаказания. Чувство вины может выражаться в аскетизме, социальных ограничениях, психосоматических заболеваниях. В чувственной сфере субъекта появляются ощущения ненужности, нежелательности, безразличия, что в дальнейшем подготавливают почву для развития депрессивных состояний, крайним выражением которых является суицид.

Выше предложенная метафора позволяет не только представить механизм психической травмы и ее последствия для психического развития субъекта, но и определить способы травмотерапии, которые в первую очередь, должны быть направлены на предупреждение вытеснения и «замораживания» аффектов.

Существует несколько разновидностей психотравмы. Например, шоковая травма возникает, когда индивид переживает потенциально угрожающее жизни событие, подавляющее способность человека адекватно на него реагировать. Травма, полученная в детстве, в виде страданий от жестокого обращения значимыми близкими людьми, так называемая травма развития, обусловлена причинами, связанными с дефицитом любви, принятия, ощущения нужности семье, матери. Причины у этих видов травм разные, однако внутренний механизм функционирования одинаков и симптомы психотравмы будут схожими. Но, помощь терапевтическая будет разная. В первом случае, когда шоковая травма не связана с какими-либо травмами прошлого, а вызвана однократным, либо серийным происшествием, но у человека есть поддержка

семьи, то он сам вполне может выйти из травмирующих переживаний. Такому человеку достаточно пройти экстренную психологическую помощь антистрессового характера (дыхательную гимнастику, телесно-ориентированную терапию, психологический дебрифинг). А людям с травмами развития и получившими еще и шокую травму, обязательно нужна долгосрочная психотерапия психоаналитического направления.

Французская психоаналитик Л. Бурбо [3] отмечает, что существует предрасположенность к психической травматизации, которая возникает в раннем детстве. Согласно Л. Бурбо [3], если ребенку позволено быть самим собой, формируется природное, естественное поведение, развивается социальная, уверенная в своих возможностях, личность. Большинство детей, по мнению исследовательницы, переживают в своем развитии четыре следующих этапа: первый этап – познание радости существования, бытия самим собой; второй – страдание от того, что быть самим собой нельзя; третий – период кризиса, бунта против социальных ограничений; четвертый этап – избегание страданий, на этом этапе ребенок уступает и в конце концов строит из себя новую личность, соответствующую тому, чего хотят от него взрослые.

Некоторые люди останавливаются на третьем этапе и всю свою жизнь постоянно находятся в состоянии противодействия, гнева или кризиса. На протяжении третьего и четвертого этапов индивид создает в себе новые личности, маски – несколько масок, которые служат ему для защиты от боли, испытанной на втором этапе. Л. Бурбо [3] выделяет пять таких масок, они соответствуют пяти основным душевным травмам, которые приходится переживать человеческому существу (табл. 1.1).

Таблица 1.1

**Классификация видов последствий психической травматизации
в детстве по Л. Бурбо**

Психическая травма	Защитные «маски»
Отвергнутый	Беглец
Покинутый	Зависимый
Униженный	Мазохист
Предательство	Контролирующий
Несправедливость	Ригидный

Все человеческие страдания можно свести к этим пяти травмам: отвергли, покинули, унизили, предали, были несправедливы. Создание масок – это следствие стремления субъекта скрыть от самого себя или от других людей нерешенную проблему.

Маска представляет собой определенный тип психологической защиты и является результатом психотравмирующего события, как правило связанного с фрустрацией актуальных для возраста потребностей. Человек носит маску только тогда, когда хочет защитить себя. Например, если человек чувствует

несправедливость, проявленную к себе при каких-то обстоятельствах, или судит себя за то, что был несправедлив, или боится, что его осудят за несправедливость, – он надевает маску ригидного, то есть начинает вести себя как жесткий, ригидный человек.

Будучи последовательницей В. Райха, Л. Бурбо обращает внимание на то, что маска характера обязательно проявляет себя в телесных выражениях: зажатости мышц, соматических заболеваниях и пр.

Познавая мир и вписываясь в него в процессе своей деятельности, человек объективно ориентируется на существующие в обществе модели мира. Модель мира в данном контексте понимается как «упрощенное и сокращенное отображение всей суммы представлений о мире внутри данной традиции, взятых в их системном и операциональном аспектах» [13, с. 21]. На этапе интериоризации картины мира заимствуются образы из объективной реальности (субъект воспринимает реальность как данность, деструктивную или конструктивную), но на этапе экстериоризации модель мира может выступать уже в роли «законодателя» при построении паттернов поведения. *Первым признаком психотравмы*, по нашему мнению, является изменение привычной модели мира под влиянием условий, фрустрирующих потребности в принятии, общении, активности, познании, независимости, самовыражении и пр. Модель мира приобретает содержание травмирующей ситуации, реальность воспринимается суровой и беспощадной.

Вторым психологическим признаком проявления психотравмы является неадекватная самооценка личности как производная деструктивной социальной среды. Являясь компонентом «Я-концепции», самооценка в своей основе содержит систему личностных смыслов индивида, принятую им систему ценностей. Первичные объектные отношения, в которые попадает субъект с момента рождения, оказывают непосредственное влияние на формирование и удовлетворение потребности в принадлежности к группе. Блокирование данной потребности, как правило, приводит к отрицательному самоотношению, безразличию к своему будущему и настоящему, отсутствию интенций к развитию, по сути – к деформации «Я», появлению «маски» (Л. Бурбо), ложной самости (Д. Винникотт). Самоотношение в данном случае также приобретает негативный подтекст. Следование за поведенческими образцами, принятыми в референтной группе, может иметь как негативную, так и позитивную окраску, а также быть противоречивым. Неадекватность избранного паттерна поведения во взаимодействии с другими людьми может привести к искаженной самооценке, и, как следствие, к формированию неадекватного самоотношения.

Третьим признаком психотравмы можно считать неадекватное взаимодействие моделей пространства и времени в сенсорной картине мира. Искаженное, неадекватное «Я» в связи с интериоризированной деструктивной моделью мира (пространственная модель) приводит к деформации временных характеристик паттернов поведения. То есть третьим признаком, по сути, является фактор изменения основной функции психики – обеспечение

взаимодействия настоящего с прошлым и будущим. Понимается данный фактор в контексте настоящего как непосредственного переживания времени, заполненного событиями; прошлое время необходимо для применения в настоящем накопленного субъективного опыта; будущее формируется при заполнении событиями настоящего и является таинством, ожиданием и прогнозированием событий. Будущее – это отчасти область иллюзий, игры, в которой соприкасаются грезы (фантазии) и мечты (цели) – фундамент будущего есть сотворение настоящего на основе прошлого. Феномен психотравмы искажает модель «прошлое – настоящее – будущее». Индивид посредством механизма вынужденного повторения на любой онтогенетической стадии неосознанно стремится завершить события, связанные с психотравмой, что деструктивно отражается на самоотношении, актуальных отношениях с окружающими, отношении к миру. На субъективном уровне происходит неприятие действительности, индивид в большей степени озабочен своим будущим, чем настоящим, ощущает себя лишним в социальной ситуации, проявляет склонность к агрессивному или аутоагрессивному поведению. Совладание с внутренними противоречиями происходит через различного рода компенсации – девиантное поведение, аддикции, дистанцирование от окружающих, психосоматические заболевания и др. (см. выше рис. 1.1) Поведенческие паттерны субъекта наполняются содержанием иллюзорно структурированного будущего, при деформации образов прошлого. Субъект становится не способным жить «здесь-и-сейчас».

Обобщая вышесказанное отметим, что травмирующее событие способно изменить сформированную ранее модель мира, субъект начинает жить с ощущением постоянной опасности, угрозы, которую невозможно предотвратить. Реальность воспринимается искаженно и также искаженно оцениваются собственные возможности. «Я» оценивается как неспособное решить возникающие проблемы, субъективно ощущается беспомощность, слабость, недостаточность интеллектуальных, волевых качеств для адекватного реагирования на жизненные обстоятельства. Страх, паника становятся частыми спутниками психической травмы.

В результате психической травмы меняется не только субъективная картина мира, но и представление человека о своем месте в этой картине мира, поиск которого вынуждает тратить огромный ресурсный потенциал, при этом иллюзия реальности принимает форму очевидности. Человек становится заложником собственных страхов и тревог.

Психическая травма способна к самосохранению и латентному существованию в психических структурах. Кроме того, первичная травма становится основой, фундаментом для возникновения последующих травм. Процесс исцеления психотравмы обязательно должен учитывать место, меру и момент ее возникновения. Когда возникла, в каком возрасте, в связи с какими событиями? Переходит ли она из поколения в поколение семьи, или имеет еще большие масштабы – сообщества или целой страны? На сегодняшний день

направление травматерапии достигло высокого уровня разработанности как в теории, так и в практике. Однако не так много психологов обладает достаточным знанием, чтобы оказывать специализированную помощь для исцеления психотравмы.

Литература

1. Бассин Ф. В. Психическая травма / Ф. В. Бассин // Руководство по психотерапии. – Ташкент: Медицина, 1979. – С. 24-43.
2. Боулби Дж. Привязанность / Дж. Боулби ; пер. с англ ; общ. ред. и вступ. ст. Г. В. Бурменской. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
3. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой / Л. Бурбо ; пер. В. Трилиса. – К.: София; М.: Гелиос, 2001.
4. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие. Методическое пособие по психотравматерапии / Под ред. Л.В.Мищенко. Пятигорск – Bern: РИА-КМВ, 2012. – 328 с.
5. Лапланш Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис ; пер. с фр. Н. С. Автономовой. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
6. Левин К. Временная перспектива и преодоление трудных ситуаций / К. Левин // Психология личности; под ред.: Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря, В. В. Архангельской. – М.: АСТ; Астрель, 2009. – С. 200-211. – (Хрестоматия по психологии).
7. Левин П.А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. – М.: АСТ, 2007. – 316 с.
8. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д. А. Леонтьев. – 3-е изд., доп. – М.: Смысл, 2007. – 511 с.
9. Максименко Е.Г. Глубинная психокоррекция самодепривации личности / Е.Г. Максименко. Слов'янськ: вид-во Б. І. Маторіна, 2016. – 350 с.
10. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти; пер. с итал. ННБФ «Онтопсихология». – М.: БФ «Онтопсихология», 2007. – 360 с.
11. Пятницкая, Е.В. Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события: учеб.-методич. пособие для студентов психол. специальностей и практикующих психологов / Е.В. Пятницкая. – Балашов: Николаев, 2008. – 180 с.
12. Райх В. Функция оргазма / В. Райх ; пер. с нем. – М.: АСТ; СПб.: Университет. книга, 1997. – 304 с.
13. Топоров В. Н. Миф. Ритуал. Образ исследования в области мифопоэтического / В. Н. Топоров. – М.: Прогресс, Культура, 1995. – 626 с.
14. Фрейд З. Толкование сновидений / З. Фрейд; пер. с нем. – Минск: Попурри, 1997. – 576 с.

15. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм; пер. с англ.: Е. М. Телятниковой, Т. В. Панфилова ; худ. обл. М. В. Драко. – Минск: Попурри, 1999. – 624 с.

1.2 Понятие и признаки посттравматического стрессового расстройства у взрослых и детей.

Е.Г. Максименко, А.В. Гордеева, Е.В. Новикова

Особые условия, в которых может оказаться человек вызывают у него психологическую и эмоциональную напряженность. Как следствие, у одних это сопровождается мобилизацией внутренних жизненных ресурсов, у других – снижением или даже срывом работоспособности, ухудшением здоровья, физиологическими и психологическими стрессовыми явлениями. Зависит это от индивидуальных особенностей психики, уровня здоровья, условий труда и воспитания, осведомленности о происходящих событиях и понимания степени опасности.

Стресс – это то, что происходит с нами, когда что-то меняется в жизни (независимо от знака изменений).

Ганс Селье

Понятие посттравматического стрессового расстройства невозможно рассматривать без дефиниции психоэмоционального состояния «стресс». Термин «стресс» прочно вошел в обиходный язык современного человека, о стрессе пишут и говорят в средствах массовой информации, что в некоторой степени превращает конкретно-научное понятие в универсальный принцип жизнедеятельности человека [1].

Понятие «стресс» введено в 1936 г. канадским физиологом Г. Селье, согласно которому «стресс есть неспецифическая реакция организма на любое предъявленное ему требование» [9]. Под требованием понимается всякое раздражение, превышающее адаптивные возможности индивида, которые всегда индивидуальны. Например, человек закаленный, адаптированный к холодной воде, «морж» (или человек в состоянии религиозного экстаза) будет реагировать на погружение в прорубь (крещенскую купель) лишь легким покраснением кожи, а новичок может выдать весь физиологический и психологический набор реакций стресса. Для одного ребенка пойти в детский сад и остаться без мамы на целый день чуть ли не с первого раза – это практически нормально. Другой ребенок выдаст реакции стресса в первые минуты отрыва от матери, и в дальнейшем может адаптироваться долго и трудно.

Под неспецифической реакцией Г. Селье понимал стереотипный ответ организма к новым условиям существования. По физиологической сути стресс –

адаптационный процесс, обеспечивающий приспособление организма к существованию (см. рис. 1.2).



Рис. 1.2 Стадии развития стресса по Г.Селье

На стадии тревоги появляется важная эмоциональная реакция, сигнализирующая о воздействии стрессора, о некой проблеме, которую субъекту необходимо решить. В этом состоит суть следующей стадии - адаптационного процесса, приспособления организма к существованию в новых, экстремальных условиях. Если стрессовая ситуация по силе воздействия и продолжительности по времени превышает адаптационные резервы человеческой психики, наступает стадия истощения, признаки которой проявляются в эмоциональной (тревога, апатия, раздражительность, психическая усталость), поведенческой (уклонение от ответственности и взаимоотношений, экстремальное поведение, пренебрежение к себе) и соматической (ухудшение здоровья, истощение, чрезмерное употребление лекарств) сферах.

В возникновении стресса решающее значение имеют два фактора:

- 1) стрессор, стрессовая ситуация – то, что стресс вызывает;
- 2) стрессовая реакция – ответ психики и организма на стрессор.

Стрессорами могут быть не только сильные реально действующие психические и физические раздражители, но и представляемые, воображаемые, напоминающие о горе, угрозе, страхе, страсти, а также другие эмоциональные состояния.

В литературе описаны бессознательные стрессовые реакции, характерные для большинства людей:

1. Шок, оцепенение.
2. Бегство.

3. Борьба, агрессия (противодействие).

Шок одна из самых характерных реакций на стресс [2, 3, 6, 8]. Человека словно парализует, он становится неподвижным, его сознание входит в измененное состояние. В этой реакции сама природа. Приведем отрывок из книги П. Левина [6, с. 20] «Пробуждение тигра»: «Стадо газелей мирно пасется в плодородной долине. Внезапно ветер меняет направление, принося с собой новый, но давно знакомый запах. Газели чувствуют, как в воздухе повеяло опасностью, мгновенно настораживаются, готовые в любой момент сорваться с места. Несколько мгновений они принохиваются, внимательно всматриваются и прислушиваются ко всему вокруг, но вокруг не видно ничего угрожающего, и животные возвращаются к своему прежнему занятию. Они успокаиваются, но не теряют бдительности.

В этот момент гепард, незаметно подкравшийся к стаду, стремительно выпрыгивает из своего укрытия – густого кустарника. Стадо, как единый организм, устремляется к спасительным зарослям на краю долины. Но одна из молодых антилоп спотыкается всего на долю секунды, встает и снова бежит – но уже слишком поздно. Гепард вихрем бросается вслед за намеченной жертвой, и начинается погоня со скоростью в девяносто – сто километров в час.

В тот момент, когда хищник настигает ее (или за миг до этого), молодая антилопа падает на землю, покоряясь своей неминуемой смерти. А, может быть, она ранена. Застывшее в неподвижности животное отнюдь не притворяется мертвым. По велению инстинкта его сознание входит в новое, измененное состояние, характерное для всех млекопитающих в момент, когда смерть кажется неизбежной. Многие туземные народы называют это явление покорностью духа жертвы перед хищником, что, в некоторой степени, так и есть на самом деле» [там же].

Шоковая реакция возникает в ситуациях, несущих угрозу для жизни, П. Левин называет это состояние «Комплексом медузы» - смятение, которое охватывает человека, при встрече со смертью. Охваченный страхом, человек будто каменеет.

Читаем П. Левина дальше [там же, с. 24]: «Когда наша молодая антилопа убегает от преследующего ее гепарда, в ее нервной системе мобилизуется энергия, рассчитанная на движение со скоростью 110 километров в час. В тот момент, когда гепард наносит свой последний удар, антилопа падает замертво. Со стороны она выглядит совершенно неподвижной, кажется, что она мертва, но внутри, в ее нервной системе все еще продолжает накапливаться сильный заряд энергии с той же скоростью – 110 километров в час. И хотя антилопа остается без движения, в ее теле происходит то же, что может произойти с вашим автомобилем, если вы одновременно до отказа нажмете на педаль газа и педаль тормоза. Разница между внутренней гонкой нервной системы (двигателем) и внешней неподвижностью тела (тормозом) создает бурное волнение внутри тела, подобное настоящей торнадо.

Эта буря энергии и является той исходной точкой, которая дает начало формированию симптомов травматического стресса» [6, с. 24].

Мы привели эти отрывки, как точную иллюстрацию шоковой реакции, которая является результатом «замораживания», блокирования психической энергии (см. рис. 1.1) для которой нет выхода. Человек становится «контейнером» огромной энергии, функционирование которой ограничено его организмом.

Необходимо добавить, что шоковая реакция является не только разновидностью ответных психических реакций на травмирующую ситуацию, но и первым этапом в процессе горевания, о котором будет сказано ниже.

Бегство, уход, избегание осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспособливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспособливались» по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности.

При противодействии (борьбе) индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которыми он сталкивается обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду также будет противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности.

Какая бы ни была бессознательная реакция, эмоцию нежелательно блокировать, ее надо «удлинять», на что направлены основные способы и приемы экстренной психологической помощи.

Стресс как бы перераспределяет и усиливает физические и психические резервы человека. Однако различные перенапряжения не проходят для человека бесследно: снижаются адаптационные резервы, возникает опасность появления ряда заболеваний. Вслед за стрессом возникает общее чувство усталости, безразличия, а иногда и депрессии.

Стрессовое событие, которое выходит за пределы опыта индивида и которое может причинить страдания обуславливает травматическую реакцию и детерминирует состояние психической травмы [1].

Травматические реакции могут быть разной силы, возникать сразу или через несколько недель, месяцев и даже через год. В большинстве случаев они проходят самостоятельно через некоторое время. Описаны факторы, усиливающие стрессовую реакцию до травматического уровня:

- необычность, нестандартность обстановки, сопряженные с новизной, незнакомостью и непонятностью для человека. Нужна интенсивная познавательная активность, получение информации, проясняющей ситуацию, отказ от шаблонных, стандартных решений и действий; быстрое изменение привычных или выработка новых ответов на остановку. Предъявляются повышенные требования к гибкости мышления, находчивости в нестандартных условиях;

- невозможность контроля за происходящими в обстановке переменами, их неуправляемость, стихийность. Непредсказуемые события чрезвычайно сильно воздействуют на людей, которые остро чувствуют собственную беспомощность;

- внезапность, неожиданность, быстрота и радикальность происходящих перемен. Экстремальные ситуации возникают, как правило, внезапно, развиваются стремительно, и не всегда поддаются контролю и регулированию. Требуют быстрой оценки и принятия решения;

- обилие малознакомых, устрашающих явлений в окружающей обстановке: взрывы, удары воздушной волны, колебания почвы, вибрация, сильный шум, резкие звуки, вид пожара, погибших людей и т.п.;

- плохая видимость, темнота, которые увеличивают неясность обстановки, таят в себе реальную или мнимую угрозу, заставляют напрягаться, всматриваться и вслушиваться, быть настороже в готовности к неожиданностям;

- дискомфортные условия. Многие экстремальные ситуации радикально меняют условия существования людей, усложняя их. Им нередко присущи жара, жажда, холод, одиночество, грязь, сырость, отсутствие нормальной пищи, недостаток воды, невозможность помыться, постирать вещи, необходимость спать под открытым небом и урывками, в холодных палатках, отсутствие электричества, газа, воды и др. Эти факторы вызывают неприятные ощущения и чувства, недовольство, необходимость терпеть, заставляют выискивать возможности ослабления переносимых трудностей и лишений;

- опасность для материальных ценностей. При стихийных бедствиях, пожарах, разрушениях, авариях или конфликтах люди несут значительные потери своего имущества;

- опасность для жизни и здоровья человека. Понимание и ожидание опасности (угроза может преувеличиваться);

- наблюдаемые разрушения, последствия пожаров, обстановка общей разрухи и дезорганизации жизни. Человек «опускает руки»;

- длительность экстремальной ситуации, при которой люди подолгу не чувствуют себя в безопасности;

- моральная неуверенность;

- горе и утрата. Разлучение с близкими или потеря близкого человека.

Динамика психоэмоционального состояния человека, переживающего психотравму, включает следующие стадии [5, с.19]:

1 стадия. Острый эмоциональный шок, который развивается в первые 3-5 ч. и характеризуется общим психическим напряжением, мобилизацией психофизиологических ресурсов на фоне крайне выраженного чувства отчаяния, готовности к самопожертвованию, героическому преодолению.

2 стадия. Психофизиологическая демобилизация, может сохраняться до нескольких суток и связана со «стрессом осознания» случившегося. В психоэмоциональном состоянии человека наблюдается ухудшение общего самочувствия, снижение настроения, с преобладанием чувств растерянности, беспомощности, вины, панических реакций. Снижение когнитивных функций, памяти, внимания. В физиологическом аспекте отмечаются нарушения сна, аппетита, жалобы на общее самочувствие.

3 стадия. Разрешения. От 3 до 12 суток после травмирующего события. Характеризуется постепенной стабилизацией настроения и самочувствия, появляются ощущения усталости, слабости, переутомления. Контакты с окружающими остаются ограниченными, пережитая травма создает мимический след (маскообразность лица), речь, движения замедленны.

4 стадия. Восстановления. Возникает через 10-14 дней после травмирующей ситуации, активизируется общение, восстанавливается мимика, эмоциональность речи и поведения. Могут развиваться психосоматические расстройства.

Какие же события могут детерминировать травматическую реакцию? Ответ на этот вопрос неоднозначен, хотя есть общая классификация чрезвычайных ситуаций, оказывающих деструктивное воздействие на психику большинства людей:

- физическое и психическое насилие;
- психическая депривация;
- природные катастрофы;
- эпидемии;
- техногенные катастрофы;
- военные конфликты, теракты.

Особые переживания человек испытывает при явной угрозе собственным жизни и здоровью, своих детей, родителей, других близких; при утрате имущества, разрушении жилья; являясь свидетелем трагического события, либо жутких последствий военных действий, катастроф и т.д. Перечисленные события травматично переживаются большинством людей, что дает основание для оказания экстренной и в дальнейшем, при необходимости, специализированной помощи. Необходимо отметить, что существует целый ряд частных случаев, которые также могут детерминировать травматическую реакцию, либо создать некую основу, фундамент переживаний, на котором, при особых обстоятельствах, потенциально может выстроиться здание психотравмы. В списке таких событий первое место занимают несчастные случаи, госпитализация, аварии, вынужденная изоляция, попытка изнасилования,

ограбления, воровства, нападения и т.п. Такие случаи встречаются чаще, чем глобальные катаклизмы или эпидемии, и люди, в принципе, знают, как себя вести в тех или иных обстоятельствах, однако все равно, они будут приводить к травме, если страх, испытанный в чрезвычайной для человека ситуации не будет проработан и пережит в процессе травматерапии. Особую роль травматичный опыт оказывает при повторном переживании травматической ситуации.

Итак, когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает психологическую защиту, он становится травматическим, т.е. вызывает травматическую тревогу.

Травматический стресс – особая форма общей стрессовой реакции, переживание особых взаимодействий человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОСТСТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ

Травматический стресс во время критического инцидента и сразу после него – до 3 суток
Острое стрессовое расстройство в течение 1 месяца после критического инцидента – от 2 суток до 4 недель
Посттравматическое стрессовое расстройство спустя месяц после критического инцидента – более 4 недель
Посттравматическое расстройство личности на протяжении последующей жизни человека, пережившего травму

Рис. 1.3 Специфические изменения в психике в результате травматической реакции на стресс.

Пребывание в травматических ситуациях может привести в последствии к специфическим изменениям в психике (рис. 1.3). Симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации (если они не проходят через 1-6 месяцев, то клиницисты ставят диагноз посттравматического стрессового расстройства), а могут возникнуть и несколько позже. Но пребывание в травматических ситуациях – это только одна сторона, одна из основных причин, могущих вызвать травматическое стрессовое состояние. Другая, и не менее важная, сторона связана с тем как человек реагирует на само травматическое событие и как он же «перерабатывает» пережитое, т.е. речь идет об индивидуальном уровне устойчивости к стрессу, наличии или отсутствии осложняющих факторов и доступности помощи со стороны окружающих.

Через одну или несколько недель после экстремальной ситуации может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (далее ПТСР) или, как его иначе называют, посттравматический стрессовый синдром.

Посттравматическое стрессовое расстройство является тяжелой реакцией психики на травматическое событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

В симптоматику ПТСР включают (см. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS-DX)):

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, характерны ниже приведенные пункты:

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

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

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.

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь.

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, ассоциирующихся с травмой, и застывшие стереотипы общей реактивности, «оцепенение» (которых не было до травмы). Определяются по наличию трех (или более) из перечисленных ниже признаков:

1) стремление избегать мыслей, чувств, разговоров, ассоциирующихся с травмой;

2) стремление избегать действий, мест или людей, возбуждающих воспоминания о травме;

3) неспособность вспомнить важный аспект травмы (психогенная амнезия);

4) заметное снижение интереса к участию в ранее значимых видах деятельности;

5) чувство отстраненности и отчуждения от других людей;

- 6) сужение аффективного спектра;
- 7) чувство отсутствия перспективы в будущем (например, карьеры, возможности иметь семью и детей или нормальную жизнь).

D. Постоянные симптомы нарастающего возбуждения (отсутствующие до травмы) в виде двух (или более) из перечисляемых:

- 1) трудности засыпания и сохранения сна (ранние пробуждения);
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) трудности концентрации внимания;
- 4) сверхбдительность, 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.

Диагностика ПТСР по шкале CAPS-DX включает: – оценку тяжести психотравматического события; – симптоматики по частоте и интенсивности; – оценку длительности протекания расстройства; – оценку тяжести эмоционального состояния и нарушений в важных сферах жизнедеятельности; – если была травма в прошлом – оценка симптоматики ПТСР за период жизни после травмы в прошлом.

Опасность посттравматического стрессового расстройства заключается в том, что симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации, а могут возникнуть спустя много лет. Чем дольше времени человек проживает с ПТСР, тем чаще пытается использовать преодолевающее поведение, которое может быть конструктивным и негативным.

Типы преодолевающего поведения [8].

Адаптация. Поведение, направленное на разрешение проблемы, является основой зрелого и адаптивного преодоления.

Регрессия. Основой поведения являются детские формы поведения, позволяющие переложить ответственность на других. Одним из вариантов является аддиктивное преодоление.

Отрицание. Игнорирование тревожной информации, возникновение барьера, расположенного на входе восприятия реальности, не допускающий нежелательную информацию. Человек становится невнимательным к тем сферам жизни, которые могут его травмировать.

Инерция. Состояние бездействия, основанное на мнении пострадавшего, что в данной ситуации ничего нельзя предпринять, и любые действия обречены. Поведение характерно для депрессивных, тревожно-мнительных людей, лиц, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами.

Аффективные реакции. Возникновение проблемной ситуации вызывает аффективные реакции. Чаще всего гнев (часто с вербальной и невербальной

агрессией), страх, тревога, печаль и т.п. Как следствие аффективная реакция превращается в еще одну проблему и требует отдельного психологического вмешательства.

В соответствии с особенностями сроков проявления симптомов различают три подвида ПТСР:

- 1) острое, развивающееся в сроки до трех месяцев;
- 2) хроническое, имеющее продолжительность более трех месяцев;
- 3) отсроченное, когда расстройство возникло спустя шесть недель и более месяцев после травмы.

Присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего массивную психотравму. Такая травма способна оставить неизгладимый отпечаток в душе человека и привести к патологической трансформации всей его личности. В результате развиваются посттравматические личностные расстройства [1].

Симптомы посттравматических личностных расстройств:

- 1) появление выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и отношении человека к себе и окружающим;
- 2) изменения личности носят выраженный характер, сопровождаясь ригидным и неадекватным поведением, проявляющимся по меньшей мере в двух из следующих симптомов:

- стойкое враждебное или недоверчивое отношение к окружающим при отсутствии такой установки до попадания в экстремальную ситуацию;
- социальная изоляция (избегание контакта с людьми, кроме немногих живущих вместе родных);
- стойкое чувство внутренней пустоты и/или безнадежности;
- стойкое ощущение нервозности или беспричинной угрозы, проявляющееся в повышенной бдительности и раздражительности (может сочетаться со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами);
- стойкое чувство собственной измененности или инаковости в сравнении с другими людьми (отчуждение), это чувство может сочетаться с ощущением эмоциональной оглушенности;

3) снижение социального функционирования или субъективное страдание и отрицательное воздействие на близких;

- 4) изменения личности наступают после экстремальной ситуации;
- 5) изменения личности существуют в продолжение не менее двух лет, они не связаны с органическим поражением мозга.

В соответствии с особенностями проявления и течения выделяют следующие типы ПТСР.

Типы ПТСР:

Тревожный тип ПТСР характеризуется высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности. Общий фон настроения – злобность, мрачная раздражительность, чувство неприязни к окружающим. Расстройства сна

характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, страхом перед мучительными сновидениями. Пострадавшие часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Пострадавшие 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, проявляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз непроизвольно 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, пострадавшие 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. Пострадавшие 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 пострадавших 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 непроизвольно представляются эпизоды психотравмирующих ситуаций. Внешне пострадавшие мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типично избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.

Соматоморфный тип ПТСР характеризуется массивными соматоморфными расстройствами с преимущественной локализацией неприятных телесных ощущений в области сердца, желудочно-кишечного тракта и головы. Классические симптомы ПТСР возникают у данных

пострадавших спустя 6 месяце после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отсроченный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены «флэшбек» встречаются достаточно редко и не носят тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией (стойкое снижение настроения, которое сопровождается уменьшением интенсивности эмоциональной, психической и двигательной активности) с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Наблюдается ипохондрическая фиксация на неприятных телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, редко возникают симптомы гипервозбуждения и переживания психотравмирующей ситуации.

Посттравматические стрессовые расстройства могут быть следствием не одной, а многих травмирующих ситуаций [7]. В зависимости от различных причин (обстоятельства травмирующей ситуации, индивидуальные особенности личности, характер микро- и макросреды) преодоление травматических переживаний может иметь свои особенности. Душевная боль, которую испытывает каждый психотравмированный человек, взрослый или ребенок, становится невыносимой, и индивид в силу собственных возможностей пытается с ней справиться (см. рис. 1.1). Вытесняя травмирующие переживания, индивид отделяет их от психического «Я», детерминируя процессы диссоциации. Разрушительные переживания и деструктивные эмоции, чувства «закрываются в капсулу» и в дальнейшем, психика, посредством защитных механизмов, делает все, чтобы капсула не «расконсервировалась», на что тратится огромное количество психической энергии. Однако, любой ассоциированный с травмой стимул способен мгновенно оживить переживания и человек вынужденно попадает в ситуации, в которых происходит неадекватное отреагирование. Избегая «вынужденного повторения» используется стратегия обходного маневрирования, избегания, жизненный путь неосознанно выстраивается с учетом профилактики возможного повторения. В итоге, субъект вынужден постоянно, с одной стороны, сохранять «капсулу» с психотравмирующим содержанием, с другой стороны избегать повторения ситуации и, в-третьих, продолжать «сражаться с невидимым врагом», эмоционально реагируя на ассоциативные с психотравмой ситуации или отношения.

На этой почве у человека развивается депрессия, стойкая бессонница, пострадавшего преследуют навязчивые воспоминания, ночные кошмары, возникает бесконтрольная злоба, раздражение, тревога, постоянное чувство опасности, человек чувствует себя изолированным от людей, отчужденным, неспособным испытывать радость жизни. Все эти симптомы говорят об истощении компенсаторных ресурсов человека и создают риск развития психических нарушений. Симптом начинает контролировать человека. Травмированные люди могут пытаться самостоятельно стабилизироваться, выбирая негативные стратегии совладания, злоупотребляя алкоголем,

наркотиками или занимаясь самолечением. В характере появляется жесткость в отношении близких, сослуживцев наряду со снижением интереса к профессиональной деятельности и бытовым проблемам.

Хроническое эмоциональное напряжение приводит к ухудшению физического здоровья, мышечной зажатости, появляется стесненное дыхание, психосоматические нарушения.

Особенности переживания экстремальной ситуации детьми. Детям, пережившим психологическую травму, достаточно трудно понять, что произошло с ними. Это связано, прежде всего, с их возрастными особенностями, им недостает социальной, физиологической и психологической зрелости. Ребенок не в состоянии полностью осознать смысл происходящего, он просто запоминает саму ситуацию, свои переживания в тот миг (в память врезается визг тормозов, свист падающего снаряда, гул вертолетов, звуки ударов, взрыва, жар огня и т. д.). Интенсивность переживаний может быть слишком сильной для ребенка, и он становится очень ранимым [4].

К общим посттравматическим симптомам, характерным для детского возраста, относятся [2]:

На физиологическом уровне:

1. Различные нарушения сна, сложности с засыпанием, частые пробуждения во время сна вследствие кошмарных снов.
2. Многие дети жалуются на боли в животе, головные боли, не имеющие физических причин.
3. Частое мочеиспускание.
4. Расстройство стула.
5. Дрожание, тики, подергивания.
6. Соматизация – состояние, связанное с рецидивирующими соматическими жалобами длительностью несколько лет.

На эмоциональном уровне:

1. Самая общая и самая первая реакция на пережитой стресс – страх, тревога. Со временем у детей могут развиваться специфические фобии, например, синдром тревожной разлуки, который характеризуется выраженной тревогой, вследствие отделения ребенка от привычной заботы о нем, боязнью одиночества, темноты.
2. Некоторые дети часто испытывают чувство вины за случившееся, у них формируется представление о том, что «плохие вещи случаются с плохими детьми» и они воспринимают волнения и страхи родителей как вызванные собственным поведением.
3. Психотравмированные дети становятся более раздражительными.
4. Развивается депрессия.
5. Дети становятся плаксивыми.
6. Могут иметь место тревожные мысли неосознаваемого содержания, вызванные травматическими переживаниями. Такой ребенок плохо представляет

свое будущее, не может представить себе, что у него будет другая жизнь, семья, карьера, дети и т.д.

На когнитивном уровне:

1. У травмированных детей ухудшается концентрация внимания, они становятся рассеянными.

2. Нарушается память, дети становятся забывчивыми, зачастую дети не могут вспомнить важную персональную информацию, обычно травматического или стрессового характера.

3. Диссоциативная фуга. Характеризуется неспособностью вспомнить прошлое, беспорядком, путаницей мыслей, в сочетании с внезапным и неожиданным убеганием из дома.

4. Часто появляются мысли о смерти.

5. Значительное снижение мотивации к познанию, которое наряду с расстройством психических процессов (мышление, речь, память, внимание) создают картину задержки психического развития. Однако специалисты должны понимать, что детерминантой подобной симптоматики является переживание психотравмирующей ситуации.

На поведенческом уровне:

1. Навязчивые воспоминания о травматическом событии у детей могут иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживаются темы или аспекты травмы, например, игры «в войну», «в оборону своего дома», «в спасение близких», «...укрыться в подвале от врагов» и т.п.

2. У травмированных детей возможно резкое изменение поведения: они не хотят расставаться с родителями даже ненадолго, некоторые могут в прямом смысле слова цепляться за родителей и нуждаться в их постоянном присутствии, физическом контакте с ними и успокоении.

3. Многие дети временами возвращаются к поведению, свойственному младшему возрасту (регрессируют). Появляется энурез, исчезают навыки опрятности, сосут пальцы или вообще ведут себя как малыши.

4. Дети становятся более упрямыми, гневными, агрессивными. Их поведение характеризуется враждебностью и конфликтностью по отношению к другим.

5. Отмечается широкий круг проявлений страха или избегающего поведения, например, страхи выходить из дома, оставаться одному или находиться в замкнутом пространстве.

6. Расстройство реактивной привязанности характеризуется заметным нарушением развития социальных навыков до пятилетнего возраста.

В тяжелых случаях эти симптомы могут длиться в течение нескольких месяцев.

Несмотря на то, что причины, вызывающие ПТСР, могут быть различными, можно выделить типичные симптомы, характерные для детей определенных возрастов (таб. 1.2).

Кроме всех перечисленных симптомов, возможны пограничные личностные нарушения, характеризующиеся неустойчивостью самопредставления, межличностных взаимоотношений и настроения, выраженной импульсивностью. Это чаще наблюдается у подростков, чем у маленьких детей.

Таблица 1.2

Основные симптомы ПТСР у детей разного возраста

Изменения	Дошкольный и младший школьный возраст (4-7 лет)	Младший школьный и ранний подростковый возраст (8-11 лет)	Подростковый и ранний юношеский возраст (12-17 лет)
Физиологические	Нарушения сна: частые просыпания, кошмары и т. д. Энурез, энкопрез. Боли в животе. Отказ от еды.	Нарушения сна. Головные боли. Боли в животе. Тошнота. Рвота. Расстройства стула. Частое мочеиспускание. Изменения в режиме и привычках питания.	Нарушения сна. Головные боли. Тремор. Тики. Изменения в режиме и привычках питания.
Эмоциональные	Генерализованный страх. Недостаточность речевых выражений беспокойства - избирательный отказ, «немые вопросы». Страхи засыпания, темноты, громких звуков (голосов, грозы) и др. Тревоги, связанные с непониманием смерти, фантазии о «лечении от смерти»; ожидания, что умершие могут вернуться, напасть. Агрессивность.	Поглощенность собственными действиями во время событий: озабоченность своей ответственностью и/или виной. Специфические страхи, запускаемые воспоминаниями или пребыванием в одиночестве. Страх может быть подавленным собственными переживаниями. Пристальное внимание к состоянию родителей, страх расстроить их своими тревогами. Страх и чувство измененности, вызванное собственными реакциями горя, страх призраков, привидений и др.	Стыд и чувство вины. Страх казаться ненормальным. Жажда мстить и построение планов мести. Острое чувство одиночества.

Продолжение табл. 1.2

Когнитивные	Познавательные трудности, проявляющиеся в непонимании. Приписывание воспоминания о травме магических свойств. Трудности распознавания собственных беспокойств.	Нарушение концентрации внимания. Нарушения памяти. Трудности при обучении.	Нарушение концентрации внимания, рассеянность. Нарушения памяти. Осмысление своих страхов, чувства уязвимости и других эмоциональных реакций.
Поведенческие	Беспомощность и пассивность в привычной деятельности. Повторяющиеся проигрывания травмы. Тревожная привязанность (цепляния за взрослых, нежелание быть без родителей). Регрессивные симптомы (сосание пальца, лепетная речь). Различные нарушения общения. Трудности в адаптации к детским учреждениям. Отказ ходить в детский сад. Гиперактивность или изолированность. Свойственно легко огорчаться и плакать.	Пересказы и проигрывание событий (травматические игры), искажение их картины и навязчивая детализация. Забота о своей безопасности и других людей. Нарушенное или нестабильное поведение (например, необычно агрессивное или безрассудное, негативизм). Забота о других жертвах травмирующих обстоятельств и их семьях. Отказ посещать школу. Гиперактивность или изолированность	«Срывы» в алкоголизацию, наркотизацию, секс, противоправное поведение. Опасный стиль жизни. Саморазрушающее или рискованное поведение. Резкие изменения межличностных отношений. Преждевременное вхождение во взрослую жизнь (уход из школы, ранний брак, нежелание жить в семье родителей).

Обобщая информацию в таблице, отметим, что наиболее общими признаками для детей всех возрастов являются следующие:

- изменения привычек питания. Дети могут отказываться от еды, либо, наоборот, демонстрировать голод, как бы заедая свое беспокойство. Могут отказываться есть самостоятельно, задействуя регрессивные механизмы;
- нарушение сна: проблемы с засыпанием, нежелание спать одному; сон тревожный и беспокойный. Дети могут говорить о страшных снах, либо проснуться испуганным;
- проявление агрессии. Дети могут злиться, драться, кусаться, царапаться, бросать игрушки и другие предметы;

- перепады настроения, ребенок может беспричинно огорчаться, плакать.
- боязнь громких звуков (голосов, грозы, громкой музыки);
- отсутствие внешнего выражения эмоций;
- могут быть более активными и беспокойными или тихими и молчаливыми;
- боязнь оставаться в одиночестве, гулять или играть одному;
- переживание родительского отвержения наряду с навязчивым желанием цепляния за родителей;
- отказ ходить в образовательную организацию.

Возвращаясь к специфике реагирования ребенка на травматическое событие, отметим, что при организации психолого-социальной и медицинской помощи обязательным является учет его возрастных особенностей [7, 8-9]. Абсолютно логично считать, что реакции ребенка как на стрессовое событие, так и на специализированные интервенции будут зависеть от развитости нервной системы, психологической зрелости, от уровня развития когнитивной сферы, а также от характерологических особенностей. Также необходимо учитывать особенности социальной ситуации развития ребенка и те изменения, которые произошли в жизни ребенка в результате травмирующего события.

Литература

1. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М.: Изд-во Москов. ун-та, 1984. – 200 с.
2. Горьковая И.А. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебно-методический комплекс / И.А. Горьковая, А.А. Баканова, Т.В. Маликова и др. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. – 249 с.
3. Гриценко В. В. Тренинг оптимизации процесса социально-психологической адаптации вынужденных мигрантов: Учеб.-метод. пособие / В.В. Гриценко, В.В. Константинов. – Балашов: Изд-во «Николаев», 2004 – 56 с.
4. Земляных М.В. Психосоциальная помощь детям в гражданских конфликтах и других чрезвычайных ситуациях / М.В. Земляных, М.Х. Изотова. – ЮНИСЕФ, Киргизская республика, 2012. – 86 с.
5. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие. Методическое пособие по психотравмотерапии / Под ред. Л.В. Мищенко. – Пятигорск – Верн: РИА-КМВ, 2012. – 328 с.
6. Левин П.А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / П. А. Левин, Э. Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. – М: АСТ, 2007. – 316 с.
7. Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие / И.М. Пономарева. – СПб.: СПбГИПСР, 2014. – 197 с.

8. Пятницкая Е. В. Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события : учеб.-методич. пособие для студентов психол. специальностей и практикующих психологов / Е.В. Пятницкая. – Балашов: Николаев, 2008. – 180 с.
9. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. –СПб: Питер, 2001. – 272 с.

1.3 Посттравматическое стрессовое расстройство как следствие участия в военных действиях.

С.В. Титиевский

Последствия военной травмы для психического здоровья часто являются, при отсутствии своевременных вмешательств, инвалидизирующим и стойким дистрессом, и одно из его проявлений – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), симптомы которого включают [12]: повторное переживание травматического события, избегание мыслей о травмирующих событиях и людях, местах или других стимулах, вызывающих травму; когнитивные изменения, относящиеся к миру и самому себе; повышенный уровень бодрствования; гиперактивность (включая раздражительность, трудности с концентрацией внимания и нарушение сна); увеличение тревожных мыслей и негативных чувств. ПТСР обычно связано с функциональными нарушениями, злоупотреблением психоактивными веществами, суицидальными идеями, импульсивностью и насилием, а также повышенной обращаемостью за медицинской помощью.

Почти треть из более чем 2 миллионов американских военнослужащих, воюющих в Ираке и Афганистане, страдают от определённых клинически значимых психических состояний, типичным примером которых является ПТСР, и от их осложнений в виде суицидов, зависимости от психоактивных веществ и бытового или иного насилия [8, 9]. Кроме того, установлено, что в США ветераны более чем в два раза чаще совершают самоубийства, чем их сверстники из числа гражданского населения [15].

Указывается, что причины растущего числа проблем с психическим здоровьем среди американских военнослужащих, дислоцированных на Ближнем Востоке, – их больше, чем в любой другой войне, – пока не определены. Возможными объяснениями являются асимметричный тип военных действий, повторные командировки, отсутствие четко сформулированных целей. В то же время, уникальные психологические опасности, с которыми сталкиваются данные военнослужащие, затрудняют их возвращение в мирную жизнь [12].

Около 50% ветеранов испытывают значительные трудности с акклиматизацией, а у трети из них развиваются проблемы с психическим здоровьем, включая ПТСР, тревожные расстройства и депрессию [2, 11].

Воссоединение с близкими людьми после многократного контакта с травмирующими событиями и боевым стрессом, преодоление физических травм, полученных во время боевых действий, и принятие роли гражданских лиц в условиях политического, социального и экономического кризисов может стать эмоционально сложным опытом для военнослужащих и членов их семей. Если психопатология, вызывающая эти проблемы, не лечится, развивается её хроническое течение, приводящее к значительным социальным нарушениям, семейной дисфункции, нестабильности на работе, самоубийствам, злоупотреблению психоактивными веществами и поведению с проявлениями насилия [12].

В то же время, несмотря на долгую историю ПТСР (ранее известного как «сердце солдата», «боевой шок», «боевая усталость» и «боевой невроз») и растущее число психологических потерь, прогресс в области научного понимания и возможностей лечения ПТСР был ограниченным [16, 20]. При лечении доступными психотерапевтическими и фармакотерапевтическими средствами, ПТСР никогда полностью не проходит у более чем половины пациентов. Мета-анализ психотерапии при ПТСР обнаружил кратковременное улучшение по сравнению с исходным уровнем только у 50-60% пациентов, у большинства из которых сохраняются существенные остаточные симптомы [3, 10, 17, 21]. Эффективность медикаментозного лечения ПТСР также не оптимальна, и лишь у немногих пациентов отмечена полная ремиссия после фармакотерапии [21]. Кроме того, в данном лечении отсутствуют психофармакологические достижения [12].

Поскольку ранние симптомы психических проблем, связанных с боевыми действиями, являются надежным показателем хроничности и нарушения социального и профессионального функционирования, раннее лечение является наиболее полезным. Раннее вмешательство может увеличить функциональные возможности, быстрое устранение симптомов, предотвращение неадаптивного копингового поведения, хронического ПТСР и другой психопатологии, включая осложненное горе [13, 18]. В то же время, поскольку модели раннего вмешательства были проверены на невоенных группах населения, они редко применялись у военнослужащих [12].

Исследователи в США отмечают, что данную проблему усугубляет острая нехватка услуг, обученных клиницистов и недостаточность опыта в области основанного на доказательствах лечения, что ограничивает помощь большому количеству демобилизованных ветеранов и их семей. Кроме того, качество услуг и эффективность лечения не являются оптимальными, и ограниченное федеральное финансирование препятствует необходимому прогрессу, который может быть достигнут на основе психобиологических исследований влияния физической и психологической травмы на мозг [4, 5, 6, 7]. При этом, современные методы лечения психических расстройств, связанных с травмой, таких как ПТСР и самоубийство, еще не доказали свою эффективность для большого числа ветеранов войны [19].

Отмечается, что отсутствие качественной психиатрической помощи усугубляет тот факт, что действующие военнослужащие и ветераны слишком часто отказываются, к тому же, открыто, от обращения за психиатрической помощью из-за стыда, стигмы и неблагоприятных последствий для карьеры [12]. Кроме того, тем, кто нуждается в помощи, доступу к ней и её оказанию могут помешать различные материально-технические, культуральные и профессиональные барьеры [1, 14]. Члены семей военнослужащих не имеют права на получение психиатрической помощи в условиях учреждений для ветеранов, хотя игнорирование потребностей этих групп населения можно считать, как несправедливым, учитывая их большие жертвы, так и неразумным, поскольку поддержка семьи критически важна для оптимальной адаптации возвращающихся ветеранов [12].

С учетом масштаба проблем психического здоровья у военнослужащих, подчеркивается необходимость создания для них более хороших и доступных служб охраны психического здоровья, разработки основанных на доказательных данных вмешательств в различных условиях (при базовой подготовке, на поле боя, после травм, до и после выписки) и устранения факторов стигмы, вины и влияния на карьеру путем, как минимум, обеспечения информацией о том, как при необходимости получать помощь и побуждения к её получению, поскольку предоставление социальных услуг и создание программ повышения ресурсов и устойчивости будут способствовать лечению данного контингента и его реинтеграции в эффективное социальное и профессиональное функционирование [12].

Отмечается, что, несмотря на успехи военной медицины в оказании медицинской помощи солдатам, благодаря которым уровень тяжело раненых комбатантов снизился с 80% погибших до 80% выживших в период между Первой мировой войной и войнами в Ираке и Афганистане, есть три причины отсутствия столь же значимого прогресса в отношении психологических ран войны [12]. Во-первых, идея психологической слабости противоречит военной культуре с ее духом силы и неуязвимости. Таким образом, военные лидеры были не склонны признавать и принимать возможность психической травмы. В результате, многие солдаты были обвинены в трусости и в некоторых случаях наказаны, даже казнены, за их слабохарактерность (J.A. Lieberman (2018) в данной связи приводит пример из фильма «Паттон» об американском генерале, ударившем солдата с проявлениями ПТСР и назвавшем его «желтобрюхим трусом»: эта культовая сцена отражает давнюю и продолжающуюся амбивалентность военных к психологическим ранам войны, являясь военным эквивалентом пронизывающей общество стигмы психических заболеваний, но «на стероидах» [12]). Во-вторых, психические расстройства не являются материальными и не имеют видимых физических признаков, нет диагностических тестов, с помощью которых они могут быть подтверждены. Поэтому они не рассматриваются как реальные и, следовательно, минимизируются – «Пурпурное сердце» за ПТСР не вручается. В-третьих, ПТСР

считалось военной проблемой и, таким образом, находилось в ведении Министерства обороны и Администрации ветеранов США. Следовательно, Национальные институты здоровья (НИН) не считают, что оно входит в сферу их миссии, и, таким образом, лучшие и самые яркие биомедицинские исследователи в академических медицинских учреждениях не были вовлечены в исследовательскую работу по решению проблемы ПТСР. До недавнего времени большая часть финансирования исследований ПТСР предоставлялась Администрацией ветеранов и преимущественно исследователям в больницах Администрации ветеранов. В указанном есть два нелогичных аспекта. Одним из них является то, что просто отсутствие физического повреждения, связанного с ПТСР, не означает, что это не дистрессовое и не инвалидизирующее состояние. Другой заключается в том, что психологическая травма не ограничивается военными, но также встречается у гражданского населения, хотя и менее часто и выражено. Следовательно, это должно считаться медицинской проблемой, важной для НИН и всего сообщества биомедицинских исследований, что, однако, может привести к уменьшению выделения средств, предназначенных для других расстройств.

На необходимость приоритетного изучения ПТСР указывает и то, что из 265 расстройств, описанных в DSM-5, только два имеют известную этиологию и могут быть легко изучены на моделях животных – расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и ПТСР. Биология ПТСР может быть изучена в лабораторных условиях с помощью парадигм обусловливания страха, и есть возможность разработки терапевтических подходов для смягчения симптомов и, возможно, даже для предотвращения их развития путем «иммунизации» тех, кто регулярно подвергается опасности [12].

В США некоторые исследователи необходимость выяснения патофизиологии, разработки эффективных методов лечения и, в конечном итоге, создания лекарства от ПТСР сравнивают с «Манхэттенским проектом» [12]. При этом, в качестве первого шага администрации и Конгресса предусматривается создание рабочей группы из ведущих ученых для разработки стратегического плана исследований патологической основы ПТСР и разработки методов его лечения. Затем Конгресс должен выделить финансирование для поддержки необходимых исследований, которые будут проводиться под эгидой НИН в партнерстве с Администрацией ветеранов и Министерством обороны. Офис директора НИН будет отвечать за мониторинг прогресса и отчитываться перед президентом США и Конгрессом. Эти усилия будут продолжаться до тех пор, пока не возникнет достаточный прогресс. Последний шаг включает в себя создание сети медицинских центров в дополнение к больницам Администрации ветеранов для обеспечения специализированных услуг по охране психического здоровья ветеранов и механизмов возмещения расходов. Указывается, что в США, находящихся «в световых годах» от вьетнамской эры поношения военнослужащих, в ситуации политического тупика и поляризации мнений избирателей, есть одно, с чем все согласны, – уважение военнослужащих и

забота о них, а образы и статистика возвращающихся ветеранов с потерянными конечностями, поврежденным мозгом и травмированной психикой опалили общественное сознание и вызвали излияние сострадания. В данной связи отмечается особая актуальность биомедицинских исследований, посвященных раскрытию тайны психологической травмы и извлечению военнослужащих от её последствий [12].

Литература

1. Department of Veterans Affairs. Healthcare Inspection: Post-Traumatic Stress Disorder Counseling Services at Vet Centers. Washington, DC: VA Office of Inspector General; 2011.
2. Dohrenwend B.P., Turner J.B., Turse N.A., et al. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods // Science. 2006;313:979-982.
3. Eftekhari A., Ruzek R.I., Crowley J.J., et al. Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care // JAMA Psychiatry. 2013;70:949-955.
4. Garcia H.A., McGeary C.A., McGeary D.D., et al. 2014. Burnout in Veterans Health Administration mental health providers in posttraumatic stress clinics // Psychol Serv. 11:50-59.
5. Government Accountability Office. 2017. VA Health Care: Improvements Needed in Data and Monitoring of Clinical Productivity and Efficiency. Washington, DC: Government Accountability Office.
6. Government Accountability Office. VA Mental Health: Clearer Guidance on Access Policies and Wait-Time Data Needed. Washington, DC; 2015.
7. Government Accountability Office. Veterans Health Administration: Management Attention Is Needed to Address Systemic, Long-Standing Human Capital Challenges. Washington, DC; 2016.
8. Hoge C.W., Auchterlonie J.L., Milliken C.S. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan // JAMA. 2006;295:1023-1032. **2**
9. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care // N Engl J Med. 2004;351:13-22.
10. Institute of Medicine. Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards. Washington, DC: The National Academies Press; 2015.
11. Jones E., Wessely S. Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War. Phil A.S., Wykes T., Eds. Maudsley Monographs #47. New York, NY: Psychology Press; 2005.
12. Lieberman J.A. Solving the Mystery of Military Mental Health: A Call to Action // Psychiatric Times. – 2018. – Vol. 35, №12. – P.1-3.

13. Litz B.T. Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss. New York, NY: Guilford; 2004.
14. Maguen S., Litz B.T. Predictors of barriers to mental health treatment for Kosovo and Bosnia peacekeepers: a preliminary report // Mil Med. 2006;171:454-458.
15. McCarthy J.F., Blow F.C., Ignacio R.V., et al. Suicide among patients in the Veterans Affairs health system: rural-urban differences in rates, risks, and methods // Am J Pub Health. 2012;102(Suppl 1):S111-S117.
16. Menninger K.A. Nomenclature of psychiatric disorders and reactions, 1943 // J Clin Psychol. 2000;56:925-934.
17. Monson C.M., Schnurr P.P., Resick P.A., et al. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder // J Consult Clin Psychol. 2006;74:898-907.
18. Neria Y., Litz B.T. Bereavement by traumatic means: the complex synergy of trauma and grief // J Loss Trauma. 2004;9:73-88.
19. Rosen C.S., Matthieu M.M., Wiltsey Stirman S., et al. A review of studies on the system-wide implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration // Admin Policy Mental Health Serv Res. 2016;43:957-977.
20. Shephard B. A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2001.
21. Stein M.B., Rothbaum B.O. 175 years of progress in PTSD therapeutics: learning from the past // Am J Psychiatry. 2018;175:508.

1.4 Переживание горя и утраты. Психологическая помощь на разных этапах горевания.

Е.Г. Максименко, И.В. Иванова

Тематика кризисных ситуаций и реалии нашей жизни напрямую связаны с ещё одним аспектом травматического стресса – утратой и смертью. С ней сталкивается каждый человек, как взрослые, так и дети. Известно, что смерть близкого человека в результате чрезвычайных ситуаций воспринимается острее, чем ожидаемая смерть от длительной болезни, что отягощает процесс переживания утраты в регионе военного конфликта и, соответственно, создает определенную специфику в оказании психологической помощи.

Психология горя является трудной темой для многих людей, равно как и для профессионалов – специалистов-психологов. Почему? На то есть две причины: отношение к смерти и страданиям в современном мире характеризуется тенденцией к избеганию данной темы (как если бы эти феномены не имели отношения к жизни большинства людей) и переживанием их в одиночестве (культура, общество и непосредственное окружение не дает тут поддержки). Все это, как правило, затрудняет проработку травматического

события и детерминирует развитие посттравматического стрессового расстройства [4].

Кризис утраты (иногда его принято называть «острое горе») переживается сильными эмоциями горя, возникающими в результате утраты близкого, значимого человека. Это сильное эмоциональное потрясение, оказывающее влияние на психику и организм человека в целом, связанное также с переживанием ощущения собственной беспомощности из-за невозможности влияния на ситуацию. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической [1].

Острое горе не только эмоция утраты, но и важный этап процесса переживания утраты либидного объекта, при помощи которого человек прорабатывает боль утраты и становится способным вновь обрести чувство равновесия и полноты жизни. Согласно теории З. Фрейда [16, 17], главной задачей «работы печали» является отрыв психической энергии от либидного, но утраченного объекта. Пока работа не завершена «объект продолжает существовать психически», после проработки «Я» становится способным принять утрату и направить высвободившуюся энергию на решение жизненных задач [9].

Из клинических случаев.

Пациентка О. 58 лет обратилась в связи с состоянием острого горя, продолжающимся уже более 8 месяцев, собственного желания обращаться у нее не было. О. пришла по настоянию дочери. Муж О. утонул на рыбалке. Семья проживала в районе военного конфликта и за год до трагического события в их двор попал снаряд. Женщина винила себя за то, что не смогла уберечь мужа от трагедии, как это сделала год назад. В тот день она попросила мужа встретить ее с работы, и он ушел со двора, где занимался починкой рыбацких снастей. Снаряд повредил дом и имущество. Через год мужчина погибает от несчастного случая. О. плачет практически все время, продолжает ожидать звонка мужа, который видится ей во всех похожих по конституции мужчинах. О. кажется, что жизнь закончилась. Описывая свое состояние, О. отмечала, что совершенно не чувствует голода, нет аппетита, очень похудела. Несмотря на физическую слабость, есть ей не хочется. Нет желания работать, общаться, выполнять какую-либо домашнюю работу. Отмечает появившуюся агрессию и даже ненависть в отношении коллег, когда они рассказывают что-то о своих мужьях. Ругает себя за эту агрессию Муж был для О. самым близким человеком, подарившим настоящую любовь. Дочь и другие родственники живут далеко, к тому же с матерью и братьями, О. практически не общается.

Э. Линдемэнн [14] описал картину острого горя, универсально схожую у разных людей: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы, эмоциональное напряжение. Описанный синдром становится невыносимым для человека, который пытается справиться не столько со

страданием утраты, сколько с физиологическими проблемами. В связи с чем, избегаются любые напоминания об умершем человеке, контакты с людьми, которые могли бы спровоцировать приступ и т.п.

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

- 1) постоянные вздохи; данное нарушение дыхания особенно заметно, когда пациент говорит о своем горе;
- 2) жалобы на потерю силы и истощение: «почти невозможно подняться по лестнице», «все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым», «от малейших усилий я чувствую полное изнеможение»;
- 3) отсутствие аппетита.

Наблюдаются также некоторые изменения сознания: чувство нереальности происходящего, дистанцирования, отчуждения от окружающих наряду с поглощенностью образом умершего.

Переживающий острое горе часто чувствует вину, что не все сделал для спасения умершего, обвиняет себя в чрезмерной занятости, невнимательности, нерациональности своих поступков.

В эмоциональной сфере горюющего происходят существенные изменения особенно в отношении к окружающим людям. Появляются чувства враждебности, отвращения, злости, которые самого пациента пугают не меньше окружающих. Агрессивные тенденции могут резко смениться покорностью, отрешенностью, смирением. Происходит утрата эмпатии, теплоты к окружающим, раздражение усиливается пропорционально желанию друзей поддерживать близкие, теплые отношения [13].

Состояние острого горя может длиться несколько месяцев, интенсивность переживания очень индивидуальна, как и временная продолжительность. Исследователи выделяют следующие признаки острого горя [6, 13, 14]:

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

Необходимо отметить возрастные особенности переживания острого горя. Маленькие дети могут не испытывать переживаний утраты в остром периоде, но для дальнейшего развития имеет значение сам утраченный объект. Если ребенок потерял мать в первые 3-5 лет, то последствия материнской депривации могут деструктивно сказаться на всем психическом развитии ребенка. Потеря отца в этом возрасте часто переживается опосредованно чувствам матери и могут быть компенсированы любовью окружающих близких. Однако в последствии, все равно могут появиться страхи, связанные с потусторонним миром, в его фантазиях, снах отражаются образы, имеющие отношение к смерти. Чем старше

становится ребенок, тем острее переживания горя, в связи с пониманием значимости утраты и необратимости смерти.

Норвежский психолог А. Дырегров [13] предложил классификацию ситуаций в зависимости от риска усугубления горя у детей. Он различает горе и травму. Горе – нормальный процесс, а травма – процесс образования синдрома посттравматических нарушений.

Таблица 1.3

Матрица классификации травмирующих ситуаций по А. Дырегрову

ГОРЕ															
Ожидаемая утрата															
— ребенок подготовлен															
Ожидаемая утрата															
— ребенок не подготовлен															
Неожиданная утрата															
— внезапная смерть, болезнь															
— ребенок не присутствует															
Неожиданная утрата															
— несчастный случай, катастрофа, война															
— ребенок не присутствует															
Неожиданная утрата															
— убийство, самоубийство															
— ребенок не присутствовал															
Неожиданная утрата															
— внезапная смерть, болезнь															
— ребенок очевидец															
Неожиданная утрата															
— убийство, самоубийство															
— ребенок очевидец															
Неожиданная утрата															
— несчастный случай, катастрофа, война															
— ребенок — выживший															
ТРАВМА (возможность возникновения ПТСР)															

В таблице 1.3 показано, чем больше характеристики ситуации смещаются вправо, тем больше риск возникновения патологического горя; и напротив, легче всего переносятся ожидаемые утраты и, когда ребенок не является очевидцем события. Например, в случае смерти бабушек и дедушек, в своей жизни ребенок сталкивается со смертью, прежде всего, этих членов семьи. В случае, предварительной, деликатной подготовки ребенка: «бабушка или дедушка уже старенькие, они долго болеют и могут умереть», и условия «не присутствия» в

самый момент умирания, процесс горя будет протекать легче. Случаи, когда ребенок в принципе знает, что бабушка или дедушка могут скоро умереть, но их смерть выступает полной неожиданностью, травма утраты будет проявляться, особенно при наличии привязанности к умершему. В случае непосредственного участия ребенка в чрезвычайном событии: несчастный случай, катастрофа или военные действия; в случае утраты родителей, ребенок переживает наиболее сильную психотравму, самостоятельно справиться с последствиями которой, психика ребенка не сможет.

Из клинических случаев.

Девочка Д., 6 лет. Машина, в которой находилась вся семья Д. попала под перекрестный огонь, от снаряда машина загорелась. Девочка только через сутки попала в больницу с многочисленными ранениями. Вся семья, родители и старшая сестра, погибли. Из беседы с психологом (Д. живет с бабушкой и тетей): «Моя семья вся на небе, а я здесь одна». У девочки отмечались проблемы с установлением контакта со сверстниками, предпочитала играть в одиночестве. Настроение могло испортиться от малейших изменений в интонации близких. Эмоция радости возникала редко и на очень короткое время. Обычное настроение – никаких эмоций, интересов, либо отрицательное. В рисунках Д. изображала страшные сны, в которых «чудища, изрыгающие огонь, пожирают людей». Длительное время в процессе терапии прорабатывалась тема «Преследователь-жертва» и спасение слабых. Девочка очень нуждалась в теплых материнских отношениях, ощущении, что есть рядом люди, которым она нужна.

Мальчик М. 6 лет. С рождения воспитывался матерью-одиночкой, в трехлетнем возрасте мать посадили в тюрьму и мальчика усыновил сожитель матери. Через год мужчина создал собственную семью и М. стал жить с родной бабушкой. С начала военных действий семья переселилась в другой регион. Бабушка умирает, и ребенок несколько дней находится с мертвым телом пока их не обнаружили соседи. Через некоторое время ребенок попадает под опеку матери отчима. Создается новая для него семья, которая возвращает мальчика в родной город. Первая встреча психолога с ребенком состоялась в отделении психиатрической больницы, куда его поместили по требованию педагогического коллектива школы-интерната. Учителя жалуются на агрессивное, несдержанное поведение ребенка, гиперактивность, бунтарский характер. Например, М. может порвать тетрадь, если у него не получается правильно выполнить задание, может сорвать урок своим поведением (прыгает на парты, катается по полу, громко кричит). Со слов опекуна, подобное поведение всегда связано с полученными отрицательными оценками от учителей, недостаточным вниманием к ребенку, его потребностям. У М. обнаружены явления диссоциации, которые проявляются при негативных оценках ребенка. Он словно резко становится другим, из доброго и ласкового – в чрезвычайно агрессивного и неуравновешенного. Отмечается дефицит чувства доверия, инверсия чувства безопасности, самооценка крайне низкая и отрицательная. В невербальных упражнениях «Покажи какое-либо животное» показывал червяка. Рисунки

представляли собой сплошную черную штриховку, заливку (если использовалась гуашь). Переломный момент в работе наступил после «кольца объятий» психолога, которая на протяжении минуты говорила ему добрые хорошие слова, что плохое поведение всегда связано с плохими обстоятельствами жизни, но не с человеком, и вместе мы сможем справиться с любыми проблемами.

Дети, переживающие психическую травму, отражают ее эмоциональный аспект также, как отражают окружающий мир в процессе своего развития. Однако собственных когнитивных ресурсов для осмысления изменившихся обстоятельств недостаточно и ребенок справляется с переживаниями особенностями своей нервной системы, характера и доступными в социуме возможностями. Именно от окружающих людей во многом зависит успешность этих переживаний. Страхи, агрессия, обособленное поведение ребенка взрослыми могут восприниматься как недостатки воспитания и характера, что вызывает у взрослых желание воспитать «правильное поведение». Жесткость родительских практик блокирует процесс переживания. Деструктивные чувства ребенка нуждаются в контейнировании, но не в психике ребенка, а в психике взрослого, психическая зрелость которого способна справиться с детской психотравмой. Тактика родительского отношения должно опираться на чувства эмпатии, понимания переживаний ребенка и принятия всех его страхов и агрессий, только в этом случае возможен успешный выход ребенка из травмы.

Переживается утрата одинаково для всех людей во всем мире, независимо от культуры, религии, духовных или бытовых верований и представлений, но вот выражается горе в различных культурах по-разному. В некоторых обществах женщинам не разрешается приходить на похороны, не везде организуют поминки. В среднеазиатских странах и у некоторых африканских народов принято причитать и плакать рядом с телом умершего.

Существующие культурные ритуалы [2, 3] способствуют и помогают человеку пережить горе. Удивительно, но в народных, религиозных традициях ритуальные даты соответствуют фазам переживания острого горя (3 день, 9 день, 40 день, 1 год). Существуют традиции, помогающие пережить эмоции горя. Например, традиция плакальщиц, когда специально приглашенные (и обученные!) женщины, громко рыдая, говорят тексты, соответствующие внутренним переживаниям близких умершего. Плакальщицы вызывают катарсис (освобождение, состояние внутреннего очищения, облегчения, вызванное эмоциональным потрясением в результате сопереживания трагедии.). Что означает ритуал похорон? Прежде всего возможность попрощаться. Похороны во всех культурах организованы и продуманы таким образом, чтобы человек мог прощаться с близким. Это необходимо для дальнейшего переживания горя и эмоционального отрыва от близкого. Когда человек по разным причинам не присутствует на похоронах, у него может возникнуть ощущение нереальности, непринятия происшедшего, человек не верит, что близкого уже нет. Отсюда, одна из важнейших рекомендаций психологов,

работающих с детским горем: всегда, вне зависимости от возраста, рекомендуется брать детей на похороны близкого человека.

В переживании кризиса утраты участвует комплекс эмоций: печаль, горе, гнев, вина, стыд. Горевание как процесс переживания утраты характеризуется сложной и длительной психической работой, в которой выделяется несколько этапов характерных для взрослой категории. В работе с детьми необходимо всегда учитывать эмоциональное состояние родителей или опекунов, так как дети, как было отмечено выше, его отзеркаливают.

Фазы/Этапы горевания

1. Шок или оцепенение. От нескольких секунд до нескольких недель, в среднем к 7-9-му дню постепенно сменяется другой картиной.

Первые 48 часов. Шок от перенесенной утраты и отказ верить в произошедшее. Оцепенение – наиболее заметная особенность этого состояния. Скорбящий скован, напряжен. Его дыхание затруднено, неритмично, частое желание глубоко вдохнуть приводит к прерывистому, судорожному (как по ступенькам) неполному вдоху. Обычно утрачивается аппетит, нередко возникает мышечная слабость, малоподвижность иногда сменяются минутами суетливой активности.

Первая неделя. В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, и тогда в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде. Движения несколько механические (как у робота), лицо амимично, неподвижно. Речь невыразительная, малоинтонированная. Немножко запаздывает реакция: отвечает не сразу, а чуть-чуть помедлив. Движение и разговор немного замедленны. Сильных чувств не проявляет вовсе, временами может даже улыбаться.

Необходимость проведения похорон и другие хлопоты занимают все мысли, чувство утраты переживается автоматически. Постепенно к предыдущим симптомам добавляется ощущение «двойной жизни», «жизни в двух плоскостях». В этот период человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробиваются ощущения присутствия умершего. Например, при звонке в дверь мелькает мысль, что это «он», либо мерещится его голос, его походка у прохожих и т.д. Такие видения, вплетающиеся в контекст внешних впечатлений, вполне обычны и естественны, но пугают, принимаясь за признаки надвигающегося безумия.

Чем могут помочь близкие человеку, переживающему горе и находящемуся в фазе шока? Что они должны и чего не должны делать?

1. Разговаривать с горящим человеком с целью утешения в фазе шока, совершенно бесполезно. Человек находится в оцепенении, он «не слышит», «не видит», «не воспринимает», а вот дотрагиваться, обнимать, создавать ощущения эмоционального объятия необходимо. Процессы

ощущения продолжают работать и получать информацию из внешнего мира. Горюющий может не воспринимать сознательно холод, например, но на уровне ощущений ему холодно. Поэтому окружающим надо быть внимательными к адекватности одежды к погодным условиям, следить за временем принятия пищи, отдыха и т.д., т.е. оказывать первую психологическую помощь.

2. Быть рядом – это то, что действительно нужно, ходить за горюющим повсюду «хвостиком», ни на секунду, не выпуская его из поля внимания, не оставляя его одного. При этом не обязательно говорить, можно это делать молча. Важно не оставлять человека наедине с собой, этим сохраняется связь страдающего с внешним миром и профилактируются возможные деструктивные действия.
3. Когнитивные процессы у горюющего в фазе шока не работают в полной мере, поэтому если работа связана с необходимостью проявлять высокий уровень сосредоточения внимания, памяти, повышенной работоспособности лучше предложить взять отпуск на несколько дней. Школьникам старше 9-10 лет тоже желательно сделать перерыв в обучении.
4. Тактильный контакт. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения, онтогенетически это самый первый вид общения человека с внешним миром. Регресс психической деятельности, как защитный механизм, подсказывает помогающим уровень взаимодействия с горюющим. Иногда бывает достаточно одних тактильных контактов, чтобы вывести человека из тяжелейшего шока. В этот период большинство людей начинают чувствовать себя маленькими, беззащитными, им хочется заплакать, как плакали в детстве. Если удалось вызвать слезы, значит, что человек переходит в следующую фазу.
5. Нужно вызвать у человека любые сильные чувства и ощущения, которые выведут его из шока. Для этого рекомендуется музыкотерапия, ароматерапия, массаж, горячий душ, травяные ванны для ног, психогимнастика.

2. Фаза отрицания. До 6-7 недель с момента трагического события. В среднем 40 дней.

Вторая – пятая недели. Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Это самый тяжелый период. Преобладают чувства покинутости как семьей, так и друзьями, которые вернулись к своим обычным делам после похорон. Последствия шока еще присутствуют, но восприятие жизни начинает возвращаться, хотя это вызывает порой еще больший страх и отрицание. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей: ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества, злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Желание разделить участь с умершим, идентифицироваться с ним.

Амимичность сменяется застывшей «маской» характерных для переживания чувств, чаще всего страдания. Походка становится сутулой, сгорбленной; волосы, глаза тускнеют. Появляются проблемы со здоровьем. Становится характерной эмоциональная лабильность.

Шестая – двенадцатая недели. Последствия шока снимаются, четко осознается реальность потери. Отмечается широкий спектр эмоций и физических ощущений: затрудненное укороченное дыхание, астения, мышечная слабость; утрата энергии, ощущение тяжести любого действия; чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, повышенная чувствительность к запахам; снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна, сниженный самоконтроль.

Основным переживанием выступает чувство вины [5, 7, 11, 16, 19]. Возникают так называемые патогенные цепочки, когда человек, вспоминая событие, усматривает разнообразные намеки, которые были ему даны (по типу «раз я знал, я мог предотвратить событие»).

Типичны необыкновенная поглощенность образом умершего и его идеализация – подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о плохих чертах и поступках. В отношениях с окружающими может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Порой возникает бессознательное отождествление с умершим, проявляющееся в невольном подражании его походке, жестам, мимике.

В эмоциональной сфере ребенка присутствует подавленность, чувство страха. Актуализируется, в частности, страх смерти. Ребенку начинает казаться, что все в жизни хрупко и в любой момент может закончиться, он начинает бояться за жизнь близких.

В целом фазу отрицания можно считать критической в отношении дальнейшего горевания. Результаты преодоления данной стадии способны определить стратегию выбора жизненного пути, общения, формирования новых отношений. Принятие утраты позволит в дальнейшем использовать ресурсы для дальнейшей жизни, продуктивного развития. Застревание на отрицании – готовит почву для формирования патологического горя. Переживание горя способно функционировать по принципу треугольника Карпмана (преследователь-жертва-спасатель), в который будут вовлекаться окружающие. Позиция «Жертвы» зачастую подкрепляется психосоматическими и эмоциональными расстройствами.

Особенности психологической помощи в стадии отрицания.

Необходимо опираться на общий принцип работы с эмоциями – их «удлинение».

1. Дебрифинг. Окружающим надо выслушать страдающего, дать возможность вспомнить все, что происходило в отношениях с умершим, особенно в последний день и как можно подробнее. Создаваемая в воспоминаниях картина происшедшего позволяет

вывести из поля внутренних переживаний вытесненные шоковой стадией чувства и эмоции.

2. Воспоминания об умершем. Образ умершего целесообразно восстанавливать в памяти горюющего с разных сторон. Следует спрашивать об умершем, причине смерти, чувствах в связи с происшедшим. Слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он/она был похож?», «Можно ли увидеть его/ее фотографии?», «Что он/она любил делать?», «Что вы думаете о нем/ней?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.
3. Продолжаем работать с эмоциями и чувствами. Музыкотерапия, ароматерапия, массаж, горячий душ, травяные ванны для ног, психогимнастика. Добавляются упражнения изотерапии «Нарисовать свое настроение (сны)», «Каракули». Небольшой анализ по рисункам позволит «потрогать» ресурсную базу страдающего.
4. Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говоря, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнять тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда он возвратится к беседе. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.
5. 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.
6. Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, демонстрировать особый статус страдающего человека.

3. *Фаза принятие горя, собственно острое горе.* Иначе называют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации, который длится до шести месяцев.

Начинается цикличность эмоционального состояния. «Плохие» дни чередуются с относительно «хорошими». Возможны проявления вербальной и физической агрессии в отношении окружающих, несдержанность, раздражительность, наблюдается рост соматических проблем, особенно простудного и инфекционного характера, из-за подавленности иммунной системы. Снижается фрустрационная толерантность. Усиливаются физиологические реакции: затрудненное дыхание, ком в горле, мышечная слабость, изменение аппетита, нарушение сна.

Страдания становятся отчетливыми, так как горюющий к этому времени осознает силу утраты. Период подготавливает психику к принятию утраты. Однако сам факт принятия может быть воспринят негативно, с чувством вины

«Он мертв, а я жива. Как это можно принять». Вопрос «Что делать» становится ключевым. Поэтому на данной фазе уместна психологическая помощь.

Особенности психологической помощи в стадии принятия горя.

1. Эмоциональная поддержка горюющего с помощью активного слушания, эмпатии.
2. Упражнения на выведение негативных чувств и переживаний: вины, агрессии, печали, безысходности, паники и др. Целесообразно изотерапия, песочная терапия, где темой работы будет изображение настроения, эмоционального состояния горюющего.
3. Открытие доступа к воспоминаниям об умершем, через фотоальбомы, коллажи, открытки.
4. Проработка отношений горюющего с умершим. Использование техник по отсоединению: беседы на тему «Каким я его помню», «Каким его знали все», «Каким его знал только я», «Каким я его любил», «Каким не любил», техника «Написать письмо», «Подарок» и др. Целесообразно использовать метафорические карты «Persona» для лучшей апперцепции.

Главной задачей стадии является отделение горюющего от утраченного объекта для объективирования его в памяти, сохранения образа умершего как целостной личности со всеми ее особенностями

4. *«Фаза остаточных толчков и реорганизации»*. От шести месяцев и до года.

Жизнь горюющего человека в основном входит в привычный ритм. Восстанавливается работоспособность, аппетит, сон, характер общения. Переживание горя перестает быть ведущим в эмоциональной сфере человека. В отдельных случаях горевание продолжается, с периодическими приступами панических атак, психосоматическими расстройствами, которые, однако, случаются все реже. Поводом для них служат случайные встречи с общими знакомыми, не знавшими об утрате, какие-либо проблемы, которые легко решались умершим, а теперь никто с ними не справится, новые проблемы, связанные с наследством, например, с переживанием бездушности и корыстности окружающих. Первая годовщина смерти может быть либо травмирующей, либо переломной, в зависимости от последствий пережитых страданий в течение года.

На этом этапе, психологическая помощь должна быть оказана с учетом особенностей психологического состояния, возникающих проблем и запросов горюющего.

1. Психологическая поддержка в ситуациях панической атаки. Важно выяснить причину атаки, что могло спровоцировать приступ и помочь отреагировать на непосредственную причину.
2. Психологическое консультирование по различным актуальным проблемам, с которыми обращается клиент. Предпочтительно

использование психодраматических методов, техник транзактного анализа.

5. Фаза завершения. Длится от года до двух лет.

Это период «рассасывания» травмы. Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. Некоторые из этих 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.

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.

Особенности детского горя. Если в семье горе, то необходимо, чтоб ребенок об этом знал и мог переживать его вместе со всеми. Очень сложно сообщать о смерти близкого человека, особенно ребенку. Лучше, если это сделает кто-то из родных, или если это невозможно, то взрослый, которого ребенок хорошо знает и доверяет. Если в ответ подросток, например, отреагирует вспышкой гнева, не нужно просить его успокоиться и взять себя в руки, эмоцию надо принять. Не следует изолировать ребенка от ритуальных забот семьи в связи с погребением. Все решения должны приниматься членами семьи согласовано.

Кажется, что после похорон жизнь в семье приходит в относительную норму, так как взрослые возвращаются на работу, дети – в учебные заведения. К сожалению, именно в этот момент переживание утраты обостряется. Возвращение на учебу, встреча с учителем и одноклассниками может быть очень трудной и потребует особенного мужества. В этот период сложно и тяжело воспринимаются любые слова, даже от друзей. Однако, когда ребенок/подросток приходит в класс, слова сочувствия сказать необходимо, чтобы ребенок не ощущал безразличия со стороны учителя и учебного коллектива.

Смысл и задача «работы горя» в этой фазе состоят в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в жизни человека. Признаком этой фазы является то, что человек, вспоминая об умершем, переживает уже не горе, а печаль – совершенно иное чувство. И эта печаль уже останется навсегда в сердце человека, потерявшего близкого.

Психологическая помощь на этапе завершения.

1. Глубинная психокоррекция и терапия, с проработкой не только актуальных травм, но и ретроактивных, давно забытых, вытесненных в бессознательное переживаний.
2. Консультации, помогающие 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.

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер либо велик риск того, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

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

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

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

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

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

Литература

1. Винникотт Д. В. Игра и реальность / Д. В. Винникотт. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2008. – 240 с. – (Серия «Современный психоанализ: теория и практика»).
2. Всемирная энциклопедия: философия: глав. науч. ред. и сост. А. А. Грицанов. – М.: АСТ; Минск: Харвест; Современ. литератор, 2001. – 1312 с.
3. Гайденко П. Философия жизни / П. Гайденко // Философская энциклопедия. – М.: Совет. энциклопедия, 1970. – Т. 5. – С. 142–160.
4. Горьковая И.А. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебно-методический комплекс / И.А. Горьковая, А.А. Баканова, Т.В. Маликова и др. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. – 249 с.
5. Далай-Лама. Мудрость Востока и Запада. Психология равновесия / Далай-Лама, П. Экман . – СПб.: Питер, 2012. – 2012. – 304 с.
6. Земляных М.В. Психосоциальная помощь детям в гражданских конфликтах и других чрезвычайных ситуациях. Методическое рук-во / М.В. Земляных, М.Х. Изотова. – ЮНИСЕФ, Киргизская республика, 2012. – 86 с.
7. Изард К. Е. Эмоции человека / К. Е. Изард ; пер. с англ. – М.: МГУ, 1980. – 440 с.

8. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие. Методическое пособие по психотравмотерапии / Под ред. Л.В. Мищенко. Пятигорск – Bern: РИА-КМВ, 2012. – 328 с.
9. Лапланш Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис ; пер. с фр. Н. С. Автономовой. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
10. Левин К. Временная перспектива и преодоление трудных ситуаций / К. Левин // Психология личности ; под ред. : Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря, В. В. Архангельской. – М.: АСТ; Астрель, 2009. – С. 200 – 211. – (Хрестоматия по психологии).
11. Леонтьев Д. Смысл смерти: на стороне жизни / Д. Леонтьев // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – Рн/Д. – 2004. – № 2(5). – С. 40–51.
12. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д. А. Леонтьев. – 3-е изд., доп. – М.: Смысл, 2007. – 511 с.
13. Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие / И.М. Пономарева. – СПб.: СПбГИПСР, 2014. – 197 с.
14. Пятницкая Е. В. Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события : учеб.-методич. пособие для студентов психол. специальностей и практикующих психологов / Е.В. Пятницкая. – Балашов: Николаев, 2008. – 180 с.
15. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа / О. Ранк ; пер. с нем. Е. Н. Баканова. – М.: Когито-Центр, 2009. – 239 с.
16. Фрейд З. Либи́до / З. Фрейд ; пер. с нем. – М.: Гуманитарий, 1996. – 477 с.
17. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 400 с.
18. Фромм Э. Бегство от свободы / Э. Фромм ; пер. с англ. – М.: Прогресс, 1989. – 280 с.
19. Ялом И. Экзистенциальная изоляция, ответственность и вина // Психология личности / И. Ялом ; под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря, В. В. Архангельской – М.: АСТ: Астрель, 2009. – С. 226–241. – (Хрестоматия по психологии).

1.5 Клинико-психологические особенности адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи в условиях преодоления социального стресса.

Е.В. Киосева, И.И. Пацкань, О.А. Бешуля, Н.В. Киосев

Донбасс был и остается уникальной частью Европейского континента планеты Земля: своей геополитической территорией, особенностью природно-климатических условий, находящихся в его недрах минерально-сырьевых

ресурсах, самобытной историей и культурой населяющих его жителей. С начала второго десятилетия 21 столетия население ДНР испытывает социальный стресс, связанный с боевыми действиями [1].

Воздействие стрессовых событий служит причиной истощения личностных адаптационных ресурсов организма и личности, что в ряде случаев приводит к формированию стресс-индуцированных состояний [29, 31 - 34, 37, 38, 40, 42]. Особое внимание привлекают к себе студенты высших учебных учреждений, столкнувшиеся с совокупностью стрессогенных событий. По результатам отечественных и зарубежных исследований частота выявления расстройств адаптации у различных слоев населения варьирует от 11-18% до 10-35%. У студентов, по научным данным, расстройства адаптации определяются в 14-21% случаев, что связано с высоким уровнем нагрузки первых лет обучения, трудностями психосоциальной адаптации в новой микросоциальной среде и учебно-воспитательном пространстве вуза [4, 7, 10 - 12, 16, 17, 27].

Студенчество – социальная группа в системе высшего образования, характеризуется определенной численностью, половозрастной структурой, территориальным распределением, отдельным общественным положением, ролью и статусом, особой фазой, стадией социализации (студенческие годы), которую проходит значительная часть молодежи, и определяется установленными социально-психологическими особенностями. Отличительными признаками студенчества от других совокупностей являются: выполнение в стране обусловленных функций (учебно-образовательная деятельность), объективность существования, однозначная детерминированность поведения членов когорты, специфицированная целостность и самостоятельность относительно внешнего окружения, определенные специфические качества и системы ценностей. Значимой чертой выступает напряженный поиск смысла жизни, стремление к новым идеям и прогрессивным преобразованиям в отечестве. Важная особенность - это активное взаимодействие с различными социальными стратами и слоями общества. Несмотря на различия общественного происхождения, и, соответственно, материальных возможностей, студенчество интегрировано общим видом деятельности и образует, таким образом, определенную социально-профессиональную группу. В молодежной среде оно является наиболее подготовленной, образованной частью, что выдвигает его в ряд передовых групп.

Студенческому периоду, как известно, присущ высокий риск манифестации и развития психических заболеваний. Дезадаптационные нарушения психосоциального функционирования оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются формированием диссонантных отношений с окружающими, повышают риск употребления психоактивных веществ (ПАВ) и суицидов в студенческой среде.

Прогрессирующее распространение употребления молодежью ПАВ, негативным образом влияя на здоровье, является острой и актуальной медико-социальной проблемой современного общества. По данным ВОЗ, алкоголь - наиболее широко распространенное ПАВ среди молодых людей. Причиной смертности двух третей юношей и девушек от 15 до 20 лет является отравление алкоголем или несчастные случаи вследствие опьянения [2, 3, 8, 9, 14, 15, 18-24, 39, 41]. Одним из самых распространенных видов ПАВ также является и табак: 51,5% подростков и молодежи в возрасте 15-17 лет курит постоянно, и более 500 тысяч ежегодно приобщаются к табакокурению. Ситуация усугубляется тем, что они почти одновременно принимают алкоголь и наркотики. В то же время, прием ПАВ является коморбидной составляющей адаптационных нарушений и расстройств, особенно у лиц молодого возраста, имеет тенденцию к росту частоты во всем мире. Доминирующую роль в коррекции коморбидных дезадаптационных и аддиктивных состояний играет психотерапия и психопревенция, а в их предупреждении – психообразование.

В связи с чем, разработка новых форм стратегий развития своевременной диагностики, психотерапии и психопревенции адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с учетом аддиктивного фона; создание комплексной модели системы медико-социальной и медико-психологической помощи данному контингенту, является актуальной и своевременной, относится к ведущим задачам государства в области охраны здоровья населения.

С позиций биопсихосоциального подхода к изучению причин, механизмов и принципов формирования расстройств адаптации с целью разработки модели системы медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации и имеющими опыт употребления ПАВ, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии было обследовано 208 студентов младших курсов ГОО ВПО ДОННМУ имени М. Горького: 136 девушек (65,4%) и 72 юноши (34,6%), в возрасте от 17 до 21 года. Научная работа имела характеристику сплошного, проспективного, когортного, мультицентрового исследования, проведенного в период с 2015 по 2018 гг.

Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-эпидемиологический, клинико-anamnestический, психодиагностический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, математико-статистический.

Систематизация данных исследования осуществлялась на основе унифицированной «Карты обследования студента» («КОС», Е. В. Киосева, 2017) [7]. Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов, аддиктивных стигм выполнена на основе использования соответствующих критериев в МКБ-10.

Для проведения клинико-психопатологического исследования использовались следующие методики и тесты.

Для оценки психоэмоционального состояния и социальной активности применяли методику «Самочувствие, Активность и Настроение» (САН) (Тест

дифференцированной самооценки функционального состояния (В. О. Доскин и соавт., 1973) [26].

Определение и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществлялось с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001) [36].

Текущее психическое состояние исследовали с помощью опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L. R. Derogatis, в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001) [25, 35]. SCL-90-R позволяет оценивать паттерны психологических признаков, как у больных, так и у здоровых лиц. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие соматических и психологических проблем. Оценку и интерпретацию результатов проводили по 9 основным субшкалам, объединяющим определенные группы симптомов: 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). Дополнительные вопросы – Additional Items (ADD) — семь вопросов, которые не объединены между собой в виде шкалы определенного расстройства, а учитываются при общей обработке теста.

Для определения границ нормы по SCL-90-R применяли нормативные данные, полученные в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской Академии наук в рамках совместного российско-американского проекта.

При интерпретации результатов исследования использовали три обобщенных шкалы второго порядка, которые позволяют более гибко оценивать психопатологический статус. К интегральным показателям относятся индекс общей тяжести состояния (General Symptomatical Index – GSI); общее число утвердительных ответов (Positive Symptomatical Index – PSI); индекс наличного симптоматического дистресса (Positive Distress Symptomatical Index – PDSI).

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе протокола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МБА) В. Ю. Завьялова (1988). Комплексная оценка аддиктивного статуса проведена с помощью следующих методик [23]:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);

2. CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуаны, драпа, анаши, сенсимиллы);

3. STIMULANTS-UDIT (Stimulants Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в т. ч. из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.);

4. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака;

5. OPIATES-UDIT (Opiates Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.);

6. SOLVENTS-UDIT (Solvents Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

Исследование психометрических характеристик проводили при помощи методики «Опросник совладания со стрессом» «COPE» (C. S. Carver et al., 1989, адаптация Т. А. Гордеевой, Е. Н. Осина, 2010), который предназначен для измерения ситуационных копинг-стратегий и лежащих в их основе диспозиционных стилей. Авторы методики К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вентрауб при его разработке основывались на двух теоретических подходах – подходе Лазаруса и на их собственной модели саморегуляции поведения (Scheier, Carver, 1988) [30].

Опросник состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал, которые вносят дополнительные различия внутри категорий проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного копинга и добавляют новые, основанные на современных исследованиях, стратегии совладания: «обращение к Богу» и «избегание (алкоголь и наркотики)». Шкалы COPE: F1: Позитивное переформулирование и личностный рост; F2: Мысленный уход от проблемы; F3: Концентрация на эмоциях и их активное выражение; F4: Использование инструментальной социальной поддержки; F5: Активное совладание; F6: Отрицание; F7: Обращение к религии; F8: Юмор; F9: Поведенческий уход от проблемы; F10: Сдерживание; F11: Использование эмоциональной социальной поддержки; F12: Использование «успокоительных»; F13: Принятие; F14: Подавление конкурирующей деятельности; F15: Планирование.

Математическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ Statistica for Windows 10.0. Рассчитывали групповые показатели описательной статистики: для нормального распределения – среднюю арифметическую величину (M) ошибку средней арифметической величины (m) стандартное отклонение (SD) минимум (min) и максимум (max) значений в выборке; для ненормального распределения определяли медиану (Me) нижний (q25) и верхний квартили (q75). Формат предоставляемых данных в тексте и таблицах следующий: $M \pm SD$; (Min-max) Me =; (q 25-q75).

Агломеративным методом минимальной дисперсии (кластеризация методом «k - срединных») осуществляли распределение множественных объектов на число кластеров [13].

Критерии включения (табл. 1.4):

Таблица 1.4

Критерии включения в исследование при наличии признаков адаптационных нарушений и расстройств с учетом аддиктивного фона

Адаптационные нарушения	Адаптационные расстройства	Аддиктивный фон
Проблемы, связанные с обучением и грамотностью (Z55): Z55.1 Отсутствие способности к обучению; Z55.2 Провал на экзаменах; Z55.3 Отставание в учебе; Z55.4 Плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера (Z59): Z59.1 Неудовлетворительные жилищные условия; Z59.2 Конфликты с соседями, постояльцами, хозяевами Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (Z60): Z60.0 Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни; Z60.1 Нетипичная ситуация с родителями; Z60.2 Проживание в одиночестве; Z60.3 Трудности, связанные с принятием другой культуры; Z60.4 Социальная изоляция и остракизм; Z60.8 Другие проблемы, связанные с социальным окружением Проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами (Z64): Z64.2 Поиск и использование физических, пищевых и химических веществ, известных как вредные и опасные; Z64.3 Поиск и принятие действий поведенческого и психологического характера, известных как вредные и опасные Проблемы, связанные с образом жизни (Z72): Z72.3 Недостаток физической активности; Z72.4 Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи; Z72.5 Сексуальное поведение с высокой степенью риска; Z72.6 Склонность к азартным играм и пари; Z72.8 Другие проблемы, связанные с образом жизни (поведение, приводящее к самоповреждениям) Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни (Z73): Z73.0 Переутомление; Z73.1 Акцентуированные личностные черты; Z73.2 Недостаточность отдыха и расслабления; Z73.3 Стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках; Z73.5 Конфликт, связанный с социальной ролью, не классифицированный в др. рубриках	Расстройства адаптации (F43.2) Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, нарушают социальное функционирование и продуктивность, возникают в период адаптации к значимым изменениям в жизни или вследствие стрессовой жизненной ситуации. Стрессовый фактор может отражать интегральность микросоциальных связей пациента (переживания разлуки), а также – более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей. Проявления многообразны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их сочетание); ощущение неспособности справиться с ситуацией, планировать свои действия или продолжать оставаться в существующей ситуации. Наблюдается некоторая степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может демонстрировать склонность к драматизированному поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение)	Проблемы, связанные с образом жизни (Z72): – Z72.0 Употребление табака; – Z72.1 Употребление алкоголя; – Z72.2 Использование наркотиков В личном анамнезе некоторые другие болезни (Z86): – Z86.4 В личном анамнезе злоупотребление ПАВ

- 1) наличие предикторов и признаков адаптационных нарушений (Z55, Z59, Z60, Z64, Z72, Z73) или расстройств (F43.2);
- 2) положительные ответы на вопросы об опыте употребления ПАВ (в том числе алкоголь, табачные изделия (курительные смеси)).

Критерии исключения: Психозы; хронические психические заболевания в стадии обострения; больные экзогенными и эндогенными психическими заболеваниями, осложненные употреблением ПАВ (F00 - F09; F1; F2; F20 – F29); нарушения поведения, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (F10– F18).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Особенности психоэмоциональной сферы у студенческой молодежи.

На первом этапе анализа полученных данных были определены основные составляющие психофункционального состояния студентов младших курсов по шкале «САН», которая представляет собой разновидность опросников состояний и настроений. Тест позволяет оценить самочувствие, активность, настроение респондентов. О благоприятном функциональном психоэмоциональном состоянии обследуемого говорят оценки, превышающие 4 балла; об оптимальном – лежащие в диапазоне 5,0-5,5 балла; о неблагоприятном – ниже 4 баллов.

Самочувствие определяется как комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление его мыслей, чувств. Активность выступает как общая характеристика, включающая физическую и нервно-психическую активность, определяется интенсивностью и объемом взаимодействия личности с социальной средой. Настроение – представляется как эмоциональный фон, либо как четко идентифицируемое состояние и проявляется в особенностях эмоционального отклика на внешние воздействия. Для оценки психофункционального статуса важны как значения отдельных его показателей, так и их соотношение. Благоприятное состояние характеризуется сопоставимыми оптимальными значениями активности, настроения и самочувствия. Превышение показателей настроения над значениями самочувствия и активности может свидетельствовать об усталости респондента.

Анализ результатов исследования позволил определить отдельные показатели психофункционального состояния и их соотношение: превышение показателей настроения ($Me = 5,40$) над значениями САН ($Me = 4,85$) и активности ($Me = 4,20$) у 50% молодежи может указывать на усталость. Установлено, что значение Me настроения студентов ($Me = 5,40$) у 50% лиц находится у верхней границы оптимального диапазона, а значение max ($max = 7,00$) превышает верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, может

сопровождаться хроническим переутомлением и развитием психологического дистресса.

По результатам исследования для всех изучаемых показателей САН обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min - max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик у обследованных.

Таблица 1.5

Психоэмоциональная характеристика студентов младших курсов университета по методике «САН: самочувствие, активность и настроение», баллы, (n = 208)

Шкала	САН	Самочувствие	Активность	Настроение
Показатель	4,72±0,84; (2,10–6,60); Me=4,85; (4,18–5,35)	4,76±0,99; (2,50–6,90) Me=5,50; (3,90–5,60)	4,26±0,88; (1,50–6,90) Me=4,20; (3,75–4,90)	5,13±1,24; (1,00–7,00) Me=5,40; (4,35–6,05)

Как видно из табл. 1.5 обнаружено высокое значение стандартного отклонения для всех изучаемых показателей САН и высокий разрыв min - max от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик у обследованных.

Результаты скрининга психического состояния студентов младших курсов

Как видно из приведенных данных в табл. 1.6, психоэмоциональное состояние студентов младших курсов медицинского факультета университета характеризуется повышенными показателями фобической тревожности, соматизации и межличностной сензитивности.

Таблица 1.6

Показатели выраженности психопатологической симптоматики у студентов младших курсов университета по методике SCL-90-R, (n = 208)

Шкала	Все обследованные, n=208	Норма
SOM (баллы)	0,54±0,57; (0,00-4,00); Me=0,33; (0,17-0,75)	0,44±0,03
O-C (баллы)	0,67±0,62; (0,00-4,00); Me=0,50; (0,30-1,00)	0,75±0,04
INT (баллы)	0,73±0,73; (0,00-4,00); Me=0,44; (0,22-1,00)	0,66±0,03
DEP (баллы)	0,63±0,69; (0,00-4,00); Me=0,38; (0,15-0,92)	0,62±0,04
ANX	0,48±0,63; (0,00-4,00);	0,47±0,03

Продолжение табл. 1.6

(баллы)	Me=0,20; (0,10-0,40)	
HOS (баллы)	0,48±0,61; (0,00-4,00); Me=0,33; (0,16-0,67)	0,60±0,04
PHOB (баллы)	0,34±0,56; (0,00-4,00); Me=0,14; (0,00-0,43)	0,18±0,02
PAR (баллы)	0,58±0,65; (0,00-4,00); Me=0,33; (0,17-0,83)	0,54±0,04
PSY (баллы)	0,43±0,62; (0,00-4,00); Me=0,20; (0,10-0,50)	0,30±0,03
ADD (баллы)	0,43±0,56; (0,00-4,00); Me=0,29; (0,14-0,57)	0,49±0,03
GSI	0,54±0,55 (0,02 – 4,00); Me=0,36; (0,19-0,66)	0,51±0,02
PDSI	1,22±0,38 (1,00 – 4,00); Me=1,00; (1,00-1,31)	1,17±0,05
PSI	31,97±20,70 (2,00 – 90,00); Me=27,50; (16,00-44,00)	21,39±2,02

Установлено, что у студентов доминирует превышение уровня фобической тревожности ($0,34 \pm 0,56$, при норме $0,18 \pm 0,02$ балла), как переживание широкого спектра негативных ощущений. Беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения свидетельствуют о наличии у молодых людей когнитивных компонентов чувства опасности, неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении конкретных людей, событий, ситуаций. Иррациональный характер переживаний влечет за собой тенденцию к избегающему поведению и подтверждается повышением уровня показателя шкалы психотизма ($0,43 \pm 0,62$, при норме $0,30 \pm 0,03$ балла), что отражает затруднения в межличностной коммуникации, негативные эмоциональные переживания и раздражительность, не свойственные им ранее.

Выявлено повышение показателей по шкале соматизации ($0,54 \pm 0,57$, при норме $0,44 \pm 0,03$ балла). Соматовегетативные компоненты (кардиоваскулярный, гастроинтестинальный, респираторный и другие), а также головная и другие боли, дискомфорт со стороны общей мускулатуры у молодых людей, при отсутствии органической патологии, рассматривается как симптоматический эквивалент тревоги и свидетельствует о наличии у них психологического дистресса.

Межличностная сензитивность у студентов — несколько выше ($0,73 \pm 0,73$), чем в норме ($0,66 \pm 0,03$ балла), определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда молодой человек сравнивает себя с другими. Данная шкала тестирует самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми, что можно интерпретировать как сложности адаптации в социуме, имеющем иные нормы социальной регуляции поведения по сравнению со сложившимися стереотипами и установками в подростковом периоде.

Менее выражены симптомы депрессивного характера ($0,63 \pm 0,69$, при норме $0,62 \pm 0,04$ балла), что отражает снижение мотивации к активности у студенческой молодежи.

Анализ результатов исследования позволил отметить высокую степень разнообразия признаков психопатологической характеристики у студентов: отмечается высокое значение стандартного отклонения и высокий разброс min – max от 0,00 до 4,00.

При интерпретации результатов обобщенных шкал второго порядка установлено повышенное значение индекса проявления симптоматики PSI, что отражает широту представленности симптомов и составляет $31,97 \pm 20,70$; (2,00–90,00) при норме $21,39 \pm 2,02$. Это свидетельствует о том, что некоторые студенты дают отрицательные ответы почти на все вопросы, а часть из них положительно отвечает на все вопросы самоотчета в разной степени выраженности жалоб.

Выявлено, что обобщенный единичный показатель, отражающий тяжесть симптоматики – индекс GSI несколько превышает норму и составляет $0,54 \pm 0,55$; (0,02–4,00) при норме $0,51 \pm 0,02$.



Рис. 1.4 Скринингово-диагностический этап

Выше нормативных границ определен индекс выраженности дистресса PDSI, отражающий уровень субъективного симптоматического дистресса, и составляет $1,22 \pm 0,38$; (1,00–4,00), при норме $1,17 \pm 0,05$.

Анализ и оценка полученных результатов свидетельствуют о том, что выявленные симптомы являются скорее транзиторным следствием наличного психического дистресса, нежели признаком устойчивой психопатологической черты у студентов.

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, было выполнено распределение контингента на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Практически здоровые студенты составили группу 1. Лица с признаками нарушения адаптации вошли в группу 2. Из студентов с признаками расстройств адаптации было сформировано группу 3. Детально представлено на рисунке 1.4.

Таким образом, установлено, что психоэмоциональное состояние студентов младших курсов университета характеризуется полиморфностью. Общая скрининговая оценка психического состояния и имеющейся психопатологической симптоматики у студенческой молодежи показала, что адаптационные нарушения имеют место у 30,8% студентов, адаптационные расстройства выявлены у 14,4% респондентов.

Гендерные особенности психоэмоциональной характеристики студентов младших курсов с расстройством адаптации

Установлены (табл. 1.7) статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем шкалам теста «САН» с четкой тенденцией к снижению от группы 1-ой ко 2-ой и от 1-ой к 3-ей, с небольшим, но статистически значимым увеличением показателей всех шкал (за исключением активности) между студенческими группами от 2-ой к 3-ей.

Таблица 1.7

Психоэмоциональная характеристика студентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы, (n = 208)

Шкала	Группа 1, n=114	Группа 2, n=64	Группа 3, n=30
САН	5,30±0,44; (4,50-6,60); Me=5,23; (4,93-5,63)	3,88±0,56*; (2,10-4,63); Me=3,97; (3,47-4,32)	4,27±0,73*#; (3,03-6,40); Me=4,33; (3,77-4,70)
Самочувствие	5,38±0,66; (3,70-6,90); Me=5,40; (4,90-5,90)	3,86±0,69*; (2,50-5,80); Me=3,70; (3,40-4,25)	4,29±0,83*#; (1,80-6,20); Me=4,25; (3,70-4,80)
Активность	4,60±0,78; (2,90-6,90);	3,77±0,72*; (1,50-5,30);	4,02±0,99*; (2,40-6,90)

Продолжение табл. 1.7

	Me=4,70; (4,10-5,00)	Me=3,80; (3,50-4,00)	Me=3,90; (3,30-4,60)
Настроение	5,93±0,59; (4,60-7,00); Me=5,90; (5,50-6,40)	4,01±1,05*; (1,00-6,10); Me=3,80; (3,20-4,80)	4,51±1,23*; (1,30-6,30); Me=4,85; (3,30-5,40)

*Примечания: 1. Здесь и далее в табл. 2 и 3 – * – уровень статистической значимости различий значений с группой 1 на уровне $p < 0,001$;*

2. # – уровень статистической значимости различий значений с группой 2 на уровне $p < 0,001$.

Выявлено, что показатели самочувствия в группах студентов 2 и 3 находятся существенно ниже оптимального диапазона, на что указывают значения минимумов (3,0 – в группе 3 и 2,5 – во 2-ой). Величины медиан (Me=3,70 и Me=4,25) в этих группах демонстрируют, что 50% обследуемых лиц находятся в психофункциональном состоянии ниже оптимального диапазона.

Проведенное исследование позволило установить, что на эмоциональном уровне признаки нарушения адаптации (группа 2) выражались в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения», некоторого внутреннего беспокойства на занятиях в университете с элементами заторможенности или суетливости в поведении, повышенной чувствительности к обычным межличностным взаимодействиям в студенческой группе, утомляемости, трудностей при выполнении привычных университетских задач и недостаточного сна. Также обследуемые отмечали, что иногда у них возникало учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, дрожь во всем теле, потливость ладоней, тошнота. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия ($3,86 \pm 0,69$ баллов),

По определению студентов 3-й группы эмоционально это состояние отражалось в ощущении беспокойства, тревоги, которая была чаще направлена в будущее. Иногда молодые люди испытывали чувство внутренней дрожи, пониженное настроение, грусть, напряжение относительно взаимоотношений с окружающими, раздражительность, не присущую им ранее, трудности концентрации внимания при выполнении привычной работы, раздражительность, усталость, забывчивость, потерю интереса к сексуальным отношениям, отсутствие потребности общения с подругами, друзьями. Им свойственно нарушение сна, изменения аппетита, неспецифические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышение артериального давления, учащение пульса, расширение зрачков, бледность кожных покровов, потливость, сухость во рту. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значения его минимума (1,8 баллов), по методике «САН».

Таблица 1.8

Психоэмоциональная характеристика девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы, (n = 136)

Шкала	Группа 1, n=82	Группа 2, n=40	Группа 3, n=14
САН	5,27±0,47; (4,50-6,60); Me=5,23; (4,93-5,57)	3,80±0,46,* (2,33-4,60); Me=3,80; (3,47-4,22)	4,33±0,91,*# (3,03-6,40); Me=4,33; (3,63-4,93)
Самочувствие	5,31±0,70; (3,70-6,90); Me=5,30; (4,90-6,90)	3,72±0,47,* (2,60-5,10); Me=4,25; (3,40-3,95)	4,26±0,82,*# (3,00-6,00); Me=4,25; (3,60-4,80)
Активность	4,57±0,82; (3,00-6,90); Me=4,60; (4,10-5,000)	3,80±0,58,* (2,40-5,30); Me=3,80; (3,55-3,85)	4,04±1,22,* (2,40-6,90) Me=3,90; (3,30-4,70)
Настроение	5,93±0,58; (4,60-7,00); Me=5,90; (5,60-6,30)	3,89±0,96,* (1,00-5,80); Me=3,70; (3,20-4,60)	4,70±1,25,*# (3,10-6,30); Me=5,15; (3,720-5,80)

Выявлено (см. табл. 1.8), статистически значимое снижение значений теста «САН» по всем шкалам от 1-ой к 3-ей группе девушек младших курсов ($p < 0,001$). Доказано, что исследуемые показатели во 2-ой и 3-ей группах имеют статистически значимые различия ($p < 0,001$) между собой. Исключение составляют показатели активности обследуемого контингента ($p = 0,09$). Установленные величины медиан шкалы активности расположены в значениях, ниже благоприятных ($Me=3,8$; $Me=3,95$).

Анализируя результаты исследования показателей методики «САН» у юношей установлено, что статистически значимо различаются значения всех шкал, снижаясь от 1-ой группы к 3-ей ($p < 0,001$). Доказано отсутствие различий между показателями опросника 2-ой и 3-ей исследуемых групп (табл. 1.9).

Таким образом, определены психофункциональные гендерные особенности у молодежи в группах: практически здоровых студентов, лиц с признаками нарушений и расстройств адаптации. Доказано, что у девушек, в отличие от юношей, в условиях стрессогенных ситуаций статистически значимо снижаются показатели активности, как ранний признак психологического дистресса.

Таблица 1.9

Психозэмоциональная характеристика юношей 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (методика «САН»), баллы, (n = 72)

Шкала	Группа 1, n=39	Группа 2, n=18	Группа 3, n=15
САН	5,21±0,48; (4,43-6,37); Me=5,03; (4,87-5,67)	3,79±0,70,* (2,10-4,60); Me=3,80; (3,47-4,22)	4,30±0,63,* (3,47-6,67); Me=4,37; (3,80-4,70)
Самочувствие	5,36±0,66; (4,00-6,90); Me=5,40; (4,80-5,80)	3,87±0,91,* (2,50-5,70); Me=3,65; (3,40-4,20)	4,43±0,93,* (3,10-6,20); Me=4,50; (3,70-5,40)
Активность	4,52±0,78; (2,40-6,10); Me=4,80; (4,00-4,90)	3,59±0,89,* (1,50-5,10); Me=3,80; (3,30-4,00)	4,11±0,83,* (2,60-5,20); Me=4,60; (3,50-4,70)
Настроение	5,76±0,79; (3,50-7,00); Me=5,70; (5,30-6,40)	3,92±1,09,* (1,00-6,00); Me=3,95; (3,20-4,70)	4,37±1,26,* (1,30-6,20); Me=4,80; (3,30-5,10)

Расстройства адаптации на эмоциональном уровне отражают континуум индивидуальных вариаций сочетания состояния психологической дезадаптации, степени адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники», а также когнитивных и поведенческих нарушений.

Результаты исследования позволяют констатировать, что психозэмоциональные нарушения в рамках дезадаптационных расстройств у студентов младших курсов имеют субклинический уровень проявления.

Ведущее место при этом занимают донозологические формы дисфункции тревожно-депрессивного, фобического, эмоционально-лабильного характера, соматовегетативного регистров, выступая предикторами формирования клинической симптоматики расстройств адаптации.

Аддиктивная характеристика студенческой молодежи младших курсов

Установлено, что среди всех обследованных (n=208) выявлено 83,2% (173/208) студентов, которые имеют опыт употребления ПАВ, преимущественно напитки со слабым содержанием алкоголя – пиво и табакокурение, девушки 59,6% (124/208); юноши 21,2% (44/208). Среди всех обследованных (n=208) доля от девушек 85,3% (116/136), а доля от юношей – 70,8% (51/72).

Соотношение приема ПАВ соответственно уровням их употребления среди обследованного контингента приведены на рисунке 1.5.

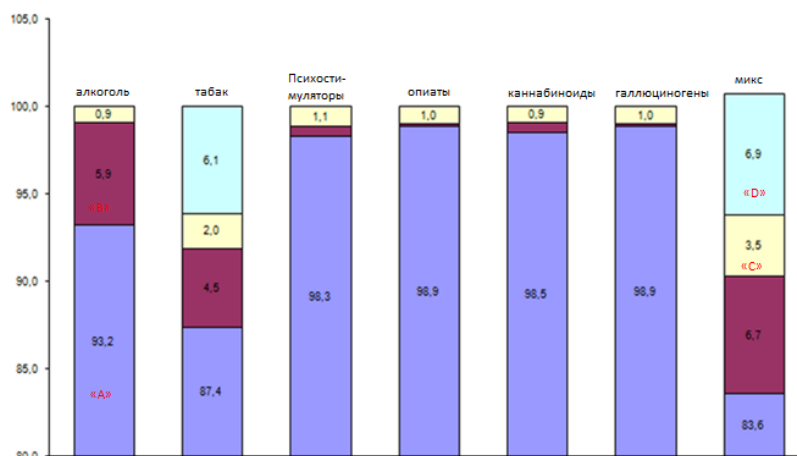


Рис. 1.5. Распространенность и структура употребления разных ПАВ среди студентов младших курсов, (%)

Исходя из полученных результатов, тенденции употребления ПАВ у обследованного контингента студенческой молодежи можно охарактеризовать следующим образом. Большая часть обследованных при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (степень «А» 1-7 баллов) или «опасного употребления» (степень «В» 8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной (степень «С» 16-20 баллов – с вредными последствиями; степень «Д» - 20 баллов и более – зависимые состояния).

Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) и у студентов с признаками расстройств адаптации (группа 3) в структуре мотивов, побуждающих молодых людей употреблять ПАВ в тройку доминирующих входят: на 1м месте – «Влияние друзей и компании» - 56% - субмиссивные мотивы (неспособность противостоять давлению) в группе 1 и 65% соответственно в группе 2.

На 2м месте у практически здоровых студентов – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 44% – гедонистические мотивы, у студентов с признаками расстройств адаптации – «Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их» – 56% – атарактические мотивы (для снятия психоэмоционального напряжения).

На 3м месте у молодежи группы 1 – «Отсутствие внешнего контроля взрослых» – 32% – субмиссивные мотивы, у группы 3 – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 36% – гедонистические мотивы (для наслаждения, удовольствия).

Таким образом, студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (83,2%). Присутствует риск формирования зависимости. Особенности аддиктивного поведения молодых людей являются: полисубстантный тип употребления ПАВ (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурение), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1–7 баллов) – донозологический паттерн аддиктивного состояния.

Особенности копинг-поведения у студенческой молодежи при расстройствах адаптации

На следующем этапе анализа полученных данных были измерены стратегии совладания, ранжированы от максимума (max) к минимуму (min). Затем выделена доля лиц (в %) и распределены шкалы по ранговому приоритету. Результаты исследования представлены в табл.1.10

Таблица 1.10

Показатели разнообразия и приоритетного выбора копинг-стратегий студентами младших курсов (Р/%)

Шкалы «COPE»	Все, n=208	Группа 1, n=114	Группа 2, n=64	Группа 3; n=30
F1 Позитивное переформулирование и личностный рост	85/40,87	52/45,61	24/37,51	9/30
F2 Мысленный уход от проблемы	16/7,69	8/7,01	4/6,25	4/13,33
F3 Концентрация на эмоциях и их активное выражение	34/16,35	14/14,91	9/14,07	8/26,67
F4 Использование инструментальной социальной поддержки	30/19,23	22/19,31	10/15,63	8/26,67
F5 Активное совладание	71/34,13	42/36,85	23/39,54	6/20,00
F6 Отрицание	7/3,36	4/3,51	3/4,68	6/20,00
F7 Обращение к религии	33/15,86	15/13,16	8/12,51	10/33,33
F8 Юмор	53/25,48	34/29,82	16/25,00	3/9,99
F9 Поведенческий уход от проблемы	2/0,96	1/0,88	1/1,56	0
F10 Сдерживание	14/6,73	8/7,02	5/7,82	1/3,33
F11 Использование эмоциональной социальной поддержки	56/26,92	26/22,81	20/31,52	10/33,33
F12 Использование «успокоительных»	7/3,36	2/1,75	1/1,56	1/3,33
F13 Принятие	32/15,39	19/16,66	10/15,62	3/10,00

Продолжение табл. 1.10

F14 Подавление конкурирующей деятельности;	33/15,86	23/20,17	8/12,51	2/6,66
F15 Планирование	77/37,02	46/40,35	22/37,37	9/30,00

Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) в тройку доминирующих копинг-стратегий входят: на 1-м месте – позитивное переформулирование и личностный рост 45,61%, как один из видов эмоционально ориентированного копинга: направленный на управление эмоциональным дистрессом, а не на разрешение стрессовой ситуации. Значимость этой стратегии не ограничивается лишь снижением вероятности дистресса. Так, восприятие стрессового взаимодействия в позитивном свете должно неизменно привести к тому, что человек продолжит активные, проблемно ориентированные действия, направленные на преодоление стресса.

На 2м месте – планирование 40,35% – является обдумыванием и осознанием того, как преодолеть влияние стрессора. Планирование вызывает стратегии действий, осмысление того, какие шаги следует предпринять и как лучше всего справиться с проблемой. Эта стратегия является проблемно ориентированной, но принципиально отличается от прямого выполнения действий, направленных на разрешение проблемы. Более того, планирование происходит во время вторичной оценки, а активный копинг – во время фазы непосредственного преодоления.

На 3-м месте – активное совладание 36,85% - процесс, при котором человек предпринимает активные действия с целью предотвратить, уйти от влияния стрессора или изменить (улучшить) его воздействие. Активный копинг включает в себя инициацию направленных действий, увеличение объема прилагаемых усилий и попытку пошагового (постепенного) преодоления сложных ситуаций.

Для студентов с признаками нарушения адаптации характерны другие приоритеты в выборе совладающего поведения: на 1м месте – активное совладание 39,54%, второе место разделили: позитивная переоценка 37,51% и планирование 37,37%.

Студентов с признаками расстройств адаптации характеризует лидирование на 1м месте – использование эмоциональной социальной поддержки (утешение) - 33,33% и обращение к религии -33,33%. Последняя шкала в качестве копинг-стратегии обозначена как обращение к Богу (религии). Поставив вопрос о том, как рассматривать такое поведение в рамках копинг-стратегии, авторы методики столкнулись со своего рода дилеммой. Молодой человек может обращаться к религии в стрессовой ситуации по самым разным причинам: религия (вера) может служить источником эмоциональной поддержки, помощью в положительной переоценке и развитии или являться тактикой активного преодоления влияния стрессора.

На 2м месте - по 30% позитивная переоценка и планирование.

На 3м месте – сочетание по 26,67% - концентрации на эмоциях и их активное выражение. Одной из малоадаптивных стратегий является

концентрация на эмоциях и эмоциональный выход: тенденция «заикливания» на собственных переживаниях и выражение этих чувств. Как утверждают авторы «СОРЕ», есть основания полагать, что концентрация на такого рода эмоциях, особенно в течение продолжительного времени, может препятствовать адаптации и использованию инструментов социальной (содействие) поддержки. Другая реакция, которая может быть рассмотрена в рамках проблемно ориентированного копинга – поиск социальной поддержки. Люди могут нуждаться в социальной поддержке по двум причинам. Поиск социальной поддержки в качестве содействия заключается в необходимости совета, помощи, информации. И это можно отнести к проблемно ориентированному копингу. Поиск социальной поддержки в качестве утешения заключается в удовлетворении потребности во внимании, симпатии и понимании. И это уже является одним из аспектов эмоционально ориентированного копинга. Авторы методики разделили эти две функции социальной поддержки, потому что они имеют принципиальные различия. Однако в жизни указанные стратегии часто возникают совместно.

Таким образом, особенностями копинг-стратегий молодых людей при дезадаптационных состояниях являются: неконструктивный характер последовательности их применения, недостаточная частота и слабое разнообразие адаптивного репертуара, которые проявляются в виде сложностей решения проблем и затруднений совладания со стрессом.

На основании полученных данных нами сформирована научно обоснованная модель системы эффективной медико-социальной помощи студентам с вышеуказанными дезадаптационными расстройствами.

Литература

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 116–117.
2. Бохан Н. А. Общая психопатология в клинической наркологии : учебное пособие в таблицах и схемах / Н. А. Бохан, Н. Е. Буторина, Е. Н. Кривулин. – Челябинск : Изд-во «ПИРС», 2010. – 234 с.
3. Вієвський А. М. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук : [спец.] 14.01.17 «Наркологія» / А. М. Вієвський ; Укр. н.-д. ін-т соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2012. – 40 с.
4. Войцех В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 17–25.

5. Гаранян Н. Г. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации [Текст] / Н. Г. Гаранян, Д. А. Андрусенко, И. Д. Хломов // Психологическая наука и образование. — 2009. — № 1. — С. 72–81.
6. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. — 2009. — Т. 15, № 1 (56). — С. 81–88.
7. Киосева Е. В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патоперсонология, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация) : докт. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук : [спец.] 19.00.04 «Медицинская психология» / Елена Викторовна Киосева ; ХМАПО МЗ Укр. — Х., 2017. — 354 с.
8. Когнітивно-особистісні та соціальні аспекти адиктивної поведінки підлітків, які вживають психоактивні речовини [Електронний ресурс] / С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька [та ін.] // Архів психіатрії. — 2013. — Т. 19, № 3 (74). — С. 127–128. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2013_19_3_72 (дата звернення: 1.08.2016). — Назва з екрана.
9. Когнітивно-поведінкова психотерапія адиктивної поведінки у підлітків, які вживають психоактивні речовини / С. І. Табачников, А. Є. Горбань, Є. М. Харченко [та ін.] // Інформаційний лист про нововведення. — Київ, 2015. — № 87.
10. Красик Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов [Текст] / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. — Томск, 1982. — С. 7.
11. Краснова В. В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование : электрон. науч. журн. — 2011. — № 1. — С. 1–15. — Режим доступа: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2011_1_2060.pdf (дата обращения: 1.08.2016). — Название с экрана.
12. Краснова В. В. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов [Текст] / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Журнал неврологии и психиатрии. — 2013. — № 113. — С. 50–53.
13. Ланг Т. А. Как описывать статистику в медицине : аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик ; пер. с англ. под. ред. В. П. Леонова. — М.: Практическая медицина, 2011. — 480 с. : ил.
14. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] / Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3 (66). — С. 61–66.
15. Модель та алгоритм медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають психоактивні речовини / С. І. Табачников,

- Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька [та ін.] // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 102–106.
16. Мозгова Т. П. Стрес і розлади адаптації [Електронний ресурс] / Т. П. Мозгова, І. В. Лещина, С. В. Федорченко // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 152. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_92 (дата обращения: 1.02.2019). – Название с экрана.
17. Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов [Текст] : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. псих. наук. : спец. 19.00.13 – «Психология развития, акмеология» / М. В. Москова. – М., 2008. – С. 12–47.
18. Осуховская Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки / Е. С. Осуховская // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 80–84.
19. Разводовский Ю. Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.
20. Разводовский Ю. Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 35–43. Österberg E. L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe / E. L. Österberg // Drug Alcohol Rev. – 2011. – Vol. 30, issue 2. – P. 124–129. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00265.x.
21. Риткіс І. С. Особливості системного підходу до психотерапії, психопрофілактики та корекції тютюнопаління і тютюнової залежності у осіб молодого віку на сучасному етапі / І. С. Риткіс // Лікарська справа. 2013. – № 5. – С. 59–62.
22. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Я. Г. Евдокимова, М. В. Москова // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16–26.
23. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Новости украинской психиатрии. – Киев – Харьков, 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm> (дата обращения: 1.02.2019). – Название с экрана.
24. Табачніков С. І. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики / С. І. Табачніков, А. М. Вієвський // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 93–99.
25. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

26. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, М. П. Мирошников, В. Б. Шарай // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
27. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
28. Beck A. T. Beck Anxiety Inventory / A. T. Beck, R. A. Steer. – San-Antonio, TX: The Psychological Cooperation, 1993. – 42 p.
29. Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians / S. M. Olson, N. U. Odo, A. M. Duran [et al.] // J. Grad. Med. Educ. – 2014. – Vol. 6, issue 4. – P. 669–674. DOI: 10.4300/JGME-D-13-00396.
30. Carver C. S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach / C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56, issue 2. – P. 420–470. DOI: 10.1037//0022-3514.56.2.267.
31. Casey P. Adjustment disorder: new developments / P. Casey // Curr Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16, issue 6. – P. 451. DOI: 10.1007/s11920-014-0451-2.
32. Clark J. Social Anxiety and Self-evaluation of Interpersonal Performance / J. Clark, H. Arkowitz // Psychological Reports. – 1975. – Vol. 36, issue 1. – P. 37. DOI: 10.2466/pr0.1975.36.1.211.
33. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and upflits versus major life events / A. D. Kanner, J. C. Coyne, C. Schaefer, R. S. Lazarus // Journal of Behavioral Medicine. – 1981. – Vol. 4, issue 1. – P. 1–39.
34. Curran J. P. Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety : a review / J. P. Curran // Psychological Bulletin. – 1977. – Vol. 84, issue 1. – P. 140–157.
35. Derogatis L. R. SCL-90: An out-patients psychiatric rating scale-preliminary report / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology Bulletin. – 1973. – Vol. 9, issue 1. – P. 13–28.
36. Derogatis L. R. The SCL-90-R [Text] / L. R. Derogatis. – Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1975. – 134 p.
37. Kelly B. D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? / B. D. Kelly // Indian J. Psychiatry. – 2016. – Vol. 58, Suppl. 2. – P. S168–S174. DOI: 10.4103/0019-5545.196822.
38. Mommersteeg P. M. Type D Personality, depressive symptoms and work-related health outcomes / P. M. Mommersteeg, J. Denollet, E. J. Martens // Scand. J. Public Health. – 2012. – Vol. 40, issue 1. – P. 35–42. DOI: 10.1177/1403494811421533.
39. Österberg E. L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe / E. L. Österberg // Drug Alcohol Rev. – 2011. – Vol. 30, issue 2. – P. 124–129. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00265.x.

40. Stress and burnout among multidisciplinary residents / Guido L. de A., Goulart C. T., da Silva R. [et al.] // Rev. Lat. Am. Enfermagem. – 2012. – Vol. 20, No. 6. – P. 1064–1071. DOI: 10.1590/S0104-11692012000600008.
41. The affordability of alcohol beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms [Electronic resource] / L. Rabinovich, P.-B. Brutscher, H. de Vries [et al.]. – RAND Corporation, 2009. – 123 p. – Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf (accessed: 1.02.2019). – Title from the screen.
42. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study / R. Mazurkiewicz, D. Korenstein, R. Fallar, J. Ripp // Psychol. Health Med. – 2012. – Vol. 17, issue 2. – P. 188–195. DOI: 10.1080/13548506.2011.597770.

1.6 Автопоз и возможности посттравматического роста жителей ДНР в контексте системного подхода.

К.В. Лох

В параграфе критикуется механистичность подхода к травме, лежащая в основе большинства практик работы с ней. На основе системно-сетевого подхода рассматриваются современные концепции посттравматического роста. Они соотносятся с практикой донецких психотерапевтов и исследованиями кафедры психологии ДонНУ. Описываются феномены и возможности посттравматического роста в ДНР.

Если бы в научных монографиях разрешались эпиграфы, я выбрал бы пословицу «За одного битого двух небитых дают». Во-первых, она выражает суть посттравматического роста, а во-вторых, указывает, что этот феномен не является чем-то новым. Необходимость же его изучения и применения обусловлена, на мой взгляд, следующим образом.

Наиболее массовым представлением о последствиях психологической травмы является такое, что это «поломка» психики, после которой её функционирование ограничивается, проявляются деструктивные тенденции, нарушается взаимодействие с социумом. В наших условиях это действительно можно наблюдать у тех, кто пытается вернуться к мирной жизни после участия в боевых действиях.

Термин ПТСР стал мемом, и не только – на основе этого понятия создаются программы реабилитации и профилактики, на них выделяются средства. «Посттравматическое стрессовое расстройство» – уже не научный и профессиональный, а общеупотребительный термин. Через него объясняются любые странности поведения. Всё больше разговоров и обращений к специалистам с «паническими атаками», по симптоматике немного похожими. То

есть, ПТСР – уже феномен массового сознания, который влияет на категоризацию людьми своих и чужих состояний.

При переводе с научного языка на обыденный неизбежно происходит упрощение, потеря и замещение части значения, причем в направлении соответствия структуре массового сознания. А в массовом сознании пока господствует «механическая парадигма» – идущее ещё с Декарта и Ньютона представление о том, что Вселенная управляется едиными законами. Тогда, действительно, нет особой разницы между лечением организма и ремонтом автомобиля. Лечит кто-то извне. Этому способствует всё более широкая практика операций, пересадки органов, смены пола, реклама лекарств и т.п. Значительная часть концепций управления тоже механистичны.

Справедливости ради надо отметить, что целостный, холистический взгляд на природу человека тоже представлен в массовом сознании, но пока не в его мейнстриме. Он свойственен мистикам, эзотерикам, к которым большая часть общества серьёзно не относится.

Современный мир усложняется, опережая природные возможности адаптации. Для решения практических задач нужен целостный подход, так как механистический все больше себя исчерпывает. Например, ремонт автомобиля возвращает его в исправное состояние, но не улучшает. Подобным образом, механистические практики работы с последствиями травмы ориентированы на восстановление, «починку». Но живая система не возвращается в прежнее состояние, если однажды из него вышла. Она или развивается, или гибнет. Застывание в одном состоянии – это промежуточный вариант отложенной гибели.

Из общепризнанных психологических теорий личности наиболее целостными, на мой взгляд, являются юнгианство и гуманистические теории. В юнгианстве эта целостность реализуется в архетипах и соответствующих им образах массового сознания. Например, Остап Бендер и другие знаменитые литературные жулики воплощают архетип Гермеса и т.д.

Ещё более целостен, хотя и не всеми признан, процессуальный («шаманский») подход, впервые сформулированный Арнольдом Минделлом.

В качестве концептуализации целостного подхода воспользуемся понятием *автопоэза*. Здесь необходим хотя бы короткий исторический обзор возникновения этого понятия.

В 1977 году Илья Пригожин получил Нобелевскую премию за описание диссипативных (неравновесных) структур и доказательство, что они не только поддерживают себя в неустойчивом состоянии, но могут даже развиваться – увеличивать количество своих элементов и сложность связей между ними. При увеличении потока пронизывающий их энергии и материи, они могут пройти через новые состояния неустойчивости и трансформироваться в новые структуры повышенной сложности [по 4].

Простыми словами, это научное описание Божьего Замысла, или причины развития. И это при том, что Пригожин сделал свои открытия на неживых

системах типа «химических часов». Но уже в них он выделил роль «петель обратной связи»: удержание от полного распада и развитие обеспечивается не только влиянием одного элемента на другой, но и получением первым отклика от второго. Это делает возможной корректировку. Подробно это разработано Н.А. Берштейном в его теории формирования двигательного навыка. А наиболее понятный пример – адаптация супругов, особенно в начале семейной жизни. Если они друг друга не слышат, адаптация невозможна, и эта семья не станет живой системой.

Итак, Илья Пригожин показал, что если диссипативные структуры получают энергию извне, то неустойчивость и скачки новых форм организации усиливаются петлями положительной обратной связи. Этот момент называется «точкой бифуркации». Усиливающая обратная связь «вразнос», которая всегда считалась разрушительной в кибернетике, оказывается источником *нового* порядка и сложности в теории диссипативных структур. Или, как говорится в народе, «Анархия – мать порядка».

В 60-е годы чилийский нейробиолог Умберто Матурана, еще не зная об открытиях Пригожина, искал четкие различия между живыми и неживыми системами и суть связи между самоорганизацией и жизнью. В том числе с помощью кибернетики. Конкретно он занимался цветовосприятием.

В результате десятилетних исследований Матурана сумел объединить две традиции системного мышления, которые сосредоточились на противоположных сторонах картезианского разделения. Биологи исследовали природу биологической формы, а кибернетики пытались понять природу разума. Разгадка обеих этих головоломок лежит в понимании «организации живого».

Её суть заключается в следующем: «нервная система функционирует как замкнутая сеть интеракций (взаимодействий), в которой каждое изменение интерактивных отношений между определенными компонентами всегда приводит к изменению интерактивных отношений в тех же или в других компонентах» [по 4].

Или, другими словами, *круговая организация* нервной системы является базовой организацией для всех живых систем: «Живые системы... организованы в замкнутый причинный круговой процесс, что обеспечивает возможность эволюционных изменений способа поддержания кругообразности, но без потери при этом самой кругообразности» [по 4, с. 85]. Компоненты, которые определяют данную круговую организацию, должны формироваться и поддерживаться ею же. Круговая организация – это когда большая часть энергии циркулирует внутри системы.

Таким образом, основой организацией живого является такой сетевой паттерн, в котором функция каждого компонента состоит в том, чтобы помочь произвести и трансформировать другие компоненты, одновременно поддерживая общую кругообразность сети. Именно поэтому система не разваливается в точках бифуркации. И, не правда ли, это похоже на человеческое общество?

Второе заключение Матураны не менее важно. Круговая замкнутость нервной системы заключается в том, что она постоянно *сама на себя ссылается*. Поэтому восприятие не может рассматриваться как представление внешней реальности, но должно быть понято как непрерывное создание новых взаимоотношений внутри нейронной сети: «Деятельность нервных клеток не отражает окружающую среду, независимую от живого организма, и, следовательно, не позволяет конструировать абсолютно существующий внешний мир» [по 4, с. 95].

Поэтому познание не *представляет* внешнюю реальность, а скорее *определяет* [specify], «рисует» её. Психологам это знакомо как «несенсорные факторы восприятия». На основе этого Матурана утверждает, что *процесс круговой организации идентичен процессу познания*. Живые системы – это когнитивные системы, а жизнь – процесс познания, даже если организм не имеет выделенной нервной системы.

Вот процесс самоорганизации живого и был назван Матураной и Ф. Вареной *автопоэзом*. *Авто-* означает «само-» и относится к автономии самоорганизующихся систем; а *-поэз* имеет тот же греческий корень, что и «поэзия», и означает «созидание». Итак, *автопоэз* означает «самосозидание». Оно свойственно всем живым системам, и проявляется тем сильнее, чем сложнее организм.

Тогда то, что в механистическом подходе называется «травмой» и считается поломкой, требующей исправления – возвращения в исходное состояние, в автопоэзном подходе – это точка бифуркации системы, из которой она может *перейти в более высокоорганизованное* состояние.

И это положение хорошо соотнобразуется с новым подходом в психологии травмы. Здесь представим тоже короткий обзор уже современных психологических исследований.

А. Jarden выделяет в них три направления. Первое направление описывает мобилизацию скрытых возможностей личности, которые изменяют самоощущение и делают человека *более стойким* перед лицом жизненным драм. Второе направление изменений указывает на то, что травма *укрепляет значимые взаимоотношения*. Третье направление можно назвать экзистенциальным, так как оно затрагивает изменения в реальной жизненной философии человека [6].

Тедеш и Колхаун предложили модель процесса посттравматического роста, в которой важную роль играют личностные особенности, поддержка со стороны и раскрытие внутренних ресурсов, а *центральное место отводится когнитивным процессам и структурам*, которые оценивают событие либо как угрожающее, либо как нейтральное. Модель также описывает то, как процессы посттравматического роста соотносятся с жизненной мудростью человека, обогащают его жизненное повествование (нарративы). В этой концепции посттравматический рост – это *непрерывный процесс, а не статический результат травмы*.

Они также обнаружили, что отчётов о переживании роста после травматических событий численно больше, чем отчётов о психических

нарушениях, и пришли к выводу о том, что разрушительные личностные переживания сосуществуют с процессами роста [9].

Концепция посттравматического роста (ПТР) предполагает *качественные изменения и трансформацию личности*, в отличие от концепций личностной стойкости, обретения новых смыслов, оптимизма и выносливости. Содержательно процесс ПТР заключается в сильном изменении некоего набора укоренившихся схем. ПТР происходит в результате совладания человека с новой посттравматической реальностью, и во многом определяется затраченными на совладание усилиями. При этом посттравматический рост не является самоцелью для людей, борющихся с трудными жизненными обстоятельствами, и часто является неожиданным результатом даже для них самих.

S. Joseph и P. Linley выделяют три основных модели ПТР: функционально-описательную, метатеоретическую клиент-центрированную, и эволюционную биопсихосоциальную. Причем считают, что эти модели соответствуют трём уровням анализа феномена, и предполагают их дальнейшую интеграцию [7].

Они указывают, что личностный рост происходит чаще всего именно после пережитых травм и несчастий. Внутренние предпосылки такого исхода – стрессоустойчивость, индивидуальные особенности, выбор копинг-стратегий, оптимизм, экстравертность и самоэффективность. Они позволяют использовать внутренние духовные и эмоциональные ресурсы для совладания с травмой и дальнейшего роста. Главная внешняя предпосылка – наличие социальной поддержки. Моя психотерапевтическая практика, особенно групповая, позволяет утверждать, что социальный аспект любого личностного, а не только посттравматического роста, заключается в повышении способности ею пользоваться.

Сами же Джозеф и Линли утверждают, что для поддержки ПТР наиболее эффективная точка приложения усилий – развитие и перестройка когнитивных структур, в которые должны вписаться значение и смыслы испытываемых страданий [7]. В народе популярна идея Ф.М. Достоевского о том, что страдания облагораживают. Но уточним: не все, а только те, смысл которых человеком обнаружен. В техническом плане здесь перспективны когнитивные практики, логотерапия Виктора Франкла и вообще любая психотерапия – просто потому, что потребность в смысле имманентно присуща человеку, а любая когнитивная перестройка даёт возможность его обнаружения. Идеологически это предполагает смещение фокуса психотерапии с облегчения страданий на поиск их смысла: а зачем они были нужны? Слишком быстрое облегчение лишает такой возможности, подобно тому как обезболивающие таблетки маскируют причину боли, и человек не склонен её искать, если голова не болит. Вообще, во многих духовных традициях, особенно в религиозных, страдания считаются «пробуждающим» фактором. На мой взгляд, именно это выражено в русской поговорке «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится».

Известный исследователь М. Селигман и С. Петерсон со своими сотрудниками в ретроспективном веб-исследовании 1739 взрослых испытуемых обнаружили небольшие, но положительные взаимосвязи между числом потенциально травматических событий в жизни испытуемых и их когнитивной и личностной стойкостью. Конкретнее, улучшаются взаимоотношения с другими людьми, открываются новые перспективы, жизнь приобретает большую ценность, расширяются личностные возможности и происходит духовное развитие. И хотя феномен ПТР остаётся спорным вопросом из-за проблем измерения, похоже, что люди сильнее, чем принято считать в существующих теориях [8].

И коротко опишем одну из эмпирически подтвержденных теорий в качестве уже не просто постулирования, а реализации системной идеологии. Это теория травмы, а точнее – посттравматического роста Питера Левина. Он рассматривает травму как природный феномен и описывает её физиологические и биологические механизмы. Традиционное для медицины понимание травмы и таких ее последствий, как ПТСР, основано на патологии. Левин же исходит из того, что травма является результатом нарушения естественных психобиологических процессов, а не психической патологией, и может быть исцелена самим организмом. Он убедительно доказывает, что психическая травма образуется вследствие незавершенной инстинктивной реакции организма на травматическое событие – бегства, борьбы или оцепенения.

По мнению автора, травматические симптомы, такие как беспомощность, тревога, депрессия, психосоматические заболевания, возникают в результате накопления остаточной энергии, которая была мобилизована при встрече с травматическим событием и не нашла выхода и разрядки. Смысл (предназначение) симптомов травмы заключается в том, чтобы удерживать эту остаточную травматическую энергию [5].

Такое понимание природы травмы позволило Левину раскрыть путь исцеления от её разрушительных последствий травматического события. Он заключается в том, чтобы завершить травматическую реакцию, разрядить оставшуюся энергию и дать возможность самому организму восстановить нарушенные процессы. У человека есть естественная природная способность восстанавливаться после травмы и возвращаться в нормальное состояние динамического равновесия [5]. Выше это обосновывалось через понятие автопоза.

Левин подчеркивает, что потенциально травма является одной из важнейших сил, способных вызвать психологическое, социальное, и духовное пробуждение и развитие человека. Его «соматический» подход в исцелении травмы использует единства тела, сознания и духа и позволяет проникнуть в глубинные тайны человеческой духовности, а не просто рассуждать о ней.

То есть, травма блокирует развитие, и некоторое время оно не происходит. А когда травматический блок снимается после завершения ситуации, развитие происходит быстро, как в природе весной после зимней

спячки. Сам Питер Левин утверждает, что исцеленная травма обращается в Дар, которого бы не было, если бы не травма.

Кроме индивидуального, исцеление травмы имеет ещё и социальный аспект. Люди, исцелившиеся от травмы, становятся более открытыми для соучастия, сопереживания, сострадания. Согласно концепции автопоэза, через петли обратной связи они влияют на общество, оздоравливая его. Вот это очень актуально для нашей Республики.

Пожалуй, суть метода лучше всего выразил сам Питер Левин: «За пределами механистического и редукционного представления о жизни, есть еще осязающий, чувствующий, знающий живой организм. Чувствующее тело как данность, которую мы разделяем со всеми живыми существами, сообщает нам о нашей природной способности исцеляться от последствий травмы. Эта книга о даре мудрости, который мы приобретаем, научившись укрощать и трансформировать внушающую благоговение первобытную энергию тела и энергию разума. Способности, данные нам от природы, преодолевая разрушительную силу травмы, вознесут нас к новым вершинам познания и совершенства» [5, с. 15]. Он описывается, в сущности, познание, которое в теории автопоэза является способом самоорганизации живого.

Всё это особенно актуально для нас, жителей ДНР. Ещё весной 2015 года, то есть сразу после приостановки активных боевых действий, студенткой К. Векличевой было проведено довольно масштабное (224 испытуемых и большая батарея тестов) исследование адаптации мирного населения к военному стрессу. Главным результатом стало обнаружение трех примерно одинаковых по численности групп с различными типами адаптации к условиям длительного стресса.

Первый, «изоляционный», заключается в том, что человек не пытается структурировать будущее, сужает круг и характер своего общения. Это позволяет оставаться в зоне определённого психологического комфорта, но не способствует росту.

При втором, «пассивном», человек плывёт по течению. Например, сужает или расширяет своё общение под влиянием социального окружения, которое стабилизирует его, если само структурировано. Комментарий тот же.

Третий, «творческий», заключается в попытках развиваться и приспособливаться на более высоком уровне, расширяясь и создавая новое. Этот способ связан с повышенным расходом энергии и переживанием дискомфорта. Очевидно, что это и есть личностный рост, и 32 процента от выборки – это весьма высокий показатель.

Кроме того, установлено, что большинство обследованных тогда испытывало стрессовый кризис первого ранга (из трёх), переживая примерно поровну стенических и астенических состояний, и в целом повышенное напряжение. В когнитивном аспекте он проявляется некоторым снижением способности к обобщению своего состояния, на осознаваемом уровне оно

становится более фрагментарным. В контексте теории диссипативных структур Пригожина это соответствует точке бифуркации.

Работающие дончане в среднем отмечали у себя меньшую «подавленность» и «апатию», чем пенсионеры и студенты, у них более выражена тенденция к расходу энергии. За счёт социальной и профессиональной или просто эмоциональной активности это напряжение совершало работу по структурированию реальности и будущего, по осознанию собственного состояния.

В этом плане особенно интересны культурные феномены ДНР, очень психологически точно описанные, в частности, в публицистике Анны Ревякиной. Во-первых, хронические аншлаги в донецких театрах, которых не было до войны. На поверхностном уровне, это можно объяснить изоляцией и уменьшением других развлечений по сравнению с довоенными временами. Но в нашем контексте театр – это именно то место, где может запускаться и поддерживаться переструктурирование, соответствующее личностному росту.

Второй феномен – расцвет литературного творчества – появление новых поэтов и писателей, а главное – увеличение количества их читателей в Республике. Представляется, что это, как и театр, попытка творчески переработать войну, ответ на её вызовы [3].

С начала войны появилось много инициативы «снизу» – дискуссионные клубы, самодеятельность, фестивали etc, которых не было до войны. Снова популярна йога, увеличивается количество обращающихся на немедицинскую психотерапию, а это очень серьёзный шаг в личностном росте. Конечно, это свойственно не всем, но это есть. Фестиваль личностного развития «Ветер перемен» тоже стал проводиться во время войны. Возвращает свои позиции православие, и священники отмечают постепенный рост количества прихожан.

Это подтверждается некоторыми результатами исследований кафедры психологии ДонНУ.

Э.А. Ангелиной изучалось культурное разнообразие в контексте глобально-интеграционных процессов, описаны сущностные характеристики политической картина мира подростков ДНР, отражение в их сознании духовно-нравственных ценностей Русского мира. И основной вывод – в этом направлении происходит, по крайней мере, структурное развитие [1].

Н.В. Голышева выделила факторную психосемантическую структуру понятий «эмпатия» и «сострадание», и обнаружила, что их оценка отличается по таким шкалам семантического дифференциала, как отзывчивость, альтруизм, сопричастность, душевность, печаль, чувствительность – по «состраданию» эти характеристики более выражены. Пока не обнаружена в этом специфика именно дончан, но можно утверждать, что понятие сострадания у них достаточно дифференцировано и обладает для них специфическим значением [2]. И неудивительно – поводов для сострадания у нас больше, чем в мирных городах.

Здесь хотелось бы дополнить результаты строгих научных исследований рефлексией социальных процессов на основе общения с коллегами-

психотерапевтами. Дело в том, что они регулярно получают весьма глубокую, даже интимную, информацию о переживаниях своих клиентов, и регулярно же делятся ею друг с другом, «не раскрывая источник». С 2014 немногие оставшиеся в Донецке гештальттерапевты организовали профессиональную группу, которой не было до войны. Есть возможность обобщить, и получается следующее.

Относительное субъективное благополучие жителей ДНР обеспечивается за счёт множества психологических защит («отморозка»), в меньшей степени – за счёт психодуховной трансформации. «Защитность», то есть высокое неосознаваемое психологическое напряжение, проявляется в ряде феноменов. Наиболее распространённый – снижение функционирования когнитивных процессов: кратковременной памяти, концентрации внимания и т.п. Забывают сказанное минуту назад, не могут сконцентрироваться и т.п. На это жалуются даже молодые люди.

На уровне эмоционального состояния сейчас самая популярная жалоба – «панические атаки» – острая тревога и страх без объективного повода. Содержание этих переживаний индивидуально или размыто: человек не понимает, что с ним, но очень страшно.

На уровне личности обостряются уже имевшиеся психологические проблемы. Также напряжение проявляется в межличностных конфликтах с близкими людьми – разводов стало больше. При этом крайне редко клиенты рассказывают о своих переживаниях, непосредственно связанных с войной. Стараются забыть, и у многих получается.

На уровне физиологии, по сообщениям врачей, очень выросло количество психосоматических расстройств, «малой психиатрии», и реальная смертность от онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у людей старше 60 лет. Очевидно, что именно старикам труднее всего приспособиться к военному стрессу. Тем не менее, среди «расцветающих» во время войны есть и пожилые люди. Это тенденция, а не правило.

Хочется закончить красивой метафорой Линн Маргулис, автора теории симбиогенеза. В течении всей истории нашей планеты катастрофы оборачивались переходом на более высокий уровень. Например, критическое падение содержания водорода в земной атмосфере два миллиарда лет назад обернулось началом использования воды в фотосинтезе, исчезновение динозавров расчистило путь млекопитающим [4]. Чем не посттравматический рост в масштабе планеты? А мы до войны не могли себе представить нормальную жизнь в нескольких километрах от линии фронта.

Однажды от таксиста я услышал гениальную фразу, стоящую километров научных исследований: «война потому началась, что люди слишком жадные стали». Война же назревала из-за непомерного потребительства, но только немногие это могли выразить. Например, луганский писатель Глеб Бобров и наш Федор Березин *до войны* опубликовали романы, в которых она довольно точно

описывается. И основная идея – война – это единственная оставшаяся возможность измениться. Остальными мы не воспользовались.

Главная методологическая особенность целостного системного подхода – замена привычного вопроса «почему?» вопросом «зачем?». Именно с него может начаться посттравматический рост, для которого у нас в ДНР есть уникальная возможность.

Выводы

1. В современных условиях исчерпывают себя психологические и медицинские подходы, основанные на линейной причинно-следственной (ньютоно-картезианской) парадигме. Особенно ярко это проявляется в области работы с травмой.

2. Сущность традиционного подхода к работе с травмой заключается в возвращении психики в исходное дотравматическое состояние, на чем всё и заканчивается. При этом это делается извне, как хирургическая операция. Сущность целостного (системного, сетевого) подхода в том, что травма рассматривается как потенциальная возможность роста, «заархивированный» на время потенциал развития. То есть системный подход имеет большую временную перспективу. А главное – источник исцеления видит в самом организме и психике, которые рассматривает в единстве, а не дуалистично.

3. Распространение системной парадигмы в массовом сознании затруднено из-за того, что пока общественная практика больше поддерживает традиционную ньютоно-картезианскую. Но она, сыграв положительную роль в XVIII – XX веках, в XXI всё явственнее заводит человечество в тупик. Поэтому, согласно теории автопоэза, человечеству придется погибнуть или перестроиться. В практическом плане следует всячески способствовать распространению и применению в жизни системных идей. И психотерапия, особенно травмы, является очень подходящей для этого областью.

4. В системной работе с травмой целью является не облегчение страданий, а обнаружение или даже сотворение их смысла. При этом страдания на короткое время как раз усиливаются. Дополнительным условием обнаружения смыслов является завершение травматических ситуаций, и оно хорошо технически разработано в «соматическом» подходе Питера Левина.

5. Поскольку работа, направленная на исцеление, предполагает довольно большую осознанность, ключевым её элементом является развитие внимания, особенно концентрации и устойчивости. Психотерапевтическая практика подтверждает, что защитное поддержание травмы в «замороженном» состоянии обслуживается постоянным соскальзыванием внимания с актуальных переживаний и даже телесных ощущений. Первоначальную помощь здесь оказывает психотерапевт, но важно, чтобы клиент научился удерживать своё внимание сам. Я обычно подбираю вместе с клиентом такую практику, которая подходит именно ему с его образом жизни.

6. Для терапевтических отношений, направленных не просто на исправление травмы, а на посттравматический рост, очень важны равенство и

сотрудничество с клиентом. Содержательно же такая работа обязательно предполагает телесное осознание, которое особенно страдает при травматизации. Возвращение телесного осознания даёт возможность по-новому соединить тело, мысли и эмоциональные переживания, что и является критерием исцеления. Травма обращается в Дар.

7. В Донецкой и Луганской народных республиках сложился уникальный комплекс социально-психологических предпосылок для посттравматического роста значительной части населения. И наиболее эффективно этому будет способствовать психотерапия, основанная на целостном понимании психики вообще и травмы в частности. Кроме того, системный подход даёт возможность найти множество форм исцеления, кроме собственно психотерапии. Их общим знаменателем является творчество.

Литература

1. Ангелина Э.А. Политическая картина мира подростков / Материалы Республиканской научно-практической конференции «От патриотического воспитания к гражданскому согласию и общественной безопасности» (г. Донецк, 18-19 мая 2017 года) // Под ред. Л.П. Поляковой, М.Н. Кушакова и др. – В 2-х томах. – Донецк, 2017. – Т.1., Ч.1. – 14-21.
2. Голышева Н.В. «Исследование факторной структуры понятий «эмпатия» и «сострадание». Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2018» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2018.
3. Измайлов О. Боевые музы ДНР: Воюющая республика переживает культурный ренессанс // <https://ukraina.ru/exclusive/20180930/1021264009.html>
4. Капра Ф. Паутина жизни. Новое научное понимание живых систем. / Пер. с англ. под ред. В. Г. Трилиса. – К.: «София»; М.: ИД «София», 2003. – 336 с.
5. Левин П.А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. – М: АСТ, 2007.
6. Jarden A. Posttraumatic growth: an introduction and review//Journal New Zealand College of Clinical Psychologists, Autumn, 2009.
7. Joseph, S., & Linley, P. A. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. // Clinical Psychology Review, №26, 2006. p. 1041-1053.
8. Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. Strengths of character and posttraumatic growth. // Journal of Traumatic Stress, № 21– 2008, p. 214-217.
9. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. // Psychological Inquiry, 15, 2004, p. 1-18.

ГЛАВА 2

ТРАВМАТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ: ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ, ДИАГНОСТИКА. СУИЦИД: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАМЕРЕНИЙ, ПОДДЕРЖКА, ТРАВМАТЕРАПИЯ. ТЕЛЕФОННОЕ КРИЗИСНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

2.1 Психологический смысл депрессии.

Л.В. Яновская

По общепринятому определению, депрессия представляет собой психическое расстройство, основными признаками которого являются сниженное настроение, и снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония). К дополнительным симптомам депрессии могут относиться сниженная самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации, расстройства сна и аппетита, суицидальные тенденции. Тяжелые формы депрессии характеризуются так называемой «депрессивной триадой»: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью.

Депрессивное настроение в некоторых случаях может быть нормальной временной реакцией на жизненные события, как, например, потеря близкого человека. Депрессия может быть симптомом некоторых физических заболеваний и побочным эффектом некоторых препаратов и лечения; в случае, если причина депрессии неочевидна и депрессивное расстройство возникает без внешних воздействий, такая депрессия называется эндогенной. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности.

Депрессия переживается как утрата активности, определенного жизненно важного мотива, ценности. Такая утрата может быть очевидной, когда жизненная ситуация связана с расставанием, смертью, тяжелой болезнью. Но утратить можно и то, что трудно определить, высказать словами, но то, что делало жизнь наполненной, придавало смысл. В случае утраты мы сталкиваемся с пустотой. Опустошенностью. Сама эта встреча показывает нам ограниченность нашего Бытия.

Экзистенциальный анализ, основываясь на четырех измерениях бытия человека: физическом, социальном, личном и духовном, — устанавливает четыре предела — смерть, одиночество, абсурд и несвобода. Редко наши переживания касаются одного, изолированно от других, вместе с одиночеством, мы переживаем и абсурд, бессмыслицу, и смерть, и ограничение нашей свободы, наших возможностей. Пустота в смысле опустошенности — это проекция на границы, грани, пределы, определенности нашего бытия, нашей жизни.

Как никогда в состоянии депрессии мы чувствуем нашу «заброшенность» («вброшенность»), и вместе с ней актуализируются другие фундаментальные экзистенциальные переживания. Экзистенциальное одиночество. Экзистенциальная вина. Экзистенциальный вакуум. Последняя категория, введенная в психологию Виктором Франклом [5], в наибольшей степени отражает встречу личности с пустотой, но он подразумевал конкретно утрату смысла жизни. Смысл жизни подразумевает довольно обширный объем явлений, это и сфера отношений с другими людьми, это и деятельность, и творчество, поиск ответов на духовные вопросы. Так что, мы можем согласиться, что «экзистенциальный вакуум» аналогичен пустоте, встречу с которой человек переживает в депрессии.

Что же представляет собой эта пустота?

Наше сознание неоднородно и представляет собой систему, состоящую из нескольких уровней. Наиболее рассматриваемые из них два – уровень непроизвольной регуляции и уровень произвольной регуляции. Эти два уровня С.Л. Рубинштейн рассматривал два способа существования. Первый способ – жизнь, не выходящая за ее пределы; «такая жизнь выступает почти как природный процесс, во всяком случае, очевидна непосредственность и целостность человека, живущего такой жизнью... Здесь нравственность существует как невинность, как неведение зла, как естественное природное состояние человека» [3, с.336]. Второй способ существования связан с рефлексией, и ведет к построению жизни на новой основе. «Сознание выступает здесь как разрыв, как выход из полной поглощенности непосредственным процессом жизни для выработки соответствующего отношения к ней, занятие позиции над ней, вне ее для суждения о ней» [3, с. 336].

Аналогичная точка зрения высказана Хайдеггером. М. Хайдеггер считал, что имеются два фундаментальных модуса существования в мире: 1) состояние забвения бытия, 2) состояние сознания бытия... Обычно люди пребывают в первом модусе. Забвение бытия – это повседневный способ существования. М. Хайдеггер называет его «неаутентичным» – в нем мы не сознаем себя творцами собственной жизни и мира, мы «спасаемся бегством», «попадаем в ловушку» и становимся успокоенными; мы избегаем выбора, будучи «унесенными в «никтовость». Перейдя же во второй модус, модус сознания бытия, мы существуем аутентично... Мы становимся полностью самосознающими – сознающими себя одновременно как трансцендентное (детерминирующее) Эго и как эмпирическое (детерминированное) Эго; принимающими свои возможности и ограничения; конфронтирующими с абсолютной свободой и небытием» [9, с.37].

Практически в каждой психологической теории эти две формы – природного и культурного сознания описаны в разной терминологии в зависимости от их ценностного контекста. Разнонаправленность, и, если можно так сказать, «разносущность» этих составляющих определяет большинство

внутренних конфликтов, разломов внутренней целостности. Ощущение полноты жизни и самоосуществления возникает благодаря синтезу этих составляющих.

Соответственно, конфликт и разрыв этих двух «сознаний» приводит к ощущению пустоты. Что стоит за разрывом связи этих модусов сознания? Мы видим три возможных варианта.

1. Бытийное (природное) сознание включено в систему жизненных отношений и неотрывно от них. Когда что-то в жизненных отношениях меняется, утрачивается, бытийное сознание теряет привычное пространство жизни, и рефлексивное сознание «переживает» отсутствие опоры, - содержание рефлексии. Это случаи депрессии, связанные с обстоятельствами жизни, начиная от осенней депрессии, и заканчивая депрессией в связи с утратой близкого человека.

2. В другом случае рефлексивное сознание отрывается от жизненных отношений, совершая произвольное усилие для достижения поставленной цели, и данная цель чужда природной психике человека, его бытийному сознанию. Это «депрессия аскезы», аскетического образа жизни. Особенно переживается при достижении поставленной цели, и отсутствии ожидаемого удовлетворения от результата. Это случаи депрессии людей, активно занятых карьерой или бизнесом, или уехавших в дальние края для «новой жизни». Здесь значение имеет органичность поставленной цели внутренней природе человека. Если личность обретает то, что гармонизирует, хоть и меняет, ее, перестраивание системы отношений происходит достаточно быстро.

3. Третий вариант разрыва – кризис. В случае кризиса бытийное сознание человека требует новых форм рефлексии, которыми человек не обладает. Это период поисков духовных оснований жизни для дальнейшего преобразования, и этот поиск нередко сопровождается депрессией, поскольку сам разрыв есть переживание пустоты. Несмотря на естественную природу этого варианта депрессии, она переживается с большими страданиями, уже потому, что очевидных причин не имеет.

Эти три варианта возникают в зависимости от того, где находится Я человека, центр его идентичности, ценностные приоритеты.

Первый вариант, когда депрессия возникает от изменений в жизненном мире, доминирующим является бытийное сознание. Помимо трудных жизненных обстоятельств, депрессия может быть усилена накоплением эмоциональных переживаний, разрушающим образом действующих на человека. Это обида, чувство вины, зависть, переживание беспомощности и т.д. Личность в этом варианте нередко «сливается» с депрессией. Состояние подавленности принимается как свое, как наследственность, как результат своих неправильных поступков. Человек начинает ограничивать себя в инициативах, сужается круг интересов, чаще возникают ипохондрические переживания.

Исцеление от депрессии здесь будет зависеть от того, насколько у человека развито рефлексивное сознание. Да и само депрессивное состояние направляет на развитие рефлексии и самосознания. В том случае, если самосознание

активно, и самооценка достаточно реалистична (уровень притязаний соответствует возможностям), человек может работать с разрушающими переживаниями с психологом, или самостоятельно. В одной из работ М.Л. фон Франц [6] рекомендует в случае депрессии занимать мышление различными задачами, головоломками. Это позволяет человеку «выбираться» от власти негативных чувств, одновременно активизирует произвольную функцию сознания, укрепляет внимание.

В том случае, когда самосознание не представляет такой опоры, когда существует разрыв между ожидаемым и достигаемым, когда основная направленность локуса контроля экстернальная, депрессия может порождать различные формы девиаций. В этом варианте может сформироваться устойчивая роль жертвы в межличностных и социальных отношениях. Перекладывая ответственность за свои состояния на окружающих, человек не только освобождается от чувства вины, но и управляет другими и контролирует их. Такие созависимые отношения снимают депрессивные переживания, но не преодолевают депрессию. Последняя «встраивается» в систему регуляции личности с другими людьми. Обиды, обвинения, мучающее чувство вины, повышенная тревожность постоянно присутствуют во взаимодействиях. Зависимость от чувств, эмоционального фона, настроения порождает и другие проблемы. Будучи не способным совладать со своим дефицитом активности, человек ищет способы увеселения. Нередко такая депрессия является началом алкогольной и наркотической зависимости. Так возникает иллюзия управления своим эмоциональным состоянием, приводящая к разрушению личности.

Второй вариант касается людей с развитым рефлексивным сознанием. В этом случае страдающая эмоциональная часть психики слабо осознается, она находится как бы в тени сознания. Человек часто не может понять, что происходит, нет способов распознавания изменения эмоций. Это частый вариант маскированной депрессии, или соматизированной. Страдающий депрессией человек начинает искать причины плохого сна, тоскливого настроения, сниженной активности, расстройства внимания в проблемах здоровья. Он может надолго быть фиксированным на различных заболеваниях. Либо он находит свой способ заставить себя быть здоровым, меняет образ жизни, преодолевая душевные муки.

Основным жизненным ориентиром для людей с доминирующим рефлексивным сознанием является чувство долга. И разрушение жизненного уклада (развод, смена правительства или государственных основ, разрушение карьеры и т.д.) чаще всего для них является причиной депрессии. Им сложно перестроиться и выстроить иной порядок собственной жизни. Жесткая форма системы отношений не отвечает изменениям содержания. Это может приводить к ажитированной депрессии, – депрессии с высоким уровнем тревожности. Тревога представляет собой прогностическую эмоцию (Е.П. Ильин). Для людей, которым свойственно чувство долга, характерно ориентироваться на цели, цель находится в будущем. И вот, это будущее не просто сомнительно, оно вообще

разрушено. Ажитированная депрессия – это депрессия с выраженным чувством вины, вины не реальной, но имеющей основания внутри самого человека. Это мучительное состояние может приводить человека к суициду.

В одной из предыдущих статей нами были рассмотрены виды отчаяния, определенные С. Кьеркегором в работе «Болезнь к смерти» на примере героев романа Л.Н.Толстого «Анна Каренина». Кьеркегор иначе рассматривал виды отчаяния, нежели мы анализируем виды депрессии. Он выделял три формы: 1 – Отчаявшийся, не сознающий своего Я, 2 – Отчаявшийся, сознающий свое Я, но не желающий быть собой, и 3 – Отчаявшийся, сознающий свое Я и желающий быть собой. Однако, анализ поведения и переживаний героев прекрасно иллюстрирует описания первых двух вариантов депрессивных переживаний. Анна Каренина и Стива Облонский – первый вариант, Алексей Каренин – второй. Ниже приведена цитата из этой статьи.

Отчаяние будет обидой, если отчаявшийся не будет спрашивать себя – в чем состоит его вина. Так, Анна Каренина бежит этого вопроса. Не чувствуя внутри себя вины (и раскола) от двойственности своего положения, двойственным и виновным для нее выступает внешний мир. С.Кьеркегор пишет: «...то, с чем мы имеем дело теперь, отчаяние, когда желают быть собой, - самое насыщенное и сгущенное из всех, - это отчаяние демоническое. Причем человек желает быть собою не вследствие стоического пристрастия к самому себе или же идолопоклонства перед собою, ... нет, он желает это в ненависти к существованию и сообразно своему несчастью» [3, с.303]. Далее, «Чтобы представить это в образах, предположим некую опечатку, ускользающую от своего автора, - опечатку, наделенную сознанием, - которая по сути вовсе, может быть и не является таковой, но если охватить взглядом весь текст в целом, некой неизбежной чертой этого целого, - и вот восстав против своего автора, она с ненавистью бы запрещала ему исправлять себя, но восклицала бы в абсурдном вызове: нет, ты меня не вычеркнешь, я останусь свидетелем против тебя – свидетелем того, что ты всего лишь ничтожный автор!» [3, с.304]. В своей простой наивности желания любви, в своей правде-для-себя, Анна справедливо ожидает, что внешний мир (окружающие ее люди: близкие и высший свет) поймут ее, и примут такую-как-она-есть. Фактически, Анна не может принять себя без одобрения света. Своими действиями или своим бездействием, нерешительностью, неспособностью идти до конца, пожертвовать своей правдой ради других (своей одной из любовей – к Вронскому или Сереже), она взывает к внешнему миру, чтобы изменился он, но не изменилась она. Ее отчаянье – это отчаянье-вызов. Это сила человека, стремящегося все свое существо бросить на разрушение «старого неправильного устройства общества», и погибнуть вместе с ним. Отчаяние Анны приводит к смерти.

Отчаянье ее брата, Стивы Облонского – его переживание мы назовем отчаянным, опираясь на те моменты, когда он не может, не понимает, что ему делать, когда над ним повисает тень расплаты за его «мелкие радости» – приводит к согласию отсутствия этических принципов. «Да, слаб человек,

неловок, неуклюж, но душа-то добрая. Да, не может устоять перед соблазнами, но ведь можно и простить». Он и сам готов прощать другим их грехи. Как правило, для такого понимания характерно сознание того, что весь мир так устроен, что человек так устроен, и ничего уж не поделаешь. Ценность «вечного» для такого отчаявшегося закрыта. «...Такой отчаявшийся забывает о себе самом, забывает свое божественное имя, не осмеливается в себя верить и считает слишком дерзким быть собою, а потому полагает, что проще и надежнее походить на других, быть воплощенным обезьянничаньем, одним из номеров, поглощенных стадом... Ценой потери своего Я такой отчаявшийся тотчас же обретает бесконечную ловкость, благодаря которой его всюду охотно принимают и он достигает успеха в мире» [3, с.271].

Отчаянье Каренина совершенно противоположно отчаянью Облонского. Хотя это тоже не-сознающее-себя отчаяние, но предпочтение в выборе отдается «вечному» в человеке. Его изначальное стремление к всеобщей «правильности», его святая вера в совершенство моральных принципов скорее приводит его к наслаждению от сознания этических позиций, к «выхоленной религиозности», к догматике. Непосредственное, конкретное, «временное» Я перестает быть действующим. С.Кьеркегор в описании этого отчаяния вводит понятие воображения. Воображение, считает он, переносит человека в бесконечное, но делая это, лишь удаляя его от самого себя и препятствуя ему вернуться к самому себе. «И когда одна из способностей этого Я, то есть воля, знание или чувство, погрязает в бесконечном, все мое Я в конечном счете рискует оказаться втянутым в бесконечное». Описывая один из разговоров Каренина с сыном, Л.Н.Толстой отмечает: «Блестящие нежностью и весельем глаза Сережи потухли и опустились под взглядом отца. Это был тот самый давно знакомый тон, с которым отец всегда относился к нему и к которому Сережа научился уже подделываться. Отец всегда говорил с ним – так чувствовал Сережа, – как будто он обращался к какому-то воображаемому им мальчику, одному из таких, какие бывают в книжках, но совсем не похожему на Сережу» [2, с.522]. Воображаемый мир, в котором живет Каренин, изменяет для него мир реальных отношений. На место реальных отношений ставятся некие идеальные. Так, в том же «поучительном диалоге» с Сережей, вспоминая о преодолении отвращения к своей деятельности, Каренин говорит о любви к труду. Религиозная ориентация Каренина подпитывает воображаемый мир. «Ориентация на Бога наделяет Я бесконечностью, однако в упомянутых случаях бесконечное, возникающее, когда воображаемое полностью поглотило Я, увлекает человека лишь к пустому опьянению» [2, с.270]. [10]

Пример переживания депрессии Анной – поглощение разрушающими эмоциями – ревностью, обидой. Ее рефлексивное сознание, скажем, «дезактивировалось» при встрече с пустотой. Пример с ее братом, Стивой Облонским, не так ярко иллюстрирует депрессию, но показывает нам то, что бывает, когда депрессии как таковой и нет – утрату собственного Я. Такое стремление к удовольствиям есть своеобразный ответ на депрессию, защитная

реакция, которая не подпускает «разрушительную» этическую моральную основу. И совершенно противоположный вариант переживания Каренина, при доминировании рефлексивного сознания, когда ориентация на будущее превращается в «воображаемое». Вообще, Кьеркегор пишет, что Я есть отношение к синтезу «вечного» и «временного» в человеке (иначе говоря, рефлексивного и бытийного сознаний). Депрессия как встреча с пустотой – это нарушение «временного», «вечного» и связи между ними. В том случае, когда доминирует бытийное («временное») сознание, человек ориентирован в большей степени на прошлое. На сложившиеся жизненные отношения, эмоциональные связи. И именно разрушительную силу получают непрощенные обиды, невыраженный гнев, ревность, – все то, что проистекает из прошлого. В случае доминирования рефлексивного сознания человек, прежде всего, ориентирован на будущее. Это достижения, развитие способностей, новых качеств. Разрушение поставленных целей, или утрата их смысла – это нарушение будущего, и оно вызывает депрессию. Правомерен вопрос – где настоящее?

Третий вариант депрессивных расстройств, относящийся к кризису, характерен для человека, Я которого локализуется в самом синтезе бытийного и рефлексивного сознаний, синтезе «временного» и «вечного». Кризис, как известно, является переживанием личностного изменения. Это изменение происходит в поиске новых форм сочетания бытийного и рефлексивного сознаний вне учета их собственных изменений, которые, как правило, тоже присутствуют. Я человека в этом варианте относится к переживанию соотношения, связи, синтеза двух форм сознаний. То, в чем человек жил и живет, – его устраивает, то, что являлось и является его перспективой, в принципе, тоже устраивает, но вместе с тем появляется ощущение пустоты и бессмысленности.

Негативной формой переживания этой депрессии является отрешенность. Пустота переживается как утрата диалога. В качестве примера можно вспомнить фильм И.Бергмана «Персона», в котором знаменитая актриса онемела. Ее состояние и есть состояние встречи с пустотой.

Взаимодействие двух уровней сознания есть необходимый диалог для творческой работы. Творческая основа незаменима для осуществления жизненного пути человека, для его поступков, для совершения жизненных выборов. Внутренний диалог присутствует всегда, если человек живет аутентичной жизнью. Кьеркегор рассматривает этот диалог в религиозном ключе как диалог с Богом. Он определяет три стадии жизни человека – эстетическую, этическую и религиозную. Переход к последней, как можно предположить, соответствует кризису середины жизни. В любом случае, депрессия данного вида предполагает психологическую зрелость, хотя может проявляться значительно раньше 40 лет.

Феноменологически «отрешенность», «немота» переживаются как внутренняя разорванность, разобщенность, искусственность, отсутствие внутреннего стержня. В зависимости от силы этого проявления, человек может

сохранять или утрачивать работоспособность, поскольку резко снижаются устойчивость внимания и память.

«Пустота» в нашей культуре имеет в первую очередь значение «ничтожности», и имеет отрицательную коннотацию. Но у пустоты есть обратная сторона. Во вступительной статье к книге Мартина Хайдеггера «Время и бытие» В.В.Бибихин пишет:

«...у Хайдеггера пустота, как сказали бы на философском жаргоне, продуктивна в качестве вмещающей открытости...» [7, с. 15].

Другими словами, пустота может быть точкой отсчёта, началом или условием для проявления творчества человека в разных формах, в том числе, и по отношению к самому себе. Размышляя над сущностью понятия «пустота», М. Хайдеггер пишет:

«Достаточно часто пустота предстаёт просто как нехватка. Пустота расценивается тогда, как отсутствие заполненности полостей и промежуточных пространств. Но, возможно, как раз пустота сродни собственному существу места и потому она вовсе не отсутствие, а произведение. Снова язык способен дать нам намёк. В глаголе «пустить» звучит впускание, в первоначальном смысле сосредоточенного собирания, царящего в месте. Пустой стакан значит: собранный в своей высвобождённости и способный впустить в себя содержимое. Пустота не ничто. Она так же и не отсутствие» [7, с. 315].

Особый смысл пустоты отмечен в Дао дэ цзин: «Тридцать спиц соединяются в одной ступице, [образуя колесо,] но употребление колеса зависит от пустоты между [спицами]. Из глины делают сосуды, но употребление сосудов зависит от пустоты в них. Пробивают двери и окна, чтобы сделать дом, но пользование домом зависит от пустоты в нем. Вот почему полезность [чего-либо] имеющегося зависит от пустоты» [1, с. 118]

Депрессия, поражающая синтез двух форм сознания, может быть наилучшим лекарством, если через нее человек увидит пустоту как свободу. В этом случае возможности развития и творчества возрастают. Но как это возможно? Если старые обиды не цепляются (прошрое не овладевает личностью), а беспокойство о будущем незначительно хотя бы настолько, чтобы не вызывать тревогу, это создает возможность жизни в настоящем. В переживании настоящего находится открытость внешнему миру. Депрессия как чувство изолированности поражает сопричастность миру, но дает возможность понять, что в мире есть не только любовь и радость, но и страдание, разочарования, крушения, все те экзистенциальные пределы, о которых мы говорили в начале статьи. Создавая новое, «темное» окно в мир, депрессия, как ни странно это звучит, обогащает опыт человека, уравнивая в его сознании переживания радости и горя, любви и одиночества, смысла и абсурда. Отношение человека к жизни становится глубже, когда он принимает депрессию как она есть, не борясь и не потворствуя.

Литература

1. «Дао Дэ Цзин» пер. Ян Хин-шун // «Древнекитайская философия», т.1 – М., «Мысль», 1972. – 362 с.
2. Кьеркегор С. Страх и трепет. – М.: Изд-во «Республика», 1993. – 489 с.
3. Рубинштейн С.Л. Человек и мир // Проблемы общей психологии. – М.: Наука, 1973. – С. 255-386.
4. Толстой Л.Н. Анна Каренина. – Х.: Прапор, 1985. – 495 с.
5. Франкл В. Экзистенциальный вакуум // Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. – СПб.: Речь. 2000. – С. 193-195
6. Франц фон М. Л. Лекции по юнговской типологии – СПб: Б.С.К., 1998 г. – 210 с.
7. Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступление. М.: Республика, 1993. – 447 с.
8. Юнг К.Г. Жизненный рубеж / Проблемы души нашего времени. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994 – С. 185-203.
9. Ялом. И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 2000 – 576 с.
10. Яновская Л.В. Лики отчаянья // «Экзистенциальная традиция» Выпуск 14 Апрель 2009 – С. 99-104.

2.2 Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических вмешательств при депрессии.

С.В. Титиевский

Американская психологическая ассоциация [19] описывает когнитивную терапию (КТ), поведенческую активацию (которую можно проводить отдельно, но которая также является важным компонентом КТ), межличностную психотерапию и терапию решения проблем как имеющие убедительные доказательства эффективности при лечении большого депрессивного расстройства (БДР), с использованием критериев основанной на доказательных данных психотерапии, первоначально сформулированных Chambless D.L. и Hollon S.D. [3]. Краткосрочная динамическая психотерапия указана как имеющая лишь скромные доказательства эффективности.

Американская психиатрическая ассоциация (АПА) [1], напротив, рекомендует КТ, межличностную терапию, терапию решения проблем и психодинамическую психотерапию в качестве эффективных вмешательств при депрессии, но ограничивает рекомендации по их применению только легкой и умеренной депрессией. Недавние доказательства эффективности психотерапии при лечении депрессии позволяют предположить, что эти рекомендации следует пересмотреть [14]. Появляются доказательства эффективности КТ при тяжелой

депрессии и эффективности динамической психотерапии при депрессии, которые приводятся ниже.

Когнитивная терапия.

Эффективность и действенность КТ при БДР подтверждены в контролируемых, а также в испытаниях эффективности в реальном мире [9, 15, 17, 18]. Учитывая значительную боль и страдания, испытываемые теми, кто сталкивается с эпизодом БДР в своей жизни, проведенные к настоящему времени исследования, подтверждающие влияние КТ, оправдывают время и затраты, необходимые для осуществления этого вмешательства в амбулаторных условиях [14].

Hollon S.D. et al. [16] продемонстрировали, что снижаемый при помощи КТ риск рецидивов после завершения лечения, с учетом эффектов возобновления, сравним с таковым при приеме пациентами медикаментов. В исследование были включены только больные с тяжелой депрессией, что указывает на то, что АПА может пересмотреть свои ограничения рекомендаций психотерапии только для легкой и умеренной депрессии [14].

Краткосрочная динамическая психотерапия.

В отличие от большой доказательной базы для КТ при лечении депрессии, в литературе за последние 20 лет велись серьезные споры относительно того, достаточно ли исследована краткосрочная динамическая психотерапия, нацеленная на неадекватные межличностные паттерны как источник симптоматики, чтобы поддержать ее распространение в качестве вмешательства при БДР. Хотя динамическая психотерапия использовалась и в настоящее время практикуется во всем мире, исследовательская литература, относящаяся к психическим расстройствам, наводнена обзорами, в которых обсуждается, существуют ли адекватные доказательства её эффективности [14]. Во всеобъемлющем обзоре сделан вывод о том, что динамическая психотерапия имеет значительные пре- и пост-эффекты, которые удерживаются в течение 1 года, и средние величины эффекта по сравнению с контрольными состояниями [11]. Два исследования предоставляют убедительные доказательства того, что динамическая психотерапия в сочетании с медикаментозным лечением превосходит лекарственную терапию при лечении депрессии [2, 7]. Эти исследования дают ценную информацию о полезности динамической психотерапии в реальной всемирной практике, где психотерапия часто сочетается с медикаментозным лечением.

Недавнее исследование долгосрочного психоаналитического лечения продемонстрировало его превосходство над обычной терапией при резистентном БДР [12]. Через 2 года 44% пациентов, получавших психоаналитическое лечение, более не соответствовали критериям БДР, по сравнению с 10% тех, кому терапия проводилась как обычно.

Сравнение динамической и когнитивной терапии.

Характеризуя факторы, необходимые для определения психотерапии как основанной на доказательной базе, Chambless D.L. и Hollon S.D. [3] утверждают,

что эффективность лечения лучше всего демонстрируется в контролируемых исследованиях. Они считают исследования выборок, при условии, что в них не менее 25 человек, демонстрирующие, что вмешательство значимо не уступает уже подтвержденному вмешательству, допустимым доказательством эквивалентности лечения. Данные авторы предупреждают, что интерпретируемость исследований эквивалентности/достаточности (noninferiority) зависит от испытаний, проводимых с пристальным вниманием к внутренней валидности [4].

В дополнение к появившимся данным, подтверждающим эффективность динамической психотерапии при лечении депрессии, 2 широкомасштабных исследования, не связанных с достаточностью, продемонстрировали, что динамическая психотерапия статистически не уступает КТ при лечении БДР. Driessen E. et al. [10] рандомизировали 341 пациента в амбулаторных условиях для сравнения краткосрочной динамической психотерапии и КТ с использованием методов исследования, включавших мануализированное лечение, протоколы тренингов и слепые независимые оценки. Они обнаружили, что не было различий между лечением сразу после его прекращения или в отдаленном периоде, ни в оценке пациентов, ни в оценке наблюдателей.

Gibbons M.B.C. сообщает о собственном рандомизированном исследовании достаточности [14], сравнивая краткосрочную динамическую психотерапию с КТ при лечении БДР в условиях службы психического здоровья общины [5, 6]. В данной работе разработано и внедрено рандомизированное исследование достаточности в условиях общины с акцентом на внутренней валидности, в том числе:

- Экспертной, интенсивной, индивидуальной и групповой супервизии при каждом методе лечения, а также процедурах обучения, применяемых при исследованиях эффективности.
- Слепых рейтингах верности (fidelity), гарантирующих, что лечение проводилось адекватно и могло быть подвергнуто сравнению.
- Слепых экспертных оценках динамики первичных симптомов.

Установлено, что динамическая психотерапия статистически не уступала КТ, опираясь на исследование Driessen E. et al. [10], чтобы показать, что динамическая психотерапия может быть в целом эффективной в разных условиях. Слепые оценки приверженности и компетентности показали, что методы когнитивной и динамической психотерапии могут сравниваться, и что КТ, проводимая в условиях общины, получила оценки приверженности и компетентности, сопоставимые с продемонстрированными в исследованиях эффективности [5]. Данное обследование в общине также выявило, что пациенты оценили и КТ, и краткосрочную динамическую психотерапию как весьма приемлемые, больные были очень уверены в этих видах лечения и могли бы рекомендовать их другим.

КТ фокусировалась как на поведенческих техниках активации, так и на методах когнитивной реструктуризации. Согласно слепым экспертным

рейтингам приверженности, наиболее часто используемые специальные техники включали конкретные действия, такие как определение повестки дня и домашнее задание, а также техники когнитивной реструктуризации, которые включали поощрение исследования специфических мыслей и убеждений и соотнесение чувств с мыслями.

Краткосрочная динамическая психотерапия фокусировалась как на поддерживающих, так и на экспрессивных техниках, описанных в руководстве. Терапевты использовали явные (explicit) техники укрепления альянса для построения отношений сотрудничества и применяли прояснения (кларификации) и интерпретации паттернов отношений, которые мешают достижению целей пациентов в их текущих отношениях.

В соответствии с указанными слепыми экспертными оценками приверженности, специфические интервенции, которые чаще всего использовались при проведении динамической психотерапии в общине, включали поддерживающие техники, такие как использование взаимного влияния, передача чувства уважения и симпатии, использование высокого уровня комментариев, а также экспрессивных техник, включая исследование желаний пациента в отношении других, воспринимаемых ответов других и ответов.

Предикторы эффективности.

На сегодняшний день доказательства подтверждают эффективность как когнитивной, так и динамической терапии при лечении БДР, что говорит о том, что Американской психологической ассоциации следует также обсудить вопрос о пересмотре своих руководящих принципов лечения [14]. На популяционном уровне оба метода лечения предлагают разумный подход к облегчению симптомов депрессии. На практике, однако, клиницисты должны решить, какое лечение лучше всего подходит для конкретных пациентов.

Несмотря на десятилетия исследований предикторов эффективности указанных методов лечения, все еще нет надежных индикаторов того, какое лечение следует проводить пациентам.

DeRubeis R.J. et al. [8, 13] выполнили инновационные исследования для оценки широкого спектра возможных предикторов эффективности лечения при КТ и медикаментозном лечении, чтобы построить всеобъемлющую прогностическую модель, которая могла бы использоваться для персонализации лечения пациентов. Они обнаружили, что хроническое течение болезни (более хроническое), возраст (большой) и интеллект (более низкий) являлись предикторами плохой реакции как при КТ, так и при приеме медикаментов. Между тем, пациенты, состоящие в браке, безработные или пережившие большее количество жизненных событий, демонстрировали значительно лучшие результаты КТ по сравнению с приемом медикаментов. Данные исследователи разработали алгоритм расчета индивидуального индекса преимуществ, который указывает, какая модальность может обеспечить лучшие результаты [8].

Такие прогностические модели крайне необходимы для помощи практикующим врачам в решении вопроса о том, какие психотерапевтические вмешательства, наиболее вероятно, будут полезными данному пациенту. В большинстве исследований оценивается не более нескольких предикторов эффективности лечения в рамках единичных методов лечения. Поскольку прогнозирование того, какая психотерапия может принести пользу конкретному пациенту, вероятно, будет сложным, необходимы исследования, которые оценят диапазон возможных предикторов и модераторов лечения при многочисленных основанных на доказательных данных психотерапевтических подходах. Такой персонализированный подход к подбору психотерапии пациентам может повысить удовлетворенность больных оказываемой помощью и улучшить результаты [14].

По мере продвижения вперед в исследованиях, направленных на повышение способности персонализировать психотерапию для удовлетворения потребностей конкретных пациентов, необходимо продумать, как наилучшим образом предоставить практикующим врачам большое количество психотерапевтических техник [14]. Большинство учебных программ по-прежнему ориентированы на одну школу психотерапии, и многие клиницисты, освоившие эти учебные программы, твердо привержены определенной психотерапевтической модальности. В то же время, установлено, что клиницисты заинтересованы и в приобретении опыта в области различных психотерапевтических техник [14].

Несмотря на интерес к эклектическому подходу в психотерапии, клиницисты не заинтересованы в полном отказе от предпочитаемой ими терапевтической модальности. Скорее, они предпочитают вводить элементы других психотерапевтических процедур, которые могут принести дополнительную пользу их пациентам. По указанной причине для улучшения эффектов психотерапии в клинической практике необходимо исследование, направленное на выяснение того, могут ли более краткосрочно сфокусированные психотерапевтические модули соответствовать потребности персонализации лечения, удовлетворяя, в то же время, практические нужды клиницистов [14].

Литература

1. American Psychiatric Association Practice Guidelines. <https://psychiatryonline.org/guidelines>. Accessed January 25, 2019.
2. Burnand Y., Andreoli A., Kolatte E., et al. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv.* 2002;53:585-590.
3. Chambless D.L., Hollon S.D. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:7-18.
4. Chambless D.L., Hollon S.D. Treatment validity for intervention studies. In: Cooper H., Camic P.M., Long D.L. et al, Eds. *APA Handbook of Research*

- Methods in Psychology*, Vol 2. Washington, DC: American Psychological Association; 2012: 529-552.
5. Connolly Gibbons M.B., Gallop R., Thompson D. et al. Comparative effectiveness of cognitive and dynamic therapies for major depressive disorder in a community mental health setting: A randomized clinical non-inferiority trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73, 904-912.
 6. Connolly Gibbons M.B., Mack R., Lee J., et al. Comparative effectiveness of cognitive and dynamic therapies for major depressive disorder in a community mental health setting: study protocol for a randomized non-inferiority trial. *BMC Psychol*. 2014;2:47.
 7. de Jonhe F., Kool S., van Aalst G. et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord*. 2001;64:217-229.
 8. DeRubeis R.J., Cohen Z.D., Fornand N.R. et al. The personalized advantage index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. *PLoS One*. 2014;9:e83875.
 9. DeRubeis R.J., Hollon S.D., Amsterdam J.D. et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:409-416.
 10. Driessen E., Van H.L., Don F.J. et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1041-1050.
 11. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*. 2015;14:137-150.
 12. Fonagy P., Rost F., Carlyle J. et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock adult depression study. *World Psychiatry*. 2015;4:312-321.
 13. Fournier J.C., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:775-787.
 14. Gibbons M.B.C. Psychotherapeutic Interventions for Depression: Which Work Best? // *Psychiatric Times*. – 2018. – Vol. 35, №7. – P.13-14.
 15. Hollon S.D., DeRubeis R.J., Seligman M.E. Cognitive therapy and the prevention of depression. *Appl Prev Psychol*. 1992;1:89-95.
 16. Hollon S.D., DeRubeis R.J., Shelton R.C. et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:417-422.
 17. Merrill K.A., Tolbert V.E., Wade W.A. Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:404-409.
 18. Persons J.B., Bostrom A., Bertagnolli A. Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognit Ther Res*. 1999;23:535-548.

2.3 Психологические особенности суицидального поведения студенческой молодежи.

Е.И. Барышева

Для многих стран мира суицидальное поведение стало одной из острейших проблем в обществе. Существует многочисленная статистика по этому поводу, касающаяся различных категорий пострадавших, возрастных и социальных групп, профессиональных сообществ, стран, отражающая степень поражения ауторазрушающими тенденциями. За многие десятилетия научных исследований ученые выделяют целый ряд закономерностей, обуславливающих и влияющих на проявления суицидальности личности. В разные годы данный показатель меняется в зависимости от значительного количества самых различных факторов. Традиционно в связи с этическими, идеологическими и другими соображениями информация о суицидальных тенденциях в обществе была всегда достаточно закрытой. К сожалению, по статистике, каждый год заканчивают жизнь самоубийством около миллиона человек в мире. Но так как статистика ведется по ясновыраженным случаям суицида, реальная цифра в 2-3 раза выше. Высокий уровень показателей суицидальности является высоким как для России, так, тем более, и для Украины, где ситуация отягощена ведущимися против Донбасса военными действиями. Критические показатели суицидальности населения рассматриваются ВОЗ как угрожающее состояние психического здоровья страны. Украина на данный момент занимает лидирующие позиции в Европе по этому поводу. После того, как страну взорвала ситуация гражданской войны, уничтожение собственного населения во время боевых действий на Донбассе, полученный травмирующий опыт, потеря смыслов, количество суицидальных попыток только возрастает. Значительный процент совершающих суициды составляют военные, имеющие боевой опыт. Но гражданское население испытывает предельные стрессовые травмирующие нагрузки, что является суицидоопасным фактором. Особенно чувствительны к этому подростки, молодые люди. Этот факт является очень тревожным, поскольку именно молодежь является основой будущего сообщества.

В связи с этим исследование суицидального поведения, обсуждение этих проблем, тех факторов, которые привели к такому исходу проблемных ситуаций в жизни этих людей, а особенно пути предотвращения и психологической помощи являются крайне актуальными.

В социально-философской и психологической литературе проблема самоубийства рассматривается с разных сторон и многими исследователями: А.Г. Амбрумова, Н.В. Абдюкова, Н.А. Бердяев, С.В. Бородин, Е.М. Вроно,

И.В. Ганзин, У. Джемс, Э. Дюркгейм, Л.Я. Жезлова, И.Н. Елисеев, А.Ф. Кони, Н.Д. Кибрик, В.М. Кушнарев, В.П. Москалец, А.С. Михлин, Т.Л. Малофеева, В. Меннингер, Л.Э. Орбан-Лембрик, Г.Я. Пилягина, Ю.Р. Сидорик, В.А.Тихоненко, С.И. Яковенко и др. В исследованиях установлено, что на самоубийство влияет целый комплекс многогранных, связанных между собой факторов: психологических, социальных, идейно-философских, нейро-биологических, геокосмических и др. Теме суицидального поведения субъекта посвящено множество научных исследований, и мы не ставим целью проанализировать все существующие наработки, но в этой проблеме остается достаточно много «белых пятен». Феномен самоубийственного поведения вообще, а среди молодежи в частности, требует своего пристального исследования и коррекции.

Анализируя состояние проблемы – данные проявлений суицидального поведения, аутоагрессивных попыток, завершенных суицидов разных групп населения (данные статистического управления, психиатрического диспансера, управления внутренних дел), следует отметить отличия показателей завершенных суицидов и суицидальных попыток. Показательным является тот факт, что завершенные мужские суициды значительно превышают завершенные женские. Это связано с самой природой суицидентов: мужчины выбирают более радикальные и надежные способы избавления жизни, кроме того, как правило, они физически сильнее и их действия в эмоционально неуравновешенном, психически нестабильном состоянии приводят к летальному исходу. Количество завершенных суицидов среди женщин в 4,5 раза меньше, чем среди мужчин. Женщины выбирают способы сведения счетов с жизнью менее болезненные и опасные, поэтому часть из них удастся своевременно спасти.

По данным психиатрического диспансера, среди лиц, совершивших суицидальные попытки и проходивших после этого реабилитацию, женщин несколько больше, чем мужчин. Если проанализировать возраст суицидентов, то среди молодых людей количество суицидов наибольшее. Ежегодно молодые люди студенческого возраста занимают треть от всего количества суицидальных попыток.

Если рассматривать материалы пилотажного исследования по поводу способов сведения счетов с жизнью, то в гендерном аспекте присутствуют четкие отличия. Женщины выбирают способы менее болезненные и радикальные, и такие, которые не уродовали бы их внешний вид (даже после смерти женщины хотят выглядеть таким образом, чтобы вызывать тоску, сожаление и восхищение их красотой). Из всех проанализированных случаев, чаще всего женщины прибегают к отравлениям. Резаные раны, наоборот, преобладают в мужской выборке, причинение смерти через повешение в мужской выборке в 3-4 раза выше, чем в женской. Подобная картина остается типичной на протяжении многих лет. Мужчины чаще прибегают к повешению, используют оружие или выбрасываются с высоты. Последнее также характерно и для женщин. Характерно, что в качестве отравляющих веществ женщины

выбирают преимущественно медикаменты – транквилизаторы, снотворные, другие психотропные вещества (данные И. Ганзина), в то время, как мужчины в качестве отравляющих веществ используют наркотические вещества, ядовитые химикаты, а также осуществляют попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Следует отметить, что для молодых людей студенческого возраста характерным является совершение суицида *в состоянии алкогольного или наркотического опьянения*. В данном случае причины являются более широкими, нежели просто анализ психологического состояния суицидента. На наш взгляд, в алкоголизации молодого населения имеет значение и навязчивая, активная пропаганда «алкогольного» способа жизни средствами массовой информации (рекламы и телевидения), засилье пивных точек и «алкомаркетов» на улицах городов, сел и поселков, однако вряд ли вам встретится такое же количество книжных магазинов, библиотек, бассейнов, тренажерных залов или теннисных кортов.

Внушение установки «Если ты пьешь пиво (куришь – необходимое подставить), ты успешный, раскрепощенный, уверенный в себе» дает свои результаты: если человек долгое время находится «в окружении» такой информации, он постепенно становится более лояльным к внушаемым ценностям, а если собственные ценности еще не совсем сформированы, то берет за основу именно предлагаемые установки. В результате мы наблюдаем молодежь, которая теряет (или не формирует) «иммунитет» к внешнему деструктивному воздействию на сознание, не способна противостоять враждебным влияниям, чуждым ценностям и смыслам. Если учесть, что подобная пропаганда такой морали «легкой жизни» попадает в сознание незрелой, инфантильной личности, которая не сформировала способность адекватно оценивать происходящее и рационально разрешать проблемные ситуации, а использует привычный пропагандируемый «алкогольный» сценарий борьбы со стрессом, то такое социально-психологическое искажение личности является фактором суицидального риска.

На следующей позиции в студенческой выборке – *демонстративно-шантажные суициды*. Как правило, таких людей успевают своевременно спасти, и они проходят психологическую реабилитацию в специализированных учреждениях.

Следующую статистическую позицию занимают молодые люди студенческого возраста *с наличествующими психическими заболеваниями*. Эта тенденция зачисления к обучению в вузе абитуриентов с психиатрическими диагнозами на направления подготовки, где наличие такого диагноза представляет угрозу для окружающих и не соответствует квалификационным требованиям профессии, на наш взгляд, имеет тоже определенную социальную обусловленность. Похожую ситуацию мы наблюдали в середине 90-х прошлого уже века. Тогда свою роковую роль сыграла коммерциализация образования, когда в условиях контрактного обучения отбор абитуриентов, в частности в высшие учебные заведения, был довольно упрощенным, что ни для кого не было

тайной. На данный момент и в республиках Донбасса (в силу сложившейся экстремальной ситуации проживания на этих территориях), и в Российской Федерации (в силу естественных демографических процессов) количество абитуриентов не так значительно, как хотелось бы вузам. Такая ситуация способствует упрощению процедуры отбора абитуриентов. Но при любых обстоятельствах и сложностях, мы считаем, что на специальности педагогического, психологического, медицинского профиля, то есть там, где деятельность связана с работой с людьми, специальности, которые являются наиболее напряженными с точки зрения психологического выгорания и требуют от студентов выраженной стрессоустойчивости, – должен был бы быть принципиально тщательный отбор (при всей доступности высшего образования). Дело в том, что психологическая незрелость и неготовность даже к специальной информации (не говоря уже о работе со сложными психологическими случаями или способность длительное время находиться в стрессовых условиях работы в школе), скорее, вредит таким студентам, чем развивает их профессиональную компетентность. Например, различными исследователями отмечаются случаи, когда некоторые студенты совершали попытку суицида после ознакомления со специальными знаниями профессионально-ориентированных дисциплин – информация по психологии суицидального поведения, динамики психических заболеваний, патопсихологии развития, психиатрии. Безусловно, суицидальные тенденции в личности вызревали уже давно, но последней стимулирующей «каплей» могла стать информация, попавшая в неадекватное, возбужденное, неадаптированное к стрессовой ситуации сознание. Подобную природу имеют и «подражательные» суициды, когда после сообщения в средствах массовой информации о самоубийстве, совершенном популярным певцом, кумиром, происходит серия суицидов подростков или молодых людей, которые были «фанатами» артиста. Часто «подражательный» характер носит и интерес к тематике суицида, спровоцированный различными «группами смерти», завоевавшими популярность в социальных сетях среди подростков и молодежи, которые за увлекательной провокационной картинкой не видят изощренной манипуляции их жизнями. Все это свидетельствует о незрелости процессов формирования и развития самосознания молодых людей. Как подтверждение этому является тот факт, что следующей позицией в статистическом обзоре суицидов молодых людей студенческого возраста оказывается *острая реакция на стресс*. Психологическая дезадаптация, особенно в условиях экстремального социума, неадекватные копинг-стратегии, неумение развивать и приумножать собственные копинг-ресурсы являются факторами суицидального риска (и не только у молодых людей).

Ключевыми факторами, обуславливающими суицидальность, считают психологические, поскольку суицид – явление психологическое. Все другие факторы (нейрохимические, социальные, идейно-философские, геокосмические) действуют опосредованно через эмоциональные переживания, мотивацию

человека. Крайне важным для понимания суицида является утверждение (В.П. Москалец, Ю.Р. Сидорик) о том, что для проявления суицидальной активности определяющей предпосылкой является совпадение таких факторов:

- благоприятное касательно суицидальности течение биохимических и психических процессов, которые создают высокий уровень личностной склонности к суициду;

- тяжелые, конфликтные, кризисные жизненные коллизии;

- жизненные события, провоцирующие суицидальность.

Авторы отмечают, что первый фактор является определяющим (!), *второй и третий* – стимулирующими. В аналогичных кризисных ситуациях далеко не все выбирают самоубийство. Выбор прежде всего зависит от личностной склонности к суициду. «Суицидальность обостряет ценностно-смысловой вакуум, неопределенность ориентации на высокие нравственные, духовные ценности, среди которых главное место занимает ценность жизни. На таком неопределенном фоне фрустрируются сложные жизненные проблемы.

Острая кризисная ситуация усиливает все антивитаальные, суицидоопасные тенденции в психике, провоцирует изменения в метаболизме мозга, эндокринной системе субъекта. Такие ситуации могут возникнуть в случае радикальных нарушений привычной системы взаимодействия, особенно в семейной, интимно-любвиной, профессиональной сферах; в случае нежелательного для субъекта изменения социального статуса (развод, потеря работы); в случае тяжелых соматических заболеваний; при выраженной алкоголизации, наркоманиях, которые могут спровоцировать любую кризисную ситуацию. Также возможен симбиоз этих факторов» [3, с.67].

Предметом осуществленного исследования являлось изучение социально-психологических детерминант суицидального поведения студенческой молодежи.

В выборке исследования принимали участие 88 респондентов: 44 женщины и 44 мужчины, у которых были суицидальные попытки и они проходили психологическую реабилитацию в специализированных учреждениях. Проведя экспериментальную работу, мы выявили, что в женской и мужской выборках значительное количество респондентов имеют высокие баллы по целому ряду важных показателей.

Методы психологического анализа. Исходя из предмета нашего исследования для психологического анализа особенностей студентов, имеющих суицидальные попытки, мы использовали следующие методы: анализ психологического анамнеза по индивидуальным картам; индивидуальная клиническая беседа; экспериментальное изучение выборки испытуемых с использованием следующих методик: тест-опросник Г. Шмишека, психодиагностический тест В. Мельникова, Л. Ямпольского, тест Г. Айзенка, опросник Мини-Мульт.

Результаты экспериментального исследования. Мы использовали опросник Мини-мульт (сокращенный вариант Миннесотского многофакторного

личностного опросника ММРІ С. Хетуэй, Дж. Маккинли, адаптация Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова). Опросник Мини-мульт содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценивающие (для определения степени достоверности результатов тестирования). Другие 8 шкал опросника являются базисными и исследуют особенности личности.

В мужской выборке согласно опросника Мини-мульт особое значение для понимания суицидальных тенденций имеют следующие выявленные показатели. По шкале депрессии и депрессивноподобных состояний высокие баллы имеют 27,3% всей мужской выборки. Эти респонденты отличаются значительной тревожностью, склонностью к болезненной чувствительности. В делах они старательны и тщательны, но неспособны принимать решения самостоятельно, характеризуются неуверенностью в себе. При малейших неудачах они склонны впадать в отчаяние, а значительные проблемы и конфликты могут надолго выбить их из рабочего адекватного состояния и в конце концов сработать как суицидогенный фактор.

Показатель истерии составляет в мужской выборке 21,3%. Прежде всего это люди, склонные к невротическим защитным реакциям конверсионного типа. Для них характерным является использование симптомов соматических заболеваний как средство избегания ответственности, преимущественно проблемы решаются погружением в болезнь. Суицидальные попытки – это, часто, попытка обратить на себя внимание, транслировать миру, что человеку плохо.

Высокий уровень по шкалам паранойяльности и психопатии в мужской выборке представлены по 12,2% по каждой шкале. Респонденты, имеющие высокие показатели по шкале психопатии, являются в значительной степени социально дезадаптированными. Из всех лиц, проходивших психологическую реабилитацию, они были наиболее агрессивными, конфликтными, с нестойким настроением от возбудимости до болезненной чувствительности. Они склонны пренебрегать социальными нормами и ценностями. Высокие показатели по шкале паранойяльности характеризуют чувствительность испытуемого, его склонность к аффективным реакциям и формированию сверхценных идей. Главными чертами этих людей является большой эгоизм, самолюбование, склонность обвинять других в своих неприятностях; столкновение и несоответствие этих взглядов общественному мнению, окружение вызывает фрустрированность личности, что может служить поводом к суицидальным размышлениям. Как и для мужчин предыдущей группы, для них также характерна агрессивность и злопамятность, что часто приводит к конфликтам с окружающими.

Согласно психодиагностическому тесту Л.Т. Ямпольского, в мужской выборке очень высокие показатели по шкале «психотизм» имеют 40,8% суицидентов, проходивших реабилитацию в отделении. Шкала «нейротизм» представлена высокими показателями у 25,9% респондентов; депрессивность выявлена у 14,8% мужчин. Показательно, что согласно этой методике показатели

нормы выявлены лишь у 11,1% мужчин, проходивших психологическую реабилитацию. Прокомментируем полученные результаты. По нашему мнению, высокие показатели у значительного количества респондентов по шкале психотизм как раз указывают на выразительность проблемы психологической дезадаптации этих людей, их отчужденность от окружения, замкнутость, неуравновешенность, невозможность построения адекватных коммуникативных связей с другими людьми. Волнение и чувства подчинены внутренней аргументации, мало связаны с реальными событиями внешнего мира. Из-за этого их поведение оказывается странным, немотивированным; мышление чрезвычайно формалистично, оторвано от действительности.

Показатели депрессивности, полученные по тесту Ямпольского, подтверждаются и аналогичными показателями теста Мини-мульти, что говорит о достоверности полученных результатов. Для респондентов с высоким уровнем депрессивности типичным является сниженный фон настроения, мрачное настроение, погруженность в свои мысли. Существенным признаком является апатичность, астеничное состояние. Любая деятельность оказывается обременительной, тяжелой, вызывающей психическое напряжение, человек быстро утомляется, у него отсутствует способность к продолжительному волевому усилию.

Для суицидентов характерна значительная и продолжительная эмоциональная нестабильность – на это указывают многочисленные исследования. В нашей выборке это положение нашло подтверждение по нескольким методикам: почти 26% мужчин имеют высокие показатели нейротизма по тесту Ямпольского; по тесту-опроснику Айзенка таких 36,3%.

В женской выборке согласно опросника Мини-мульти выявлено большое количество истероидных личностей – 32,5%; такой показатель свидетельствует о том, что к суицидальным попыткам прибегают особы эмоционально неуравновешенные, склонные к демонстрации своего дистресса, которые не находят (а часто и не пытаются это делать) в своем поведении умения преодолевать деструктивные проблемные ситуации. Недостаточность психологического самопознания и саморазвития сказывается таким образом, что такие люди легко впадают в крайности и склонны к рискованной игре.

Повышенная депрессивность выявлена у 21,6% женщин – это другой личностно-эмоциональный полюс, характеризующий таких людей как крайне астенизированных, склонных к пессимистическим оценкам, с низким уровнем стрессоустойчивости. Депрессивность этих женщин подтверждается и по психодиагностическому тесту Л.Т. Ямпольского, где по шкале депрессивности высокие показатели получили 21,2% женщин.

Показатели психопатии и паранойяльности получены у 10,8% респонденток выборки по каждой шкале. Наличие психопатий говорит о социальной дезадаптации, ставшей отличительной чертой личности. Высокие показатели по этой шкале характерны для личностей несдержанных, конфликтных, пренебрегающих социальными нормами, моральными

ценностями и нормами общественной жизни, часто демонстрируют пренебрежительное отношение к тому, что значимо для других людей. Им характерна циничность, саркастичность, обидчивость, все это может приводить к импульсивным, необдуманным, опрометчивым действиям и суицидальным тенденциям.

Дополняют картину проявлений личностных характеристик в женской выборке данные, полученные по тесту Ямпольского. В частности, крайне высокие показатели по шкале «психическая неуравновешенность» имеют 27,3% женской выборки, с ними коррелируют данные по шкале «психотизм» – 24,3% и «нейротизм» – 21,2% женщин. Показатели нормы выявлены лишь у 11,1% женщин всей выборки.

Обращают на себя внимание показатели, которые диагностируют нейротизм и психическую нестабильность, неуравновешенность. Мы видим, что по ряду методик эти данные как в мужской выборке суицидентов, так и в женской являются неизменно высокими. Так, уже перечисленные показатели по вышеуказанным методикам в женской выборке также имеют высокую степень корреляции с данными теста Айзенка, где высокие показатели нейротизма выявлены у 27,3% женщин. Мы видим, что показатели нейротизма в мужской выборке даже выше, чем в женской. (Напомним, в мужской выборке это показатель 36,3%).

Состояние, характеризующееся значительной тревогой, эмоциональной неуравновешенностью, плохим самочувствием, часто вегетативными расстройствами (например, повышенная потливость, покраснение кожи, возбуждение, внезапное сердцебиение и т.п.) говорит о впечатлительности и значительной дезадаптивности личности. В таком состоянии человек не может взвешенно принять решение, справиться с проблемными ситуациями, оценить их адекватно. Чем дольше человек пребывает в таком состоянии, тем более угрожающей является ситуация с точки зрения ее суицидогенности (в случае объединения с другими деструктивными факторами). И если к женской эмоциональности мы привыкли, то эмоциональная чувствительность, нервно-психическая неуравновешенность мужчин, как видим, является признаком такого функционального состояния организма, что возникает, очевидно, под влиянием значительных по силе и продолжительности неблагоприятных факторов.

Как уже было отмечено, суицидальность связана как с показателями нейротизма, так и с экстраверсией /интроверсией. Мы выяснили (при помощи тест-опросника Айзенка), что по типу темперамента, как в женскую, так и в мужскую выборку попали люди с полярными показателями по шкалам «эмоциональная уравновешенность – неуравновешенность» и «экстраверсия – интроверсия», а именно холерики-экстраверты и меланхолики-интроверты. То есть для суицидентов эмоциональная нестабильность, неуравновешенность хоть в сторону повышенной импульсивности, чрезмерной подвижности нервных

процессов, так и в сторону подавленности, депрессивности, тревожности имеют показательное значение.

Среди мужчин-суицидентов оказались холерики-экстраверты – 40,9% человек, меланхоликов-интровертов – 31,9%, флегматиков-интровертов – 18,2%, сангвиников-экстравертов – 9% мужчин.

Среди женщин холериками-экстравертами оказались 45,5%, меланхоликов-интровертов – 27,3%, флегматиков-интровертов – 22,7% женщин, сангвиников-экстравертов – 4,5%.

Характеризуя особенности нервной системы, у суицидентов холериков-экстравертов отмечается преимущественно неуравновешенное поведение, возбуждение, импульсивность в проявлениях эмоциональных переживаний, настроение нестойкое; нетерпеливые, часто агрессивные; на замечания реагируют раздражением, возбужденно; в поведении можно отметить склонность к увлеченности, к риску, и хотя их не назовешь чрезмерно «суггестивными», легко поддаются рискованным, эксцентричным идеям, могут сделать что-то «на спор». Несмотря на высокую коммуникабельность, к длительным контактам не склонны, поскольку их конфликтность также высока. В целом, хаотичность и неуравновешенность поведения характеризует как женщин, так и мужчин, при этом у женщин это сопровождается выраженной демонстративностью, даже истеричностью и эпатажностью, что вместе такие черты можно рассматривать как суицидоопасные.

Суициденты, оказавшиеся меланхоликами-интровертами, характеризуются выраженной астеничностью и пессимистическим настроением, депрессивностью. Именно у этих испытуемых были выявлены самые высокие показатели по шкалам депрессивности. Эмоциональные переживания глубокие и продолжительные, отмечается большая впечатлительность и суггестивность. Как правило, мужчины (в большей степени, чем женщины) волнуются по поводу своего здоровья, особенностей лечения, или же впадают в абсолютную апатию и астенизированную подавленность. Сложные ситуации вызывают значительную растерянность, иногда истеричность поведения. Коммуникабельность низкая, если есть друзья, то особенно близкие – один или два, к которым особенно привязаны. Адаптируются с трудом, быстро устают.

Картину индивидуально-психологических черт суицидентов дополняют результаты исследования по характерологическому тесту-опроснику Г. Шмишека, в основе которого лежит концепция акцентуированных личностей К. Леонгарда. Большая вариативность черт характера проявляется не только в качественном разнообразии, но и в количественных показателях. Когда количественные проявления определенной черты достигают критических величин и оказываются у крайней границы нормы, и возникает так называемая акцентуация характера. И хотя акцентуация характера – это граница нормы, но она ее крайняя граница. Как правило, преобладают смешанные формы нескольких акцентуаций. Тем не менее можно выявить доминирующие акцентуации типов характеров людей, склонных к суицидальному поведению:

так, у 23,4% суицидентов-мужчин обнаружена демонстративная акцентуация, это тем более важно для понимания их суицидальных тенденций, поскольку для мужского психотипа более характерна тенденция к когнитивному типу реагирования. Указанная же демонстративная акцентуация подчеркивает эмоциональную нестабильность, авантюристичность человека, стремление привлечь к себе внимание часто рискованными, неадекватными поступками. Также выявлены высокие показатели по следующим типам акцентуаций: возбудимый тип – 17% (у этих лиц заметна склонность легко поддаваться влиянию окружающих, настроенность на постоянный поиск новых впечатлений, они умеют легко устанавливать контакты, которые, однако, имеют поверхностный характер – именно эти суициденты чаще всего совершают суициды в состоянии наркотического или алкогольного опьянения); циклотимический тип акцентуации – 15% респондентов, что снова подтверждает значимость нестабильности эмоционального состояния человека в проявлении его суицидальных тенденций, что, в свою очередь, имеет высокую степень корреляции со шкалой нейротизма.

В женской выборке выявлены следующие акцентуации: аффективно-экзальтированный тип – 27,3% лиц, возбудимый тип – 22,8% женщин, тревожно-мнительный тип акцентуации – у 13,6%, такое же количество женщин имеют демонстративный тип акцентуации. Главной особенностью экзальтированного типа является яркая экзальтированная реакция. Такие женщины крайне эмоциональны, склонны к театрализациям в поведении, приходят в восторг от радостных событий, от событий грустных – в глубокое отчаяние, воспринимают ситуацию как безвыходную, вплоть до намерений уйти из жизни. Девушки с экзальтированным типом акцентуации часто совершают «подражательные» суициды – как фанатки прощаются с жизнью после смерти своего кумира. Характерной особенностью женщин с преобладанием возбудимого типа акцентуации является чрезмерная выразительность импульсивного поведения. Взаимодействие с людьми в большинстве своем обусловлено импульсом, влечением, неконтролируемыми побуждениями. Суицидальные попытки таких женщин могут быть результатом необдуманных, импульсивных действий.

Необходимость учитывать особенности проявления различных акцентуаций характера, как подсказывает психологическая практика, связано с важностью индивидуального подхода в воспитании и выборе наиболее удачных механизмов воздействия на личность суицидента, выстраивания эффективной психокоррекционной работы.

Социально-психологические факторы, влияющие на суицидальность личности, мы рассмотрим в следующей главе. А пока что подытожим вышесказанное – то, что касается психологических особенностей суицидального поведения студентов.

Выводы. В результате проделанной работы следует обратить внимание на следующее.

Суицидальные тенденции в сознании молодежи – это тревожная примета нашего времени. Значительный процент самоубийств молодых людей среди всего количества суицидентов указывает на необходимость пристального внимания ученых к такой ситуации и требует пересмотра содержания воспитательно-развивающих средств влияния, которые на данный момент доминируют в обществе.

Суицид обусловлен многими факторами, которые интенсивно действуют в единстве. Их влияние связано с особенностями существования общества, человека, созданной им системы взаимодействия.

Можно утверждать, что среди целой вереницы мотивов, побуждающих суицидальное поведение молодежи, общим мотивом для всех них является попытка бегства от душевной боли и травмирующих переживаний, от неумения разрешить проблемную ситуацию иным образом. Для всех суицидентов характерным было фрустрированное восприятие создавшейся ситуации, беспомощность и безнадежность.

Если анализировать индивидуально-психологические особенности (что, собственно, и явилось целью этого параграфа), можно сказать, что решающим касательно суицидального риска являются не отдельные качества и личностные черты, а степень гармоничности и целостности в объединении этих дисгармонических черт, их «согласованность». Существенно значимым также является содержание морально-этических установок и системы ценностей личности. Как отмечает И. Ганзин, «повышенный риск суицидальности характерен для дисгармоничных личностей, испытывающих сложности в социальной адаптации. Суицидальной может оказаться любая черта личности при условии крайних полярностей ее проявления» [2, с.29]. Тем не менее, существуют некоторые общие показатели, которые статистически увеличивают суицидальные тенденции личности при условии совпадения с другими деструктивными факторами. Для мужской выборки это депрессивность, истероидность, паранойяльность, высокие показатели психотизма, нейротизма; демонстративный, возбудимый, циклотимический типы акцентуации характера. В женской выборке показательное значение имеют следующие важные качества: истероидность, депрессивность, психастения, психопатия, психическая неуравновешенность, высокие показатели психотизма, нейротизма. Среди акцентуаций характера в женской выборке наиболее суицидоопасными оказались экзальтированный, возбудимый и демонстративный типы акцентуаций. Как в мужской, так и в женской выборках показательное значение имели полярные характеристики эмоциональной уравновешенности-неуравновешенности и экстраверсии-интроверсии. Среди студентов, совершивших попытки самоубийства, наибольшее количество оказалось холериков-экстравертов и меланхоликов-интровертов.

К личностным характеристикам, выявленным в ходе клинических бесед, можно добавить наличие аффективной логики, возбудимость, категоричность. Характерной чертой суицидентов является неспособность к дивергентному

мышлению (его несформированность?); человек не способен критически и всесторонне рассмотреть ситуацию и увидеть варианты ее разрешения. Погруженность во фрустрированное состояние, неспособность отстраниться, дистанцироваться от ситуации, рассмотреть ее отстраненно, непредвзято в данном случае мешает преодолению кризиса.

Мы в данном параграфе остановились преимущественно на индивидуально-психологических особенностях студенческой молодежи, склонной к суицидальному поведению. Но суицидальная проблематика не исчерпывается лишь индивидуальными особенностями (не существует суицидальных типов), важное значение имеют социальные факторы. Социально-психологические аспекты суицидальности студенческой молодежи мы рассмотрим в следующем параграфе, поскольку считаем, что всестороннее изучение такой крайне актуальной и экстренной проблемы даст возможность успешной диагностико-профилактической и терапевтической деятельности психолога.

Литература

1. Барышева Е.И. Телефон доверия. – Луганск: Знание, 1999. – 51 с.
2. Ганзін І. Проблеми суїцидальної поведінки //Довіра і надія: Інформаційно-методичний бюлетень.- №4, 1996.: Телефон довіри/ Упорядник та відпов. за вип. Н.О.Мостіпан. – К.: А.Л.Д., 1996. – С. 26-30.
3. Психологія суїциду: Посібник /За ред. В.П.Москальця. – К.: Академвидав, 2004. – 288с.

2.4 Суицидальное поведение студентов как социально-психологическое явление.

Е.И. Барышева

Актуальность проблемы. В истории человечества проблема самоубийства оценивалась по-разному, от резкого осуждения до признания самоубийства как возможного способа уйти из жизни, но равнодушным эта проблема не может оставить никого. Каждую минуту в мире кто-то осуществляет попытки лишить себя жизни. Эти попытки 60-70 раз в день заканчиваются смертью. Однако истинных суицидов всегда больше.

Термин «суицид» был впервые введен итальянским психологом Г. Дезе в 1947 году и трактовался как «поведение с намерением лишить себя жизни». Интерес к этой проблеме существовал всегда. Однако с каждым годом проблема самоубийства приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой склоняется человек в той или иной кризисной ситуации.

На сегодняшний день суицидология является одним из актуально развивающихся направлений науки, объединяя знания о кризисной личности на стыке психологии, социологии, психиатрии, медицины, демографии, пытается изучить причины, мотивы людей, совершающих такие действия, особенности их личности, факторы, которые могут удерживать человека от такого поступка, индивидуально-психологические особенности суицидентов.

Особенно потрясают и требуют изучения суицидальные действия, совершенные подростками и молодыми людьми. В нашем предыдущем материале мы рассматривали психологические особенности суицидального поведения студенческой молодежи, индивидуально-психологические особенности суицидентов, но как глубинная проблема самоубийственного поведения не исчерпывается только проблематикой индивидуально-психологических особенностей суицидентов. Большое значение имеют также социальные факторы, которые, по нашему мнению, в значительной степени формируют ощущения личности относительно собственного жизненного пространства, что может приводить к оценке его как небезопасного, ненадежного, угрожающего, вызывающего беспокойство по поводу собственной безопасности, неуверенность в будущем, тревожность и неспособность видеть в кризисной ситуации возможные варианты выхода. Определяющими факторами, которые провоцируют самоубийство, считают психологические, поскольку суицид – явление психологическое. Все другие факторы (нейрохимические, социальные, идейно-философские, геокосмические) действуют опосредованно через эмоциональные переживания, мотивационные тенденции человека. Об этом в своих исследованиях пишут В.П. Москалец, Ю.Р. Сидорик. [7]. Как отмечают авторы, только совпадение целого ряда факторов может спровоцировать проявление суицидальной активности субъекта.

Предметом исследования данного параграфа является изучение социально-психологических факторов, влияющих на суицидальное поведение студенческой молодежи.

Исследование проблемы суицидальности в научной литературе. В социально-философской и психологической литературе проблема самоубийства рассматривается с разных сторон и многими исследователями: А.Г. Амбрумова, Б.Г. Ананьев, В.М. Бехтерев, Н.В. Бородин, А.Л. Галин, А.Ф. Кони, С.В. Конончук, Ц.Л. Короленко, М. Ковач, А.С. Михлин, В.Г. Мягер, В.А. Тихоненко, О.С. Христюк, Л.М. Шестопалова, К. Юнг, В. Франкл, К. Роджерс, Ж.-П. Сартр, Э. Дюркгейм, З. Фрейд, В. Меннингер, П. Апшель, Ф. Перлз, М. Ферри, Ф. Монтдери, Ч. Ломброзо и другие.

Изучению особенностей подростковых и юношеских самоубийств посвящены исследования В.А. Бернацкого, А.Н. Волковой, Е.М. Вроно, К.Ф. Германа, Г.И. Гордона, Л.Я. Жезловой, М.М. Ковалевского, Л.Э. Комаровой, П.Н. Милюкова, Л.А. Прозорова, И. Сикорского, М.Ф. Феноменова, В.Л. Хайкина, И.Г. Чесновой, Э.А. Чомаляна и других.

В исследованиях установлено, что на самоуничтожающее поведение влияет ряд многогранных, связанных между собой факторов. Суицидальное поведение имеет определенные особенности, формы их проявлений, способы осуществления, стадии развития, факторы риска и антисуицидальные факторы. Суицидальное поведение имеет свою специфику в зависимости от влияния таких факторов, как возраст человека, его пол, особенности профессиональной и личностной самореализации, особенности жизненного пути и характеристики жизненного пространства личности.

Анализируя состояние проблемы, нами рассматривались статистические данные проявлений суицидального поведения, попыток, завершенных суицидов разных групп населения. Особое внимание мы обратили на представленность в выборке суицидентов людей молодого, студенческого возраста. Нами обнаружено, что значительный процент – больше половины случаев суицидальных попыток совершены людьми от 18 до 33 лет. Такая тревожная особенность нашего времени требует пристального внимания ученых к ситуации, царящей в социуме и в сфере развития и воспитания молодого поколения, требует пересмотра средств влияния, существующих на сегодняшний день.

Выборку исследования составили 88 респондентов молодого возраста: 44 женщины и 44 мужчины, имевшие суицидальные попытки и проходивших психологическую реабилитацию в специальных учреждениях. Изучая индивидуально-психологические особенности суицидентов, можно сказать, что решающими касательно повышения суицидального риска являются не отдельные качества и личностные черты, а степень их сочетаемости, «согласованность» ряда дисгармоничных особенностей и черт, а также содержание нравственных установок и системы ценностей.

Нами установлено, что существуют некоторые общие показатели, которые статистически увеличивают суицидальные риски личности при условии их совпадения с другими деструктивными факторами. Для мужской выборки это – депрессивность, истероидность, паранойяльность, высокие показатели психотизма, нейротизма; демонстративный, возбудимый, циклотимический типы акцентуаций характера. В женской выборке существенное значение имеют истероидность, депрессивность, психастения, психопатия, психическая неуравновешенность, высокие показатели психотизма, нейротизма. Среди акцентуаций характера в женской выборке наиболее суицидоопасными оказались экзальтированный, возбудимый и демонстративный тип акцентуации. Как в мужской, так и в женской выборке существенное значение имели полярные характеристики: эмоциональная уравновешенность – неуравновешенность и экстраверсия – интроверсия. Среди студентов, совершивших попытки самоубийства, больше всего оказалось холериков-экстравертов и меланхоликов-интровертов. К личностным характеристикам, выявленным в ходе клинической беседы, можно добавить наличие аффективной логики, возбужденное состояние, категоричность в суждениях.

Методы психологического анализа. Исходя из цели нашего исследования, мы использовали следующие методы: анализ психологического анамнеза по индивидуальным картам; индивидуальная клиническая беседа; экспериментальное изучение состояния респондентов, используя методики: тест-опросник Г. Шмишека, психодиагностический тест В. Мельникова, Л. Ямпольского, тест Г. Айзенка, опросник Мини-Мульт - сокращенный вариант Миннесотского многофакторного личностного опросника ММРІ С. Хетуэй, Дж. Маккинли, адаптация Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова.

Результаты исследования. Как мы уже отмечали, целью исследования является продолжение изучения особенностей суицидального поведения студентов, в частности теперь мы хотели бы выяснить роль социальных факторов в провоцировании саморазрушающих тенденций в поведении молодых людей.

Как известно, в разное время мотивация суицидального поведения интерпретировалась по-разному. В научных кругах в качестве объяснения причин в начале XIX столетия преобладали убеждения о обусловленности самоубийств патологией психиатрического свойства; в начале XX столетия такая уверенность рассеялась и начали преобладать суждения о социальных и социально-психологических факторах в мотивации самоуничтожающего поведения. В начале XXI столетия ученые приходят к выводу, что природа самоубийства связана с сочетанным влиянием ряда факторов: психологических, социальных, биохимических, которые должны совпасть в условиях тяжелых, кризисных жизненных ситуаций, что и создает в итоге личностную склонность к суициду как способу разрешения проблемы.

Проблему суицидального поведения студентов как явления социально-психологического мы попытаемся рассмотреть с точки зрения особенностей жизненного пространства личности. Человек пребывает в довольно определенных условиях природного, социального и информационного окружения. Особенности природного (экологического), социального и антропогенного окружения и связанных с ними психологических переживаний, внутренних состояний человека таковы, что человек не может отмежеваться от существующих в обществе проблем, они имеют непосредственное отношение к его жизни, его переживаниям и наличествующим ситуациям, даже если они непосредственно на него не направлены. Сегодня есть смысл говорить об экологичности жизненного пространства современного человека. В содержание этого понятия включаем не только отражение субъектом жизнедеятельности взаимоотношений с миром природы, экологической средой, а в большей степени способность человека к адекватному психическому отражению природной и социальной среды, собственного внутреннего мира, поведенческих реакций и состояний, рефлексия относительно места и роли человека в биологическом, антропогенном, информационном мире, а также адекватная саморегуляция данного отношения человека как субъекта жизни в широком смысле.

Существующие реалии современной жизни (экологическое состояние среды обитания человека, проблемы войны и мира, риск заражения опасными заболеваниями, возрастание темпа жизни и т.п.) вызывают у многих чувства тревоги и страха, питают и поддерживают неуверенность в завтрашнем дне. Кроме того, продолжительное пребывание личности в условиях деструктивного, негативно насыщенного информационного пространства приводят к тому, что психика человека пребывает в состоянии повышенной тревожности, ожидания непредвиденных опасных ситуаций, что истощает нервную систему человека. Для понимания жизненного пространства личности имеет значение следующий постулат, высказанный в исследованиях Ханса Томе: конкретно-исторические условия существенным образом обуславливают переживания и способы разрешения жизненных проблем. Личность является частью культурно-исторической, социально-экономической, космо-био-экологической среды, в то же время личность сама в большой степени создает это пространство и не всегда совокупные усилия и деятельность людей позитивным образом влияют на окружающий мир.

Индивид пребывает в постоянном взаимодействии с окружающим миром, прежде всего с социальным. Человек все время что-то создает в мире и в результате такого единства одновременно преобразует что-то и в себе самом. Изменения в сфере духовности, идеологические влияния, приводящие к унификации личности, обратили внимание мирового научного сообщества на последствия собственной, откровенно непродуманной, недалековидной социально-культурной деятельности. Все возрастающий уровень невротизации, всепоглощающая погруженность молодых людей в виртуальный мир, быстрая смена стрессогенных факторов и неумение с ними справляться приводят к тому, что современный человек, оказавшись как бы заложником им самим созданной системы отношений, все в большей степени требует психологической консультативной помощи, и все чаще помощи экстренной.

Изучая проблему психологического здоровья общества, З. Фрейд предложил следующую ее трактовку: общество в целом может быть больным. Размышляя по этому поводу, он ввел в использование термин «социальный невроз», который определяет социальную обусловленность наиболее распространенных нервно-психических расстройств. Пораженное несовершенством общество играет значительную роль в возникновении психологических проблем личности, в связи с чем требует от человека значительных адаптационных возможностей к общественно-экономическим, политическим, социально-психологическим условиям, нормам общества, а также переработки общественных норм относительно собственных установок и системы ценностей. И если пропагандируемые ценности общества являются искаженными, патологичными, это не может не сказываться на состоянии психического здоровья индивидов. Как отмечают Л.Э. Орбан-Лембрик, Н.В. Абдюкова, можно считать, что суицид, высокий уровень алкоголизации общества, наркомании, преступность – признаки психосоциальной патологии

социума. Это является одновременно и причиной, и следствием социального стресса. [7, с.93].

Рассматривая социально-психологические детерминанты суицидального поведения молодежи, мы назовем те факторы, которые явно или опосредованно влияли на формирование самоуничтожающих мотивов у респондентов нашей выборки. К существенным социальным факторам, опосредующим суицидальное поведение молодых людей, относим следующие.

Социологические факторы. В качестве суицидоопасных их называют Л.Э. Орбан-Лембрик, Н.В. Абдюкова, В.П. Москалец. [7, с.85]. К ним относятся массовые настроения, общественное мнение, социальные тенденции, социокультурные аспекты жизни общества, которые создают определенный фон, в поле которого происходит жизнедеятельность людей. [7, с.85]. Мы считаем, что в зависимости от направленности личности они действуют опосредованно, путем доминирующих общественных настроений и стереотипов. Чем более стойким и гармоничным является стержень личности (что собственно и является направленностью), тем в большей степени личность способна сопротивляться неадекватным социальным влияниям, негативным тенденциям, информационному давлению. Как правило, кризисные периоды развития общества связаны с увеличением количества самоубийств, поскольку в условиях чрезмерных нагрузок, проблемных ситуаций и увеличения количества стрессовых факторов люди, которые не способны их выдерживать продолжительное время, часто не могут найти ответ на извечный вопрос: «Что делать?»

Безусловно, не все, кто испытывает трудности, склонны к настолько радикальным способам «разрешения» проблем (что, в принципе, нельзя назвать разрешением). Среди социально-психологических факторов, на которые есть смысл обратить внимание, будут:

- особенности социализации личности и формирование ею собственной системы норм и ценностей;
- особенности межличностного взаимодействия и общения субъекта.

Социализация как освоение социального опыта, социальных ролей, норм, ценностей, необходимых для успешной жизнедеятельности, говорит о развитии личности в конкретных культурно-исторических условиях и социокультурном, информационном, экономическом окружении. Однако влияние социума и общественные процессы могут оказывать на личность не только конструктивное влияние, но и деструктивное давление, провоцировать личность с нестойкими личностными чертами к неадекватному, неуравновешенному поведению. Такие личности, как правило, склонны к легковерности, поверхностности в отношениях и поступках, которые часто внушаются рекламными сюжетами и ценностями.

Как известно, *особенности межличностного взаимодействия и коммуникативные навыки личности* могут отражаться в самых разнообразных проявлениях в сфере общения. К таким чертам относятся такие особенности, как

раздражительность, впечатлительность, склонность к конфликтному поведению, склонность к самообвинениям, высокий уровень тревожности, как следствие, восприятие какой-либо ситуации взаимодействия как угрожающей, непредсказуемой, неопределенной, от которой неизвестно чего ждать. В данной ситуации можно говорить о коммуникативной неспособности – «неспособность индивида проявлять такие коммуникативные качества и способности, которые помогали бы ему адекватно воспринимать социально-психологическую реальность» [7, с.118]; характерной особенностью часто может быть и наличие межличностного конфликта, то есть «наличие противоречий между людьми, которая может вызывать глубокие психологические потрясения». [7, с.118]. Соответственно при неблагоприятных условиях вышеуказанные факторы могут провоцировать глубокие психологические изменения личности. Суицидоопасными являются и внутриличностные, и межличностные конфликты (в семье, в отношениях со значимыми близкими, родственниками; в профессиональной, учебной деятельности, в неформальных отношениях с друзьями и т.д.). Л.Э. Орбан-Лембрик, Н.В. Абдюкова пишут: «Насыщенность современной жизни конфликтами, своеобразие каждого из них вместе с крайними проявлениями эмоций и переживаний способствует развитию неврозов, формированию неадекватных психологических защит и стереотипов поведения, снижению работоспособности, критичности мышления, может вызывать состояние утраты смысла бытия и подтолкнуть к суициду» [7, с.120].

Говоря о коммуникативных навыках студенческой молодежи, можно констатировать, что довольно большое количество студентов первых курсов имеют значительные проблемы в сфере организации межличностного общения: они не в состоянии договориться, эффективно взаимодействовать между собой в учебной группе, решая общие проблемы; пытаясь с первых дней всячески продемонстрировать себя, заявить о своей позиции в группе с целью достижения определенного статуса, уровень притязаний явно превышает реальные достижения и реально демонстрируемые личностные качества, которые могли бы приблизить студента к желаемому статусу и авторитету среди одноклассников. При этом многолетний опыт показывает, что, как правило, в среде первокурсников рядовая рабочая (учебная, организационная, бытовая) проблемная ситуация превращается в конфликтную, поскольку участники взаимодействия не способны выслушать друг друга или предложения сторон, не способны на поступок ради общей пользы, а больше всего настроены настаивать на своем, несмотря на здравый смысл. Во взаимодействии присутствуют такие черты, как демонстративность, неуступчивость, эгоистичность, даже заносчивость, у преобладающего большинства диапазон коммуникативных приемов в общении крайне беден. И хотя такая ситуация в коммуникативной сфере студенческой молодежи к третьему курсу обучения в вузе меняется в лучшую сторону (что убеждает нас в позитивном влиянии образовательных процессов прежде всего на личностное развитие студента, а уж через него на возрастание профессиональной мотивации и формирование

проф.идентичности), но все же обращает внимание на себя тот факт, что процент лиц с несформированной и неадекватной коммуникативной и эмоциональной сферой на 1-й курс год от года приходит все больше и больше.

На формирование коммуникативных навыков юного поколения многие ученые отмечают влияние Интернет коммуникации, которая все в большей степени заменяет собой реальное общение. Влияние интернет коммуникации видоизменяет особенности взаимодействия и часто приводит к тому, что коммуникативные навыки реального взаимодействия с людьми не формируются в достаточной мере у молодых людей. Но это тема отдельной дискуссии.

В условиях нагрузок и многочисленных стрессовых факторов неспособность личности адаптироваться и наработать варианты эффективных копинговых стратегий, неспособность противодействовать неблагоприятным, угрожающим, с точки зрения человека, и вредным для личностного развития влияниям срывает в проблемных ситуациях как суицидоопасный фактор.

Коммерциализация образования рассматривается нами как опосредованный фактор суицидальных тенденций студенческой молодежи, поскольку допускает к обучению в вузы лиц, неспособных к адаптации, личностно незрелых, часто недостаточно адекватных, в целом тех, кто не смог бы соответствовать квалификационным требованиям в условиях конкурса.

Несовершенство коммуникативной сферы студентов проявляется еще и в том, что среди попыток самоубийств, совершенных молодыми людьми, *группа демонстративно-шантажных суицидов* находится на 2-м месте в перечне всех причин аутоагрессивного поведения. Наличие демонстративной акцентуации подтверждено у 23,4% суицидентов-мужчин – это тем более важно для понимания их суицидальных тенденций, что для мужского психотипа более характерна тенденция к когнитивному, рациональному типу реагирования. Указанная же демонстративная акцентуация подчеркивает эмоциональную нестабильность, авантюристичность лиц, попытки привлечь к себе внимание часто рискованными, неуравновешенными поступками. В женской выборке к демонстративно-шантажным действиям способствуют следующие выявленные акцентуации: экзальтированная – 27,3% испытуемых, возбудимая – у 22,8% женщин, демонстративная – у 13,6%, такое же количество женщин имеют тревожную акцентуацию. Женщины, имеющие демонстративную акцентуацию, стремятся любой ценой обратить на себя внимание, претендуют на оригинальность при отсутствии смысла. Таким образом, демонстративно-шантажные суициды можно назвать одним из проявлений инфантилизма и личностной незрелости, неполноценности коммуникативной сферы.

Определенной социальной тенденцией является общее снижение коммуникативной толерантности людей друг к другу. Мы рассматриваем это как общее снижение культуры общения в обществе, которое в определенной степени пропагандируются низкопробной кино- и телепродукции, где развязность, брань, грубость, циничность демонстрируются как образец крутости, храбрости и самостоятельности героя (будь-то мужчина или женщина). Как следствие, такая

демонстрация становится образцом для наследования у преобладающего большинства молодежи, поскольку не требует особенных личностных усилий для реализации в поведении. К тому же, развязность, хамство никогда в нашем современном обществе не являются предметом осуждения (или наказания) особы, которая совершила по отношению к другому человеку неприемлемый поступок или кого-то обидела (вспомним хотя бы поведение водителей маршруток, рыночных торговцев, младшего медицинского персонала – продолжите далее), а безнаказанность становится основой для цепной реакции.

Снижение коммуникативной культуры проявляется в намерении отдельных лиц самоутвердиться в общении за счет других, когда самыми главными и заслуживающими внимания являются только их собственные переживания и неудачи, собственный успех и умения, самолюбование личностными чертами и эгоистичность. У преобладающего большинства лиц наблюдается преобладание определенного коммуникативного и поведенческого «сценария» реагирования: обиды, эгоцентричность, грубость, общение с позиции претензий, предубежденность, сосредоточенность на собственной персоне, собственных «достоинствах» (особенностях), отсутствие адаптированного реагирования на изменение ситуаций взаимодействия. Нарушение социальных связей и неудач во взаимодействии, деятельности, отчужденность «значимых близких», несовпадение собственной самооценки и оценки другими и, как следствие, длительное пребывание в условиях дискомфорта, конфликта может вызывать стойкие деструктивные переживания, неуравновешенные поступки, вплоть до суицидальных.

Мы уже называли в качестве суицидоопасных ряд социологических факторов, которые проявляются в массовых настроениях, стереотипах, эмоциях, существующих в обществе установках и т.д.

Одним из существенных факторов, являющегося крайне распространенным в современном обществе, и который играет значительную роль в формировании и закреплении определенного сценария, стиля жизни является *алкогольная и никотиновая пропаганда* как социально одобряемый образец способа жизни. Например, в Украине по данным опроса Государственной службы статистики привычку курить имеет каждый пятый украинец (18,7%) в возрасте 12 лет и старше, из которых 38% курят более 20 лет. Среди взрослых мужчин курит 43% лиц в возрасте 18-59 лет и 23% лиц нетрудоспособного возраста. Сообщили, что курят, 7% женщин в возрасте 18-58 лет, а среди подростков в возрасте 16-17 лет курят 6% юношей и 2% девушек. Среди курящих украинцев 35% в среднем выкуривают за сутки от 6 до 10 сигарет, 32% – от 16 до 20 сигарет [4]

В России курят более 15% подростков 13-15 лет, хотя десять лет назад эта цифра составляла 12%, сообщает Минздрав РФ со ссылкой на опросы ВЦИОМ и фонда «Общественное мнение». По итогам опросов, в среднем дети начинают курить в 13 лет, а зависимость от курения у этой группы подростков формируется к 15 годам. Среди тех, кто начинает курить регулярно – примерно

15 % мальчиков и 1% девочек. Если раньше, по наблюдениям ученых, можно было прогнозировать, что в некурящей семье вырастут некурящие дети, то сегодня эта тенденция не оправдывается. Нередко поведение родителей не является примером для подражания их детям. Следовательно, образцы поведения дети берут из других источников, например, социально навязываемых стереотипов поведения.

Так же помимо школы растет число курильщиков в колледжах и вузах. Среди студентов от никотиновой зависимости страдают примерно 75 % юношей и до 55% девушек. Женщины стали курить больше – количество никотинзависимых дам выросло до 14% в 2016 году [5].

Подобная социальная мода является провоцирующим фактором саморазрушающего поведения. На 1-м месте среди студенческих суицидов как раз и находятся попытки, совершенные в алкогольном и наркотическом опьянении. На наш взгляд, это является показателем представлений молодых людей о стиле жизни, невозможности построения и формирования собственного видения жизненного ценностного диапазона, оказывается результатом навязчивой агрессивной пропаганды «легкого» бездумного существования, существующего сейчас в средствах массовой информации. Вообще, роль средств массовой информации в создании деструктивного жизненного пространства личности, что временами напоминает психологический терроризм, понятен подавляющему большинству ученых-психологов, которые пытаются об этом говорить, информировать общество о существующих тревожных тенденциях. Вот что пишут об этом Л.Э. Орбан-Лембрик, Н.В. Абдюкова: «Подталкивание к самоубийству внушается сюжетами произведений массовой культуры, виртуальным сочувствием герою книги, телепередачи и т.п. Проявлениям неадекватного поведения (жестокости, апатии, утраты смысла существования, одиночества, конфликтности и под.) способствует употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, подражание «значимому» герою, сцены насилия, модели самоубийства, искаженное восприятие сексуальной реальности» [7, с.124].

При помощи средств массовой коммуникации (СМК) сегодня пропагандируются нормы и образцы поведения в обществе, утверждается система социальных ценностей, моделируются стили отношений и усваиваются модели решения проблем, что происходит путем включения механизма подражания, особенно у молодежи и подростков.

Последнее время СМК превратились в средство массового программирования, поскольку их влияние на зрителя (будь то теле- или интернет-контент) происходит не только на уровне убеждения, с использованием логических аргументов, а на уровне внушения, манипуляции, путем апелляции к подсознательным механизмам психики, авторитетности, популярности и эмоциональности.

Распространенность экранного насилия приводит к его просмотру в огромных количествах. Особенно это касается молодежной аудитории. Целый

ряд экспериментальных исследований доказывают, что просмотр сцен насилия увеличивает уровень агрессивного поведения зрителя как в кратковременной, так и в долгосрочной перспективе [8, с.330]. В целом проведенные в разных странах исследования свидетельствуют, что подобный контент экранных искусств прямо коррелирует с возрастанием количества убийств и изменением отношения к ценности человеческой жизни. События реальной жизни подтверждают, что увиденное на экране воспринимается значительным количеством неуравновешенной аудитории как руководство к действию.

Согласно исследованиям Дж. Гербнера, В. Бельсона, Л. Ирона, Р. Хьюсманн известно, что на момент окончания средней школы ребенок просматривает около 8 тыс. сцен с убийствами и 100 тыс. других действий с применением насилия [6, с.351]. В опросе 208 осужденных каждые 9 из 10 отметили, что способы осуществления противоправных действий они почерпнули из телевизионных криминальных программ и интернет продукции.

В современной культуре, на наш взгляд, существуют довольно специфические психологические факторы, способствующие увеличению общего количества негативных эмоций, которые проявляются в виде тревожности, страхов, навязчивых состояний, агрессии, и которые одновременно усложняют их психологическую переработку. Целый ряд специфических ценностей и установок, среди которых, например, культ силы и жестокости, культ вседозволенности, поощряются и культивируются в социуме. В результате этого такие установки превращаются в достояние индивидуального сознания, создавая склонность к эмоциональным расстройствам [2].

Если человек все время пребывает в условиях определенного по содержанию информационного пространства, то через некоторый период времени он перестает воспринимать даже крайне деструктивную информацию как вызывающую возмущение, моральное отторжение, неприятие. Если ранее пьянство воспринималось как негативное, осуждаемое социальное явление, то сейчас рекламой, кинопродукцией пропагандируется образ успешного, веселого, беспечного, довольного собой молодого человека обязательно с бутылкой пива или с подобным атрибутом – и только так можно достичь желаемого успеха и ощутить душевный прилив сил. Такая установка воспринимается как типичный сценарий поведения и через какой-то промежуток времени становится частью индивидуального сознания, собственной ценностной системы, мешает формированию каких-либо отличных от стереотипа форм организации жизни.

Влиянию просмотра телевизионных передач на возрастание уровня тревожности подростков была посвящена наша отдельная публикация [2]. Отдельного обсуждения заслуживает интернет-контент и его влияние на саморазрушающее поведение личности.

В целом, можем констатировать, ценности, установки, образцы поведения, декларируемые экранными искусствами, часто демонстрируют сомнительное нравственное содержание, но поскольку для влияния на зрителя средства массовой коммуникации используют большое количество различных методов

влияния и средств манипуляции, среди которых внушение, заражение, стереотипизация, смещение смыслов, подмена понятий, апелляция к авторитетам, эмоциям, подсознательным влечениям личности, то для молодого человека это становится основой для оценивания себя и других, самоидентификации и построения жизненной перспективы, формирования представлений касательно образа успешного человека.

Преобладание негатива в информационном пространстве личности, длительное пребывание в деструктивных условиях приводит к тому, что человек находится в состоянии перманентной тревожности, ожидания непредсказуемых событий, в состоянии стойкой экопсихологической напряженности, что может выступать факторами, провоцирующими суицидальное поведение.

Перечисленные реалии жизни вызывают чувства тревоги и страха, питают и поддерживают неуверенность в завтрашнем дне. *Пессимистическая установка* подкрепляется постоянно присутствующими в социуме негативными событиями и ситуациями, что и приводит к формированию такой установки в сознании личности. На основе предыдущего опыта человека закрепляется на сознательном и подсознательном уровнях и в дальнейшем начинает активно регулировать поведение личности. Такая позиция является типичной для молодых суицидентов, в нашей выборке откровенно пессимистические настроения характерны 87% респондентов. Безусловно, в проблемных жизненных обстоятельствах такие настроения подводят человека к безысходности, неверию в позитивные изменения в жизни.

Формированию суицидальных тенденций в поведении способствует такой фактор как *одиночество*, поскольку часто отражает невозможность человека найти общий язык с другими людьми, быть понятым другими, способность к близким контактам, переживание глубокого психологического кризиса, что в совокупности может стать толчком к самоубийству.

В результате бесед с респондентами и наблюдений в ходе реабилитационных мероприятий выяснено, что среди 100% мужской выборки женатыми были 22,7% мужчин, 9% из которых имели детей. 77,3% мужчин были одинокими, из которых 17,65% были разведены. Среди женщин: 13,6% – замужем (у двоих есть ребенок), остальные 86,4% – одиноки.

Для нашей социально-экономической действительности типично характерным суицидогенным фактором является сложное материальное положение. Респонденты нашей выборки – все учатся, среди мужчин 31,8% параллельно работают, а среди женщин – 18,2%. В ходе беседы преобладающее большинство жаловались на экономическую нестабильность, ведь она порождает проблемы, связанные с питанием, проживанием, необходимыми вещами, обеспечением определенного уровня организации жизнедеятельности. Будущее выглядит неопределенным, а самоубийство рассматривается как решение ситуационной дилеммы.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования мы можем выделить ряд социально – психологических факторов, которые могут при

определенных условиях провоцировать суицидальные тенденции молодых людей:

– *негативно окрашенное жизненное пространство личности*. Нарушение психологической экологичности жизненного пространства личности отражает ситуации и переживания, которые не дают возможности позитивно воспринимать окружающий мир. Насыщенность негативными переживаниями, факторы, провоцирующие возникновение тревожности, страха, неуверенности в будущем, влияют на способность молодого человека быстро и адаптивно реагировать на них. Названный суицидогенный фактор требует от человека значительных адаптационных возможностей к социально-экономическим, политическим, социально-психологическим условиям, нормам общества, а также приспособление существующих норм к собственным ценностным системам и установкам, формированию адекватных копинговых стратегий;

– *общественные настроения и тенденции, социокультурные аспекты жизни социума* – система ценностей, отношений и настроений в обществе, на фоне которых разворачивается жизнь человека. Если в этой системе человек – не главная ценность, а направленность личности как главный внутренний стержень не отличается стойкостью, целостностью и гармоничностью, это может, в конце концов, привести личность к слому;

– *социальная напряженность* (она может быть одной из характеристик жизненного пространства личности) – экстремальные события (военные действия), социальные изменения, неопределенность, повышенная политизация, недовольство социальной ситуацией, высокий уровень преступности, беззаконие, отсутствие порядка и стабильности – такой фон оказывает деструктивное давление, провоцируя личность с нестойкими личностными чертами к неадекватному, неуравновешенному поведению;

– *социализация личности* – от этого процесса освоения социальных норм, ценностей, общественного опыта, социальных ролей и формирования собственных характеристик, необходимых для адаптации в социуме, зависит развитие личности в конкретных культурно-исторических условиях. Проблема социализации личности часто приводит к социально-психологической дезадаптации, что может выступать как суицидоопасный фактор;

– *особенности межличностного взаимодействия и коммуникативные навыки человека*. Человек – существо социальное, и его коммуникативные способности дают возможность чувствовать себя комфортно в человеческом сообществе. Если же неспособность устанавливать позитивные отношения между людьми, наличие постоянных противоречий во взаимоотношениях, что становится причиной как для межличностных, так и внутриличностных конфликтов, если все это становится характерной особенностью жизни человека, то в кризисные моменты жизни может привести к суицидоопасным мотивам в поведении;

– *проявление инфантилизма и личностной незрелости* молодых людей – именно эти особенности чаще всего, среди прочих других, провоцируют демонстративно-шантажные и подражательные суициды;

– *общее снижение терпимого отношения людей друг к другу* как тенденция времени;

– *пессимистическая установка* по отношению к жизни;

– *одиночество* как социально-психологическое явление, которое на сегодняшний день приобрело широкое распространение в социуме – ощущение субъективной изолированности среди большого количества людей, которым ты безразличен, невозможность быть понятым и принятым (в том числе близкими людьми), неспособность поддерживать близкие, эмоционально теплые отношения;

– *влияние средств массовой коммуникации* – на наш взгляд, это один из факторов невротизации психики – мощное информационное давление с преобладанием тревожной, негативной информации, агрессивная алкогольная и никотиновая пропаганда создают основу для построения определенного жизненного сценария, а в данном информационном контексте он не может быть позитивным.

Важно отметить, что на современном этапе развития нашего информационного пространства возникает острая необходимость внести существенные коррективы в содержание информации, звучащей ежеминутно и проникающей постоянным потоком в сознание людей. Создается впечатление, что жизнь людей проходит в условиях тотальной психологической атаки информацией деструктивного характера. Мир кажется непригодным для жизни и враждебным. Для развивающейся психики это является крайне негативным фактором влияния. Поэтому если мы хотим вырастить психически здоровую нацию, вопрос содержания информационных потоков должен решаться на государственном уровне (несмотря на чьи-то приватные финансовые интересы) с предоставлением приоритетов духовным, нравственным, национальным ценностям, гуманизации жизненного пространства личности;

– *социально-экономические условия* (проблемы личности, связанные с экономической нестабильностью в стране; финансовая несостоятельность, сложное материальное положение, неуверенность в завтрашнем дне; нарастание тревожности, связанной с постоянными изменениями ситуации в политикуме и экономике, приводящие к отсутствию стабильности и утрате чувства справедливости и порядка).

Суицидальное поведение молодых людей – это деструктивный способ выхода и реагирования на сложные жизненные ситуации, на кризисный этап жизни. Таким образом, усилия психологической науки в работе с молодежью должны быть направлены на формирование у молодых людей способности к адекватной адаптации в сложных социально-экономических условиях, на формирование целостной и гармоничной внутренней организации.

Литература

1. Баришева О.І. Психологічні особливості суїцидальної поведінки студентської молоді. //Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008 . – № 46. – С. 148-156.
2. Баришева О.І. Психологічний аналіз глядацького вибору підлітка та пов'язаного з телепереглядами розвитку тривожності. //Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. – № 15 (39). – С.133-140.
3. Ганзін І. Проблеми суїцидальної поведінки //Довіра і надія: Інформаційно-методичний бюлетень. – №4, 1996: Телефон довіри /Упорядник та відпов. за вип. Н.О. Мостіпан. – К.: А.Л.Д., 1996. – С.26-30.
4. Источник: <https://vokrugsveta.ua/lajfstajl/skolko-kurilshhikov-v-ukraine-18-03-2018>.
5. Источник: <https://rg.ru/2018/10/24/v-rossii-vyroslo-chislo-kurilshchikov-sredi-podrostkov-i-studentov.html>
6. Майерс Д. Социальная психология. Интенсивный курс. – СПб, 2000. – 512 с.
7. Психологія суїциду: Посібник /За ред. В.П.Москальця. – К.: Академвидав, 2004. – 288 с.
8. Харрис Р. Психология массовых коммуникаций. – СПб, 2003. – 448 с.

2.5 Суицидальное поведение как социопсихиатрическая проблема.

С.В. Титиевский

Суициды остаются одной из важнейших проблем здравоохранения и общества, являясь наиболее частой причиной обращения для оказания ургентной психиатрической помощи. По показателям смертности суициды занимают 11 место в ряду других медицинских заболеваний и состояний [51]. В США ежегодно происходит свыше 33 000 завершённых суицидов [16]. Этот показатель эквивалентен 91 суициду в день и одному суициду каждые 16 минут. Безусловно, далеко не каждая суицидальная попытка сопряжена с трагическим исходом. Количественное соотношение завершённых суицидов к суицидальным попыткам составляет, в среднем, 1:8 [35]. Тем не менее, каждая попытка увеличивает риск смерти, получения серьёзного физического увечья и психологического страдания. Ещё одна крайне важная проблема заключается в том, что, пациенты или, точнее, лица, совершившие суицидальную попытку, в последующем нередко её повторяют. Этот показатель соответствует 20-25%,

причем в 1% случаев в течение годового катамнеза повторный суицид заканчивается летальным исходом [40].

Самоубийство не имеет единой причины, а причины и предикторы самоубийств и суицидальных попыток варьируются у разных людей. Из-за этой неоднородности большинство факторов риска составляют небольшую долю дисперсии в прогнозировании смертей от самоубийств. Различия в риске и защитных факторах у разных людей привели к интересу к их машинному изучению и связанным с ним подходам для выявления лиц с повышенным неизбежным риском самоубийства с целью вмешательства для предотвращения смерти. Применение алгоритмов машинного обучения в системах здравоохранения может потенциально использоваться для идентификации лиц с высоким риском и обеспечения мониторинга и помощи для предотвращения страданий и смерти [12].

Демография суицидов.

Возраст. Распространенность суицидов и летальность существенно варьируют в различных возрастных группах [42]. Частота суицидов наиболее высока в возрасте от 15 до 34 лет, а летальность – у пожилых людей. В молодой популяции 1 суицид приходится на 100-200 попыток, а у пожилых старше 65 лет этот показатель соответствует 1:4 [25]. Тем не менее, у молодых в возрасте от 25 до 34 лет суицид является 2-й по частоте причиной смерти, а в диапазоне 14-24 года – 3-й, охватывая 12% всех случаев. Несмотря на общее снижение уровня подростковых суицидов в развитых странах, в среднем, на 25% за последнее десятилетие, эта проблема по-прежнему остается крайне актуальной. Уязвимость данного возраста связана с психологическими (новые впечатления, контакты, мысли о будущем и т.д.) и физическими (изменения тела вследствие гормональной перестройки) факторами. Эти изменения могут влиять на аффект и приводить к нарушению адаптации, повышая риск суицида.

В возрастной популяции старше 65 лет характерным является более высокий уровень суицидов после 70 и, особенно, после 80 лет [36].

Пол. Смертность от самоубийств выше у мужчин: суицид как причина смерти занимает 8 место у мужчин и 16 у женщин. Суицидальные попытки чаще встречаются у женщин: в течение жизни женщины совершают в 2-3 раза больше суицидальных попыток, но, при этом, мужчины почти в 4 раза чаще погибают вследствие завершеного суицида [36].

Факторы риска суицида.

Очевидно, что эта область к настоящему времени является достаточно хорошо изученной. Представляется крайне важным определение наличия факторов риска суицида у конкретного пациента. Как правило, присутствуют несколько факторов риска. Поэтому необходимо оценивать их взаимодействие, поскольку очень часто оно может иметь кумулятивный характер. В качестве примера: наличие у пациента клинически очерченной депрессии и, одновременно, злоупотребления алкоголем. В данном случае риск будет достаточно высоким, поскольку алкоголь повышает импульсивность больного.

Важнейшими демографическими параметрами, влияющими на риск суицида, являются семейное положение, возраст, пол, сексуальная ориентация и расовая/этническая принадлежность [40]. Брак считается в данном случае важным и мощным протективным фактором. Одинокие, в-первую очередь, вдовцы и разведенные, преобладают среди суицидентов. Этот фактор имеет большее значение для мужчин, особенно в пожилом возрасте, где он приобретает буквально драматическое значение. Среди пожилых мужчин, ставших жертвой суицида, почти 84% одиноки [36].

Влияние возрастного фактора на суицидальный риск необходимо рассматривать также в контексте пола и расовой/этнической принадлежности. Так, возраст старше 65 является фактором риска суицида у мужчин-европейцев и у женщин азиатской расы [10]. Смертность от самоубийств часто высока среди американских индейцев и коренного населения Аляски [12].

Среди молодых до 30% суицидов и суицидальных попыток связаны с «сексуальной самоидентификацией», то есть имеют сексуальный контент, особенно у представителей сексуальных меньшинств [10]. В целом, статус сексуального и гендерного меньшинства связан с повышенным риском смертельных и нефатальных суицидальных попыток [12].

Психические расстройства. Считается, что подавляющее большинство (до 90%) лиц, совершивших суицид, имело психическое заболевание [1, 4, 10]. У суицидентов, страдающих тем или иным психическим расстройством, доминируют шизофрения и депрессивные состояния различного генеза [2].

В методических рекомендациях А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [2] частота суицидов в нозологическом аспекте расположена в следующем порядке: шизофрения, алкоголизм, психопатии, органические заболевания центральной нервной системы. В.Е. Цупрун [9] считает наиболее суицидально опасными реактивные депрессии. За ними следуют психопатии, аффективные психозы и шизофрения. N. Goidring, R. Fiever [24] на первое место выдвигают циркулярную депрессию. Л.И. Видманова [3] подчеркивает большую роль ларвированной депрессии. Об этом же пишут Т. Наел, Р. Кельholz [26]. По мнению Р.Г. Липанова [6] чаще других заболеваний к суицидам приводят неврозы, алкоголизм и психопатия. Что касается завершенных суицидов, то на первые места этот автор ставит алкогольные психозы, прогрессивный паралич, маниакально-депрессивный психоз и шизофрению.

Суицид – наиболее частая причина преждевременной смерти больных шизофренией/шизоаффективным психозом, особенно тех, у кого имелся высокий преморбидный уровень социального функционирования [5, 10, 21]. Риск суицида для больных с этим диагнозом составляет 10-13 % и приближается к таковому при аффективных расстройствах [21, 29]. Имеется четкая тенденция повышения риска суицида непосредственно после госпитализации [42]. Есть основание подчеркнуть, что большинство пациентов с диагнозом шизофрении применяют высокотравматичные способы суицида [46]. Суицидальные попытки у больных шизофренией характеризуются более высокой летальностью, а также

большей тяжестью наносимых повреждений, чем в целом в популяции [5, 42]. В других исследованиях, напротив, утверждается, что среди данной категории пациентов не менее часто, чем в общей популяции, применяются «мягкие» способы суицида, например, отравление медикаментами [21].

Аффективные расстройства, психозы, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства личности также характеризуются достаточно высоким уровнем суицидов. Конечно, в первую очередь, риск суицида мы предполагаем и оцениваем в депрессивной фазе. В ещё большей степени суицидальный риск возрастает при смешанных состояниях у больных биполярным аффективным расстройством (так называемые «улыбающиеся» депрессии) [1, 10]. У пациентов с аффективными расстройствами риск выше при наличии коморбидной патологии (злоупотребление алкоголем, тревога и панические атаки, стойкая инсомния) [1, 10].

В целом, наличие коморбидной психической патологии повышает риск суицида. В частности, показано, что, в среднем, у пациента, совершившего суицид, имеется «2,36 психиатрических диагнозов» [11]. Наиболее частыми вариантами сочетаний являются коморбидность депрессии со злоупотреблением психоактивными веществами или личностным расстройством [10, 42]. Также необходимо отметить высокую сопряженность феноменов агрессии и аутоагрессии. Так, у лиц, совершивших суицид, часто наблюдались эпизоды агрессии в прошлом [42].

Симптомы тревоги, а также витальные переживания (чувство душевной боли) являются факторами, повышающими риск суицида при депрессии [20]. Кроме того, в некоторых клиничко-психологических исследованиях в качестве «кульминационного» фактора рассматривается чувство безысходности [32]. К другим маркерам суицидального поведения относятся сниженная самооценка, чувство стыда, собственной никчемности, которые, выражаясь психологическим языком, «у ранимых личностей могут приводить к труднопереносимой нарциссической травме», провоцирующей суицидальные тенденции [10]. Нарушение сна также может быть индикатором возникшего риска самоубийства [12].

В целях сравнительного анализа различных аспектов суицидального поведения психически больных и здоровых лиц Титиевским С.В. и соавт. [8] были обследованы отобранные методом случайной выборки 30 больных с суицидными тенденциями, страдающих психическими расстройствами (1-я группа), и 25 лиц без психических расстройств, поступивших в психиатрическую больницу в связи с совершенной суицидальной попыткой (2-я группа). Проведено клиническое исследование с использованием сокращенного варианта Шкалы суицидальной направленности (SIS) [7, 46, 49].

В группе психически больных явно преобладал диагноз шизофрении – у 13 человек (43,3%). В их числе были как впервые заболевшие, так и пациенты с повторными госпитализациями и многолетним течением болезненного процесса. Второе место (6 человек, 20,0%) принадлежало группе реактивных психозов,

куда вошли реактивные депрессии, параноиды и аффективные реакции истерического типа (в соответствии с МКБ-10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43), острые и транзиторные психотические расстройства (F23), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)). У 4 больных (13,3%) был диагноз рекуррентного депрессивного расстройства, у 3 (10,0%) – сосудистые психозы (в соответствии с МКБ-10: делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05), другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (F06)). Двое больных (6,7%) лечились по поводу расстройств личности (F6) и двое (6,7%) – в связи с алкоголизмом (F10).

Среди конкретных симптомов, послуживших причиной суицида, преобладали депрессия (12 случаев) и депрессивно-параноидные проявления (4), а также императивные и устрашающие галлюцинации (6), бредовые идеи самообвинения и преследования (4). Два человека страдали мучительными сенестопатиями и столько же – дисфорией.

Что касается группировки причин суицидов, то на первом месте находится острая психопатологическая симптоматика, соответствующая основному диагнозу (15 больных). Она отмечена как в период дебюта заболевания, так и во время рецидивов. Это особенно характерно для повторных приступов рекуррентного депрессивного расстройства, параноидной шизофрении. Психотравмирующая ситуация послужила поводом для суицида у 12 больных. В двух случаях психотравма сочеталась с алкогольным опьянением, в одном – с обострением процессуального заболевания.

1. Обследованные лица без психических расстройств были распределены в соответствии с рекомендуемой А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [2] классификацией акцентированных характерологических реакций следующим образом:

- 1) реакции эгоцентрического переключения – 9 (36,0 %) человек;
- 2) реакции психалгии (душевной боли) – 2 (8,0 %) человек;
- 3) реакции негативных интерперсональных отношений – 6 (24,0 %) человек;
- 4) реакции отрицательного баланса – 5 (20,0 %) человек;
- 5) реакции смешанные и переходные – 3 (12,0 %) человек.

Наиболее часто способом суицидальной попытки психически больных было отравление (11 случаев, 36,7 %), причем среди данного контингента этот способ встречался достоверно чаще, чем во 2-й группе обследованных, где этот способ оказался третьим по частоте. В основном, отравление в обеих группах совершалось путем приема внутрь больших доз лекарственных препаратов. Психически больные для этого использовали, как правило, нейролептики, а исследуемые второй группы – транквилизаторы. Следующим по частоте способом у психически больных было ранение острыми предметами (8 случаев, 26,7 %). В 75 % случаев это были порезы поверхностных вен предплечий, в 25 % – порезы шеи и ранение в грудную и брюшную полости. Во 2-й группе ранения острыми

предметами совершались чаще (11 случаев, 44,0 %) и были первым по частоте способом суицида, причем ранения в полости составили только 9,0 % от всех самопорезов. Третьим по частоте у психически больных оказался способ самоповешения (4 случая, 13,3 %), доля его во 2-й группе составила 32,0 % (у 8 человек), и здесь он был вторым по частоте. Таким образом, два последних способа достоверно чаще ($p < 0,05$) использовались лицами без психических расстройств. Падение с высоты оказалось достаточно редким способом – 3 случая (10 %) в 1-й группе, 1 (4 %) – во 2-й; достоверно чаще ($p < 0,05$) к нему прибегали пациенты с диагнозом шизофрении. Такие высокотравматичные способы, как падение с высоты, под движущийся транспорт, полостные ранения, электротравма и их комбинации, достоверно чаще ($p < 0,05$) использовались в 1-й группе.

Суицидальные попытки в анамнезе отмечены у 36,7 % пациентов 1-й группы и у 20 % обследованных 2-й группы. В большинстве случаев в обеих группах (66,7 % – в 1-й и 76,0 % – во 2-й) способ последней суицидальной попытки совпадал со способом предыдущей.

Для оценки обстоятельств суицидальной попытки использовалась Шкала суицидальной направленности [46, 49], ряд пунктов которой представлен в таблице. Каждый из пунктов оценивался по двухбалльной системе:

- изоляция: 0 – присутствие постороннего во время суицидального акта, 1 – посторонний находится неподалеку или в контакте (в том числе телефонном), 2 – отсутствие посторонних и контактов с ними;
- суицидальная записка: 0 – не написана, 1 – были мысли ее написать, 2 – наличие записки (либо написана и порвана);
- сообщение о намерении перед попыткой: 0 – нет, 1 – неопределенное сообщение, 2 – определенное сообщение;
- цель попытки: 0 – манипуляционная, 1 – временный отдых, 2 – смерть;
- представление о летальности способа: 0 – пациент совершил менее того, что считает смертельным, 1 – думал, что самоповреждение может быть смертельным, 2 – действия пациента превышали представления о летальности способа;
- преднамеренность: 0 – импульсивно, 1 – попытка обдумывалась в течение 3 часов или менее, 2 – более 3 часов.

В состав шкалы, кроме указанных пунктов, входят также пункты о мерах по предупреждению обнаружения и вмешательства, действиях по привлечению помощи после попытки, последних действиях перед попыткой, степени планирования и ряд других. Действия обследованных оценивались по каждому из пунктов. Групповые различия оценивались как по каждому пункту, так и по совокупной сумме баллов всех пунктов шкалы в каждой группе и по их средним показателям.

Угроза жизни оценивалась отдельно по тяжести соматических последствий, необходимости специализированной медицинской помощи (0 – отсутствие угрозы, 1 – сомнительная угроза, 2 – реальная угроза).

Как видно из приведенных в таблице 2.1 данных, совокупная сумма баллов 1-й группы оказалась значительно выше, чем 2-й. В 1-й группе показатели достоверно выше по следующим факторам: цель попытки, представления о летальности способа, степень преднамеренности и угроза жизни.

Таблица 2.1

Обстоятельства суицидальной попытки

Фактор	Первая группа		Вторая группа		p
	Сумма баллов	Средний балл	Сумма баллов	Средний балл	
Изоляция	73	1,21	61	1,0	>0,05
Суицидальная записка	17	0,31	8,0	0,46	>0,05
Сообщение о намерении перед попыткой	23	0,38	28	0,46	>0,05
Цель	97	1,61	59	0,97	<0,0001
Представления о летальности	77	1,31	61	1,0	0,02
Преднамеренность поступка	70	1,14	29	0,47	<0,0001
Совокупная сумма баллов	967	15,9	670	11,0	<0,0001
Угроза жизни	70	1,15	48	0,79	<0,02

Полная изоляция выявлена приблизительно у 35 % обследованных (в каждой группе), частичная – у 46,7 % пациентов 1-й и 36 % – 2-й группы. Сообщения о суицидальных намерениях (в том числе, и в форме намека) зарегистрированы в 33,3 % случаев в 1-й группе и в 40 % – во 2-й. Пациенты 1-й группы значительно реже обследованных 2-й группы совершали суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения (6,7 и 56 % соответственно, $p<0,05$).

Таким образом, среди стационарных пациентов, поступивших в психиатрическую больницу в связи с совершенной суицидальной попыткой, в данной отобранной случайным методом выборке, преобладают лица, страдающие шизофренией и реактивными психозами. Причинами суицидального поведения психически больных являются, в основном, острая психотическая симптоматика и психотравмирующие ситуации. У лиц без психических расстройств суицидальное поведение более чем в трети случаев связано с реакциями эгоцентрического переключения.

Степень суицидальных интенций аутоагрессивных актов психически больных значительно выше, чем в группе лиц без психических расстройств. Об этом свидетельствуют следующие факты: более высокая совокупная сумма баллов и превосходящие показатели Шкалы суицидальной направленности; меньшая амбивалентность в выборе цели попытки (реже – смерть, чаще – временный отдых); превышение или соответствие аутоагрессивных действий субъективным представлениям о летальности способа (например, прием больших доз препаратов с явно непредсказуемыми последствиями); большая длительность пресуицидального периода, соответственно, меньшая импульсивность акта; более серьезные соматические последствия аутоагрессии (оцениваемые в большинстве случаев как реальная, реже – сомнительная угроза жизни); редкое употребление алкоголя перед суицидальным актом; преобладание утреннего и дневного времени совершения суицидального акта (меньшая вероятность помощи посторонних); более частое, чем в группе психически здоровых, использование высокотравматичных способов суицидальных попыток; большая частота повторных суицидальных попыток в анамнезе.

Как и лица без психических расстройств, психически больные чаще используют «мягкие» способы суицидальных попыток. Однако существенной является разница в выборе этих способов. Больные шизофренией предпочитают передозировку психотропными препаратами, что по соматическим последствиям, как правило, тяжелее, чем большинство ранений острыми предметами, которые часто используются лицами без психических расстройств.

Профилактическая работа по предупреждению суицидов психически больных необходима, прежде всего, при шизофрении и реактивных психозах.

С повышенным риском самоубийства могут быть связаны также и некоторые виды лечения (например, стероиды и их отмена) [12].

Психосоциальные факторы. К так называемым стрессорным факторам, связанным с повышенным риском смертельных и нефатальных суицидальных попыток, относятся: потеря близкого человека, конфликты с близкими родственниками, экономические трудности, отсутствие социальной поддержки, увольнение, лишение/ограничение свободы, буллинг (запугивание), склонение к самоубийству и другие формы психосоциального стресса [10, 42].

Кроме того, владение оружием или доступ к нему при наличии аффективной патологии, особенно с коморбидным злоупотреблением психоактивными веществами, существенно повышает риск суицида [35].

Детская травма. Известно, что перенесенная детская травма, особенно эпизоды физической и сексуальной агрессии, сопряжена с формированием во взрослом возрасте тяжелых и дезадаптирующих психических расстройств. В первую очередь, – таких как расстройства личности, особенно диссоциативные, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения пищевого поведения и злоупотребление психоактивными веществами [17, 42]. Кроме того, для этих пациентов характерны импульсивность, эмоциональная лабильность и

склонность к нанесению самоповреждений [27]. Наличие данных симптомов утяжеляет клиническую картину имеющихся заболеваний и повышает суицидальный риск.

Fuller-Thomson E. et al. [22] изучили взаимосвязь между неблагоприятным опытом в детстве и суицидальностью во взрослой жизни. Данные были получены из программы обследования канадской коммунальной службы здоровья-психического здоровья 2012 года (2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health) и относились к мужчинам и женщинам в возрасте 18 лет и старше, которые заполнили информацию о неблагоприятных детских переживаниях и попытках самоубийства. Неблагоприятные детские переживания включали сексуальное насилие, физическое насилие и проявления жестокости в семье родителей. В опросе приняли участие 22559 человек. Средний возраст выборки составлял 47 лет; 51% опрошенных были женщинами. В общей выборке 9,8% обследованных подвергались физическому насилию, 5,9% – сексуальному насилию и 4,2% – домашнему насилию со стороны родителей; 3% респондентов сообщили о том, что они пытались покончить с собой. Распространенность суицидальных попыток была значительно выше среди тех взрослых, которые перенесли травму (физическое насилие (12,4% против 1,9% не подвергавшихся насилию) и сексуальное насилие (16,9% против 2,1% не подвергавшихся насилию) в детстве), и тех, кто был свидетелем родительской домашней жестокости (7,3% против 2,3% не сталкивавшихся с домашней жестокостью). Пол не изменял отношений между детской травмой и суицидальностью в зрелом возрасте. Депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами и хроническая боль влияют на некоторые зависимости между детской травмой и взрослой суицидальностью. Из числа данных факторов депрессия составила 25% подобной связи.

Klomek A.V. et al. [34] изучали влияние детского буллинга в своем обзоре проспективных лонгитудинальных исследований детей, над которыми издевались. Дети, которые подвергались издевательствам, имели высокий риск возникновения депрессии и тревожных расстройств в зрелом возрасте. У них также часто была более высокой встречаемость суицидальных мыслей и планов, чем у детей, которые не подвергались издевательствам. Последствия детского буллинга оказались хуже для девочек, чем для мальчиков. В целом, чем выше частота детских издевательств, тем хуже их последствия для взрослых. Эти долгосрочные эффекты детского буллинга обнаруживались даже после лечения предшествовавшей психопатологии.

Детская травма не только приводит к повышенному риску депрессии во взрослом возрасте, но может и повлиять на реакцию при лечении антидепрессантами у взрослых с большой депрессией. Williams L.M. et al. [50] оценивали роль ранних травм в прогнозировании острых ответных реакций на антидепрессанты. Анкета стресса на ранних этапах жизни (Early-Life Stress Questionnaire) использовалась для оценки воздействия 18 видов травматических событий в возрасте до 18 лет. В исследование были включены 1008 взрослых с

большим депрессивным расстройством (БДР) и 336 здоровых людей. Пациенты с депрессией были рандомизированы в отношении эсциталопрама, сертралина или венлафаксина в течение 8 недель. По сравнению со здоровыми пациентами, у пациентов с БДР было значительно больше детской травмы: 62,5% участников с БДР сообщили о более чем 2 травмирующих событиях по сравнению с 28,4% контроля. Уровень сексуального, физического и эмоционального насилия, пренебрежение, свидетельство домашнего насилия и запугивание или отторжение были значительно выше среди пациентов с БДР по сравнению с контролем. Интересно отметить, что общее воздействие травмирующих событий не предсказывало более низкую частоту ответа на лечение антидепрессантами. Именно злоупотребление предсказывало такой исход. Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие в детском возрасте предсказывали более слабую реакцию и ремиссию при лечении антидепрессантами, особенно если это злоупотребление имело место в возрасте 7 лет или меньше. Исследователи предполагают, что клиническое ведение депрессии должно включать скрининг детской травмы для выявления лиц, которые могут не реагировать на начальное лечение антидепрессантами и нуждаться в альтернативной терапии.

Roberts A.L. et al. [41] исследовали связь между материнским насилием в детстве и депрессивными симптомами у подростков и взрослых. Данные были получены от 2 больших лонгитудинальных когорт женщин (N = 8882) и их потомства (N = 11402). Материнская история насилия включала физическое, эмоциональное и сексуальное насилие. Депрессивные симптомы у потомства оценивались по шкалам депрессии. Исследователи также получили информацию о потенциальных медиаторах связи между материнским насилием в детстве и депрессией у потомства. Изученные показатели включали психическое здоровье матери, характеристики семьи (доход, образование, структуру семьи) и опыт жестокого обращения у потомства. Около трех четвертей (73,9%) потомков имели матерей, которые сообщали о некоторых случаях физического, эмоционального или сексуального насилия в детстве. У потомства матерей, которые подвергались жестокому обращению в детстве, были повышенные показатели депрессивных симптомов в возрасте от 12 лет до 31 года. По сравнению с потомками матерей, которые не подвергались жестокому обращению, у тех, чьи матери подвергались насилию в детстве, был более высокий риск сохранения симптомов выраженной депрессии в подростковом и раннем зрелом возрасте. У потомства матерей, подвергшихся жестокому обращению, вероятность появления симптомов выраженной депрессии более чем в 1,5 раза, а риск выраженных депрессивных симптомов – примерно в 2,5 раза выше по сравнению с потомками матерей, которые не подвергались насилию. Чем объясняется связь между жестоким обращением с матерью в детстве и риском развития депрессивных симптомов у потомства? Влияние психического здоровья матери составило 20,9%, семейных характеристик – 0,3% и жестокое обращение с потомством – 30,3%. Данные исследователи рекомендуют проводить скрининг на жестокое обращение в детстве у

беременных женщин и матерей с маленькими детьми, чтобы можно было принять меры для снижения вероятности депрессии у их потомства.

Клиницисты регулярно спрашивают о подверженности жестокому обращению, когда оценивают детей и подростков. Эти недавние исследования предоставляют убедительные данные о неблагоприятных последствиях детской травмы для взрослых, включая более высокие показатели депрессии и суицидальности, более низкую частоту ответа на антидепрессанты и более высокий риск развития депрессивных симптомов у потомства по сравнению со взрослыми, у которых не было детской травмы. Взрослые, а также дети и подростки должны быть проверены на наличие случаев жестокого обращения в детстве в целях принятия соответствующих мер.

Наследственность. До настоящего времени нет определенной доказательной базы о специфическом влиянии генетического фактора, «передающего» пробандам модели суицидального поведения. Вместе с тем, показано, что наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников первой степени сопряжено с более высоким риском суицида [10, 27].

Соматические заболевания. Онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, рассеянный склероз, системная красная волчанка, тяжелая почечная недостаточность, язвенная болезнь, хронические заболевания легких и некоторые другие заболевания ассоциированы с повышенным риском суицида [19]. Вероятно, это связано с длительным болевым синдромом, хроническим течением, нарушением социального функционирования и дезадаптацией. Следует отметить, что среди соматических заболеваний, наряду со злокачественными новообразованиями, выделяются по особо высоким показателям суицидов хронические заболевания легких (бронхиальная астма, бронхиты). Эти данные не находят определенного объяснения, но, тем не менее, они подтверждаются в целом ряде исследований [19].

Современные исследования суицида.

Существует ряд постоянно проводимых исследований по изучению биологических основ суицида. Поскольку самоубийство, по своей сути, является поведением, предопределяемым и находящимся под влиянием множества факторов, его изучение проводится в различных направлениях [48].

Несмотря на то, что разработка «третьего поколения» динамической модели риска самоубийства находится лишь в начальной стадии, его перспектива весьма привлекательна [18]. В отличие от моделей первого поколения, основанных на таких элементах, как экспертное мнение или моделей второго поколения, в которых используются элементы статического риска, модель третьего поколения может включать подвижное, гибкое моделирование статических и динамических факторов риска на основе учета хронического и острого риска. Более изменчивые динамические факторы могут быть восприимчивы к вмешательству психиатров. Нельзя изменить, например, то, что индивидуум старше, что это белый мужчина; однако, обострение расстройства настроения или рецидив расстройства, связанного с употреблением

психоактивных веществ, являются примерами факторов, которые, при адекватном предупреждении их появления, могут быть ослаблены активным вмешательством. Эти новые модели в идеале могли бы способствовать выходу за рамки перечня статических и динамических факторов и обеспечить более специфичные и целенаправленные вмешательства для пациентов с наибольшим риском.

Некоторые исследователи обнаружили генетические и другие биологические корреляции с самоубийством. Основываясь на более ранних исследованиях, которые выявили низкий уровень 5-гидроксииндолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости совершивших завершённый суицид и нарушение у них деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, исследователи сделали ряд открытий, которые могут однажды привести к определению биомаркеров, которые могут быть использованы в клинических условиях в качестве средства предотвращения самоубийств. Многие из полученных на сегодняшний день результатов указывают на серотонинергические и/или адренергические системы и ГГН ось, а также на цитокины и хемокины (воспалительных процессов) как на связанные с настроением и стрессом, а также с повышенным риском самоубийства. Было высказано предположение о том, что эти биомаркеры могут в большей степени коррелировать с импульсивными чертами или расстройствами настроения, чем «ген самоубийства» [48].

Существуют результаты, которые смогут предоставить возможность измерить риск самоубийства пациента, как исходный, так и в периоды, когда имеются клинические признаки его увеличения. Однако, эти тесты не готовы к клиническому применению, и любые заявления о том, что они способны «предсказать» самоубийство, следует рассматривать скептически [48].

В ряде исследований рассматриваются различные фармакологические препараты на предмет суицидальности. Недавний Кокрановский обзор 7 испытаний антидепрессантов, флуфеназина, стабилизаторов настроения, натуральных продуктов и небольшого исследования флупентиксола не обнаружил убедительных доказательств в поддержку или против их использования в качестве вмешательств при самоповреждении [28].

Клиническая оценка.

При клинической оценке пациентов с суицидальными мыслями и поведением требуется очень четкая квалификация психического статуса и имеющихся рисков. В свою очередь, результатом оценки должно быть установление типологии суицида. Однако здесь имеются определенные дидактические трудности, связанные с отсутствием четкого определения суицидального поведения и одновременного существования множества терминов, описывающих схожие поведенческие акты. Кроме того, в клинической практике характерны тенденции в недооценке тяжести и истинности намерений и расширении границ так называемого манипулятивного поведения у лица, совершившего суицидальную попытку. Достаточно четкие и

практически удобные определения различных вариантов суицидального поведения разработаны в Институте психиатрии Нью-Йорка [37]. В них выделяются: истинная, прерванная и остановленная попытки самоубийства, а также несуйцидальное самоповреждающее поведение.

Истинная попытка самоубийства – акт, потенциально направленный против самого себя и совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. При этом, реальные повреждения в результате попытки суицида не обязательны, достаточно потенциальной возможности их нанесения. Примером такого поведения, когда нет повреждений, является осечка при выстреле из оружия.

Прерванная попытка суицида квалифицируется в тех случаях, когда лицу не удается начать действие (его прерывают или имеются другие внешние обстоятельства), потенциально направленное против самого себя.

Остановленная попытка суицида – пациент начинает действия с целью осуществить попытку суицида, но самостоятельно себя останавливает до фактического начала самодеструктивных действий.

Несуйцидальное самоповреждающее поведение устанавливается в тех случаях, когда самоповреждения наносились не с целью умереть, а по другим причинам. Причиной может быть, как внутреннее состояние (для снятия боли, улучшения самочувствия и т.д.), так и внешние обстоятельства (стремление привлечь к себе внимание, сочувствие, а также в некоторых случаях – разозлить себя и т.д.). Принципиальным моментом является то, что желание умереть должно при этом четко и абсолютно отсутствовать.

Ещё одной категорией суицидального поведения являются подготовительные действия. К ним относятся не только действия по приготовлению попытки суицида (приобретение таблеток и т.д.), но и любые приготовления к собственной смерти в результате суицида.

Обязательной оценке также должно подвергаться содержание идеаторной сферы пациентов. Это такие категории как суицидальные мысли, суицидальные намерения и наличие суицидального плана.

Объективная оценка пациента может осложняться его нежеланием или неспособностью представить информацию о себе в необходимом объеме. Очень часто больные стараются преуменьшить тяжесть своих переживаний и скрыть сам факт существования жизненных проблем. Клинический опыт врача здесь крайне важен, но не всегда достаточен. При наличии так называемой кризисной бригады другие специалисты могут привнести важные дополнительные данные. Заключительная оценка больного должна учитывать эту информацию, и только после этого разрабатывается план терапии.

В кризисной бригаде роль психиатра должна быть ведущей. Кроме того, крайне важно быстрое получение объективных данных. Соответственно, уже на самом первом этапе помощи персонал должен самостоятельно активно выходить на контакт с родственниками, друзьями и, при необходимости, даже коллегами пациента для выяснения провоцирующего фактора. Обстоятельство,

непосредственно спровоцировавшее суицид, должно быть выявлено уже при начальной оценке больного. Это позволит минимизировать факторы риска повторных суицидов, целенаправленно начать проведение кризисной интервенции и, наконец, помочь в дифференциации и установлении диагноза.

Психический статус.

Оценка психического статуса в данных случаях имеет свои особенности. Безусловно, необходимы выявление и квалификация ключевого синдрома (депрессии, психоза и т.п.). Вместе с тем, обязательной является оценка наличия отдельных симптомов, которые могут иметь неблагоприятную прогностическую значимость как факторы риска повторных суицидов. К ним относятся импульсивность, возбуждение, тревога, ангедония, чувство безысходности, стойкая инсомния, панические атаки, а также проявления агрессивного поведения [20, 42].

Анамнестические сведения.

Серьезным фактором риска суицидального поведения является наличие суицидальных попыток в прошлом [35, 42]. Предшествующая история суицидальных попыток или самоповреждений является наиболее последовательно воспроизводимым фактором риска смерти от самоубийства и отчетливым предиктором преждевременной смерти от неестественных причин (например, передозировки наркотиков, автомобильных аварий, убийств) [15]. Предыдущая история суицидальных попыток/ самоповреждений, включая несуицидальные самоповреждения, особенно, когда она ассоциировалась с суицидальными идеями и/или депрессией, также является важным предиктором нефатальных суицидальных попыток [12]. Кроме того, необходимо не только установление самого факта различных вариантов суицидального поведения (суицидальные попытки, незавершенные суициды, аутодеструктивное поведение), но и его всесторонний анализ. Это поможет прогнозировать динамику состояния больного в последующие часы, дни и на более отдаленный период. Должна быть собрана детальная информация обо всех обстоятельствах суицидов, их частоте, смысловом содержании и тяжести имевших место повреждений. Оценка этих данных не всегда проста, но очень важна. Например, мы выяснили, что суицидальная попытка предпринята в состоянии алкогольного опьянения. В этом случае опьянение за счет усиления импульсивности может невольно «спровоцировать» суицидальную попытку. Другим вариантом может быть то, что достижение опьянения является составной частью суицидального плана с целью облегчения его реализации. Как мы видим, в первом и втором случаях имеет место различная глубина или тяжесть суицидальных идей и, соответственно, прогноз и тактика ведения больного также должны отличаться. Специалисты, исследующие проблему суицидов, предлагают разделять прошлые попытки по тяжести: с высоким и более низким риском суицида. Если попытка сопровождалась тяжелым нарушением сознания, существенными повреждениями и требовала госпитализации – то она расценивается как тяжелая или имеющая высокий риск суицида [32].

Другой первоочередной мишенью для получения объективных данных является оценка наличия у больного острого или хронического стресса. Понимание актуального психосоциального статуса больного поможет оказать ему целенаправленную помощь и поддержку, что, в свою очередь, снизит риск повторного суицида.

Анализ суицида.

Он включает оценку суицидальных мыслей, суицидальных намерений, суицидального плана и суицидального поведения. Причем, мы должны дать две оценки этих параметров. Первая основывается на актуальном статусе пациента, а вторая, по возможности, проводится ретроспективно на период, предшествовавший суицидальной попытке.

Суицидальные мысли и намерения.

Должна быть определена степень тяжести суицидальных идей. Она основана на соотношении показателей интенсивности и частоты их возникновения. В этом случае необходимо выяснять у пациента: когда они возникают, как часто, может ли он их контролировать, носят ли они навязчивый характер. Основания для суицидальных идей, а также наличие сдерживающих факторов также должно быть предметом анализа. Также необходимо обязательно оценить характер суицидальных идей: пассивны ли они (желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться...) или наполнены активным содержанием, достигая уровня конкретных намерений. Иногда пациенты неохотно беседуют на эти темы либо вовсе их закрывают. В этом случае рекомендуется акцентировать расспрос на будущем больного, попросить его рассказать о своих планах.

Планирование суицида и суицидальное поведение.

Крайне важно установить наличие плана суицида, а также его летальность. Для плана с высокой летальностью характерна практически необратимость суицида. В первую очередь, это план с использованием оружия, падения с большой высоты, самоповешения и автокатастрофы. Также необходимо выяснить, готовился ли пациент к плану и, возможно, репетировал ли он его. Подготовка и «репетиция» свидетельствуют о сильном желании умереть. Обязательное правило: если, по мнению врача, реализация имеющегося плана объективно может не привести к летальному исходу – об этом нельзя сообщать пациенту.

Определение уровня суицидального риска.

Риск определяется врачом на основе обобщения клинических данных и их соотношения с актуальными психосоциальными факторами. К сожалению, к настоящему времени мы не имеем доказательных данных о том, как точно определить риск суицида у конкретного больного. Более того, многочисленные исследования не обнаружили четких предикторов совершения суицида у депрессивных больных. Оценка риска самоубийства может включать решения, часто основанные на информации, которая может быть неполной. Клиницисты принимают решения на основе информации от пациентов, с которыми они часто

встречались. Основанием этих критических решений являются: доступные история и данные; знание эпидемиологических, клинических факторов риска совершения самоубийства и защитных факторов; клиническая оценка; любая информация, которую пациент и дополнительные информаторы могут и готовы раскрыть в рамках клинического обследования. Врачи могут рефлексивно классифицировать пациентов, оцениваемых на предмет самоубийства, руководствуясь своим опытом и догадками [48].

Мотивация суицида может быть самой различной, включая отказ от сопротивления перед непреодолимыми трудностями или желание покончить с кажущимися бесконечными мучительными душевными переживаниями. Известно, что факторы риска суицида в каждом конкретном случае способны к кумулятивному или синергическому взаимодействию. Вместе с тем, наряду с факторами риска необходимо также активное определение факторов, сдерживающих реализацию суицида. К ним относятся: терапевтический альянс, поддержка родных и близких, наличие детей, беременности, религиозность, понимание своих семейных обязанностей, полная занятость, наличие психологических навыков преодоления, таких как способность переживать утрату, потерю или унижение, подвижность психики и наличие определенного жизненного оптимизма [10, 42]. Конечно, установление индивидуального прогноза, даже краткосрочного, для пациента, совершившего суицидальную попытку, является крайне сложной задачей. Базируясь исключительно на клинической оценке, этот прогноз зависит от знаний и опыта врача, от так называемой врачебной интуиции, и, к сожалению, нередко формируется в преломлении через личность самого психиатра и его жизненной позиции. С целью минимизации влияния этих факторов неоднократно предпринимались попытки внедрения в практическую работу в качестве объективного дополнения различных шкал и опросников, оценивающих суицидальный риск [13, 44].

Основной проблемой, связанной с инструментами скрининга самоубийств, является проблема достижения приемлемой чувствительности и специфичности. Базовые скрининговые оценки суицидальности могут предупредить клиницистов-непсихиатров о необходимости дальнейшей психиатрической оценки и/или лечения пациента [48].

Инструменты скрининга самоубийств и оценки риска могут быть полезными дополнениями к клиническому обследованию, но они не являются адекватной заменой для пациентов с повышенным риском. Существует ряд инструментов для скрининга или оценки самоубийств с различной степенью сложности, от 1 или 2 прямых вопросов до более сложных инструментов с каскадными вопросами и точками принятия решений, базирующимися на ответах пациентов или других результатах [30]. Можно определить величину или диапазон (например, высокий, средний, низкий) риска и даже получить рекомендации вариантов лечения для каждой величины или диапазона. Систематическая оценка риска самоубийства важна, и клиницисты могут захотеть «разработать свои собственные систематические методы оценки риска,

основанные на их обучении, клиническом опыте и знакомстве с основанной на доказательствах психиатрической литературой» [45]. Руководство SAFE-T3 Управления по вопросам злоупотребления психоактивными веществами и психиатрической помощи США содержит пример формы для определения риска самоубийства, хотя она должна быть адаптирована к пациенту и ситуации [48].

После того, как суицидальные попытка или идеация обнаружены, клиницисты должны углубиться в вопросы, связанные с планами самоубийства пациента, включая летальность, намерение, средства, стадию планирования и любые детали предыдущих попыток. Руководства, такие как Beck Suicidal Intent Scale [14], помогают оценить серьезность попытки и могут помочь выявить детали планов и намерений, но, все же, должны быть включены в более обширную обработку [48].

Не существует установленного «золотого стандарта» для оценки, хотя есть ряд практических руководств, таких как «Помощь взрослым пациентам с риском суицида: согласованное руководство для отделений неотложной помощи» [47], которое разработано для условий отделения неотложной помощи (ОНП) [48]. Это руководство может использоваться любым клиницистом в ОНП и устанавливает низкий порог того, когда следует запрашивать официальную оценку риска самоубийства у специалиста по психическому здоровью [48]. «Практическое руководство по оценке и лечению пациентов с суицидальным поведением» Американской психиатрической ассоциации [31] предлагает более широкий охват оценки суицидов, хотя оба ресурса содержат полезную информацию и рекомендации [48]. В США для подростков разработан ряд руководящих принципов, основанных на доказательных данных [33].

Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) [38] является полезным инструментом скрининга в некоторых ситуациях и показывает хорошую прогностическую достоверность у подростков [43, 23, 39]. Её разработка и валидизация явились, пожалуй, наиболее успешным шагом в направлении оценки суицидального риска.

За сравнительно короткую историю применения шкала уже успела получить широкое признание как чувствительный и удобный инструмент для оценки тяжести суицида и суицидального риска.

Шкала состоит из четырех модулей (Приложение А):

- 1) суицидальные идеи;
- 2) интенсивность суицидальных идей;
- 3) суицидальное поведение;
- 4) реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток.

Модуль «суицидальные идеи» состоит из 5 пунктов с градацией от более легкого (1-й пункт – желание умереть) до самого тяжелого (5-й – актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерениями). Каждый пункт требует положительного или отрицательного ответа, причем ответ дается дважды – на период оценки и также на наличие данного симптома когда-либо в прошлом.

Модуль «интенсивность суицидальных идей» заполняется при наличии положительных ответов в разделе суицидальные идеи. На каждый ответ «да» в первом модуле заполняется отдельный бланк второго модуля. Интенсивность суицидальных идей оценивается по сумме баллов показателей частоты, продолжительности, контролируемости суицидальных идей, а также наличию сдерживающих факторов и оснований для суицидальных идей.

Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале, где 5 считается максимальной выраженностью признака. Для каждого балла приведены четкие критерии оценки. Оценка проводится также по двум временным интервалам, причем оцениваются те периоды, когда показатели интенсивности были наиболее высоки.

Третий модуль посвящен квалификации суицидального поведения. Он состоит из 6 пунктов: истинная попытка самоубийства, прерванная попытка самоубийства, остановленная попытка самоубийства, подготовительные действия или поведение, суицидальное поведение во время периода наблюдения и осуществленная попытка самоубийства. На каждый пункт также дается отдельное детализированное определение с клиническими примерами и пояснениями. Как и в первом модуле, каждый пункт мы оцениваем дважды – на период оценки и на наличие данного проявления когда-либо в прошлом.

И, наконец, последний модуль заполняется только при наличии истинных суицидальных попыток. Он состоит всего из двух пунктов: «реальная опасность/ущерб здоровью» и «потенциальная опасность». Оценка проводится трехкратно: для самой недавней попытки, для самой тяжелой попытки и самой первой суицидальной попытки. Пункт «потенциальная опасность» заполняется лишь в случае, если пункт «реальная опасность» оценен в 0 баллов (физических повреждений нет или они весьма незначительны: например, – неглубокие царапины). Пункт «реальная опасность» оценивается в зависимости от тяжести от 0 до 5, а «потенциальная опасность» – от 0 до 2. Также для каждого балла приведены критерии оценки. Несомненно, удобным является то, что структурированное интервью для данной шкалы инкорпорировано в саму шкалу (рекомендуемые вопросы, которые должны быть заданы пациенту, вставлены в каждый пункт). Крайне важно при оценке по шкале задавать предлагаемые вопросы («структурированное интервью»). Это обеспечит достоверность полученных результатов.

Интерпретация полученных данных достаточно проста. Оценка тяжести суицидальных идей в «3» балла и выше свидетельствует о серьезном риске суицида. Оценка в «5» баллов, а также любые выявленные суицидальные действия означают наличие крайне высокого риска и абсолютной необходимости urgentных терапевтических мероприятий и госпитализации. Раздел «интенсивность суицидальных идей» позволяет более точно оценить тяжесть состояния, а также спрогнозировать его динамику. Здесь очень важны пункты, отражающие способность контроля, наличие сдерживающих факторов и оснований для совершения суицида. Безусловным достоинством шкалы

является возможность ретроспективной оценки прежних эпизодов, связанных с повышенным риском суицида. Это очень важно с практической точки зрения, поскольку дает дополнительную возможность моделировать развитие актуальной ситуации у больного. Но, пожалуй, самое важное практическое значение Колумбийской шкалы заключается в том, что она, по сути, является своеобразной дорожной картой для обследования и оценки суицидального пациента.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. В кн.: Комплексные исследования в суицидологии / А.Г. Амбрумова. – М., 1986; 7-25.
2. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: Метод. Рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1980. – 45 с.
3. Видманова Л.И. Ларвированная депрессия: Лекция ЦОЛИУВ МЗ СССР / Л.И. Видманова. – М., 1984. – 13 с.
4. Жариков Н.М. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема / Н.М. Жариков, А.Е. Иванова, Д.Б. Анискин, А.А. Чуркин // Журн неврол и психиат., 1997; 97: 6: 9-15.
5. Ласый Е.В. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска / Е.В. Ласый, Р.А. Евстегнеев // Соц. и клин. психиатрия, 1999; 2: 14-17.
6. Липанов Р.Г. К вопросу о частоте суицидальных действий при психозах / Р.Г. Липанов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1204-1208.
7. Схема интервью Европейского исследования парасуицидов / Пер. под. ред. В.Б. Лозняка. – Минск, 1996.
8. Титиевский С.В. Суицидальное поведение психически больных и здоровых лиц / С.В. Титиевский, Г.Е. Сергеева, С.И. Найдено, Л.А. Гашкова, В.Н. Черепков, О.В. Шашков, Н.В. Побережная // Архів психіатрії. – 2004. – Т.10, №4 (39). – С. 22-25.
9. Цупрун В.Е. Катамнез суицидов и вопросы реабилитации и профилактики в суицидологии / В.Е. Цупрун // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. тр. Москов. НИИ психиатрии. – М., 1984. – С. 87-92.
10. American Psychiatric Association: Practice guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry, 2003; 160 (suppl): 1-6.
11. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4: 37, 2004.

12. Asarnow J.R., Fogelson D., Fitzpatrick O., Hughes J. Child and adolescent suicide and self harm: treatment and prevention // *Psychiatric Times*. – 2018. – Vol. 35, №12. – P.9-11.
13. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale of suicidal ideation. *J.Consult.Clin.Psychol.*, 1979; 47(2): 343-352.
14. Beck R.W., Morris J.B., Beck A.T. Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychol Reps.* 1974; 34:445-446.
15. Carr M.J., Ashcroft D.M., Kontopantelis E. et al. Premature death among primary care patients with a history of self-harm. *Ann Fam Med.* 2017;15:246-254.
16. Center for Disease control and Prevention. Suicide fact at a glance. 2009. Available at <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>. Accessed September 20, 2009.
17. Chu J.A. Trauma and suicide. In *Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 332-354.
18. Claassen C.A., Harvilchuck-Laurenson J.D., Fawcett J. Prognostic models to detect and monitor the near-term risk of suicide: state of the science. *Am J Prev Med.* 2014;47:S181-S185.
19. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch.Intern.Med.*, 2000, 160: 1522-1526.
20. Fawcett J. Profiles of completed suicides. In *Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 115-124.
21. Fenton W.C., McGlashan T.M., Victor B.J., Blyler C.R. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenic spectrum disorders // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – V. 154, № 2. – P. 199-204.
22. Fuller-Thomson E., Baird S.L., Dhrodia R., Brennenstuhl S. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child Care Health Dev.* 2016; 42:725-734.
23. Gipson P.Y., Agarwala P., Opperman K.J. et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care.* 2015;31:88-94.
24. Goidring N., Fiever R. Attempted suicide in manic-depressive disorders // *Am. J. Psychiatry*. – 1984. – V. 38, № 3. – P. 373-383.
25. Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M. (Eds). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC, National Academy Press, 2002.
26. Haenel T., Kielholz P. Masked depression and the suicide tendency // «Haxagon-Roche». – 1982. – V. 10, № 5. – P. 2-7.
27. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome of mental disorders: a meta-analysis. *Br.J.Psychiatry*, 1997, 170:205-228.
28. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L. et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Data Syst Rev.* 2015;7:CD011777.

29. Heila H., Isometsa E.T., Henriksson M.M. et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age-and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 1997. – V. 154, № 9. – P. 1235-1242.
30. Horowitz L.M., Snyder D., Ludi E. et al. Ask suicide-screening questions to everyone in medical settings: the asQ'em quality improvement project. *Psychosom*. 2013;54:239-247.
31. Jacobs D.G., Baldessarini R.J., Conwell Y. et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. November 2003. psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf. Accessed October 4, 2016.
32. Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheit M. Suicide assessment: an overview and recommended protocol. In *Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Edited by Jacobs D.G. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999, 3-39.
33. Kennedy S.P., Baraff L.J., Suddath R.L., Asarnow J.R. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med*. 2004;43:452-460.
34. Klomek A.B., Sourander A., Elonheimo H. Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *Lancet Psychiatry*. 2015;31:930-941.
35. Moscicki E.K. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *J Clin.Neurosci.Res.*, 2001; 1: 310-323.
36. National Strategy for Suicide Prevention: At a glance – suicide among the elderly. Available at: <http://mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/elderly.asp>. Accessed September 20, 2009.
37. Oquendo, M.A., Halberstam, B., Mann, J.J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In: First, M.B. (Ed.), *Standardized Assessment for the Clinician*. APPI, Washington, D.C. 2003; 537-539.
38. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry*, 2007; 164:1035-1043.
39. Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266-1277.
40. Rihmer, Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin.Psychiatry*, 2007; 20: 17-22.
41. Roberts A.L., Chen Y., Slopen N., et al. Maternal experience of abuse in childhood and depressive symptoms in adolescent and adult offspring: a 21-year longitudinal study. *Depress Anxiety*. 2015;32:709-719.
42. Semple D., Smyth R., Puri B., Treasaden I. *Oxford Handbook of Psychiatry and Emergencies in Psychiatry Pack*. Oxford University Press, USA, 2009.

43. Sheehan D.V., Alphas L.D., Mao L. et al. Comparative validation of the S-STS, the ISST-plus, and the C-SSRS for assessing the suicidal thinking and behavior FDA 2012 suicidality categories. *Innov Clin Neurosci*. 2014;11:32-46.
44. Simon R.I. Suicide risk assessment: is clinical experience enough? *J.Am.Acad.Psychiatry Law*, 2006, 34: 276-278.
45. Simon R.I., Hales R.E. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2012:21.
46. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* / Eds. S. J. Blumenthal, D.F. Kupfer. – American Psychiatry Press, Inc., 1990.
47. Suicide Prevention Resource Center. *Caring for Adult Patients With Suicide Risk: A Consensus Guide for Emergency Departments*. <http://www.sprc.org/resources-programs/caring-adult-patients-suicide-risk-consensus-guide-emergency-departments>. Accessed October 4, 2016.
48. Triplett P.T. Suicidal Patients: Defining and Addressing Emergencies // *Psychiatric Times* Nov 22, 2016 Volume: 33 Issue: 11. <http://www.psychiatrictimes.com/suicide/suicidal-patients-defining-and-addressing-emergencies>. Accessed January 25, 2019.
49. WHO / Euro multicentre study on parasuicide. *Facts and figures* / Ed. U. Bille-Brache. – Copenhagen, 1993.
50. Williams L.M., Debattista C., Duchemin A.M., et al. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized International Study to Predict Optimized Treatment for Depression. *Transl Psychiatry*. 2016;6:e799.
51. World Health Organization. *Figures and Facts about Suicide* (Doc. WHO/MNH/MBD/99.1). WHO: Geneva, 1999.

2.6 Феноменология и дифференциация самоубийств.

В.В. Седнев

Смерть, причиняемая собственноручно: понятие и типология. Виды собственноручной смерти принято делить на несколько, связанных между собой только внешне, самим фактом смерти, причиненной собственными действиями либо бездействиями [1 – 3].

Прежде всего, к такого рода действиям могут быть отнесены различные варианты поведения повышенного риска. К *поведению повышенного риска* относятся: действия, которые могут привести к потере здоровья и социального благополучия, к инфицированию, психической или физической зависимости,

насилию, смерти. Именно степень риска и умение определить его уровень позволяет человеку выживать и принимать решения адекватные как мотивации поведения, так и ситуации в которой они могут быть реализованы. Без минимально-достаточного уровня рискованного поведения эволюция человека была бы невозможна. Всегда есть смельчак, который впервые сделал что-то: съел растение, использовал огонь. Ради накопления опыта выживания и эволюции гибли многие. Риск – элемент эволюционного развития человечества как вида. Выжили те, кто научился соотносить степени риска и безопасности применительно к ситуации и к самому себе. Не обязательно пробовать все растения подряд, если можно понаблюдать за животными, поедающими растения.

То есть поведение формируется в соответствии с условиями окружающей среды и под влиянием индивидуальных качеств человека. Люди поступают тем или иным образом, потому что выбирают определённые способы действий, подходящие именно этой жизненной ситуации. Человек на основе личного опыта или наблюдений способен различать ситуации и классифицировать их, при этом одна и та же ситуация разными людьми может быть воспринята совершенно различно. Пример: премия Дарвина присуждаемая, согласно официальному сайту за «исключение ущербных генов из генофонда человечества», в соответствии с правилами:

1. Репродукция. Претендент не должен иметь способности к воспроизводству – мертв или бесплоден.
2. Превосходство. Должно быть проявлено абсолютно неправильное использование логики.
3. Самоотбор. Номинанты на премию должны принимать решения самостоятельно и действовать исключительно по своей воле.
4. Зрелость. Номинант обязан пребывать в возрасте, в котором люди способны мыслить адекватно.
5. Правдивость. Случай должен быть достоверным.

Так же, проводя исследование, следует помнить, что к поведению повышенного риска неосознанно склонны:

- дети и подростки в силу возрастных особенностей психики: преобладание образных и формально-логических форм мышления, импульсивности и т.п. Пример: необходимость тугого пеленания, варежки на руку младенца.
- лица с невысоким интеллектом в силу слабой способности прогнозировать свои действия. Проблема прогноза результата собственных действий

связана с критическим мышлением и отражает становление высших форм интеллектуальной деятельности. Пример: слабоумные.

- избыточно эмоциональные, нетерпеливые и нетерпимые люди, в силу приоритетного влияния эмоций на их поведение. Эмоции древнее разума, в силу этого и влияют первичнее и сильнее.

Применительно к рассматриваемой проблеме особо следует отметить, что рискованное поведение постоянно стремится войти в культуру, расширить рамки дозволенного и стать частью повседневности. Это такие формы поведения повышенного риска как:

- различного рода асфиктические игры у детей и подростков («собачий сон/кайф/радость», «космический ковбой», «на седьмом небе» и т.п.) умышленное перекрытие доступа кислорода к мозгу с целью вызвать кратковременный обморок и состояние эйфории;
- неосторожное обращение с оружием как детей, так и взрослых;
- недооценка опасности высоты (глубины) либо расстояний между высотными сооружениями;
- недооценка скорости движения автотранспорта вкупе с переоценкой собственных скоростных и силовых возможностей;
- переоценка собственных знаний химии взрывчатых веществ, биохимии эйфории и т.п.;
- недооценка безысходной конечности смерти (особенно у детей и подростков). Согласно исследований французского философа Филиппа Арьеса, формирование понятия смерть приходит в младшем школьном возрасте. Пример недооценки степени опасности: смерть Айседоры Дункан.

Вторую группу составляют различного рода *действия психически больных*, которые под влиянием психопатологических феноменов, не имея цели причинить себе смерть, а пытаясь избавиться от болезненных переживаний, гибнут, не осознавая смертельной опасности своих действий.

Отдельно рассмотрения заслуживают *случаи самопожертвования*, когда человек, выполняя действия по достижению высоко значимой цели, сознательно рискует жизнью. Чаще такого рода случаи являются героическими поступками.

Четвертый вариант – *собственно суицидальное поведение*, которое является частью аутоагрессивного – то есть направленной на самого себя агрессии, диапазон которой очень широк и включает в себя различного рода самоуничтожения и самообвинения, причинение себе повреждений и боли.

Самоубийство.

Под самоубийством здесь и далее предлагается понимать умышленные действия человека по причинению себе смерти, независимо от успешности этой попытки [4 – 7].

При этом задачей является анализ данного поведения. Содержательно этот анализ всегда ретроспективен. Организационно он может реализовываться в рамках либо служебного расследования, либо уголовного дела.

Статика и динамика самоубийств. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, то есть более 1 000 в день, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 миллионов в год. При этом эксперты ВОЗ считают, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным приблизительно на 20%, а в некоторых регионах – на все 100% – в результате преобладающих социальных или религиозных взглядов на самоубийство [8]. Уровень самоубийств более 20 случаев на 100 тыс. населения является критическим [9]. Еще менее достоверны сведения о суицидальных попытках, так как их учет и регистрация осуществляются по-разному в разных регионах мира, и часто не отражают истинную ситуацию. Кроме того, только один из четырех случаев суицидальных попыток (24,3%) попадает в поле зрения сотрудников системы здравоохранения [10]. В настоящее время, входя в десятку ведущих причин смерти, суицид может выйти на второе место к 2020 году. Ежеминутно в мире предпринимается одна суицидальная попытка, определённая доля которых завершается смертью. Также имеются данные, свидетельствующие о том, что среди взрослого населения на каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку [11].

Согласно данным В.Л. Васильева, который придерживается социальной объяснительной парадигмы (см. ниже), в 1984 году в СССР было зарегистрировано 32 случая на 100 000 населения, затем наметился некоторый спад, который автор увязывает с надеждами на социально-политические и социально-экономические перемены, однако к концу 90-х фиксировалось 38 на 100 тыс. [12]. Он же, прямо подтверждая именно социальную объяснительную парадигму, указывает на тот факт, что $\frac{3}{4}$ самоубийств среди военнослужащих приходится на первое полугодие службы.

Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок приводят следующие данные [13] приводят данные о США: 12,5 на 100 000 в 1985 году, указывая, что в период с 1977 по 1985 год в США происходила 1 смерть от самоубийства каждые 20 минут.

Б.С. Положий, В.С. Фритлинский и С.Е. Агеев (2014) представили масштабный анализ динамики суицидов в странах СНГ в трех сопоставительных периодах: 1990 г. (как один из последних годов существования в составе СССР), 1995 г. (как один из «пиковых» годов социально-экономической нестабильности) и 2012 г. (как 20-ти летний итог самостоятельности). Выделено две группы стран. Первая включает Россию, Беларусь и Казахстан: частота суицидов имела непосредственную связь с характером социальной ситуации: быстрый и выраженный рост показателя в переходный период становления государственности, сопровождавшийся социальным и экономическим кризисом (в России с 26,5 до 41,5 на 100 000 населения, в Беларуси – с 20,4 до 31,2, в Казахстане – с 19,1 до 28,6), и постепенное снижение частоты по мере стабилизации обстановки (в 2012 г.: Россия – 22,4 на 100 000, Беларусь – 21,8; Казахстан – 24). Вторая группа – государства Центральной Азии (Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан) и Закавказья (Азербайджан, Армения), где частота суицидов практически не реагировала на изменения социальной ситуации, находясь на стабильно низком уровне (1-7 на 100 000) во все периоды [14].

На Украине к 2013 году [15] максимум завершенных суицидов был зафиксирован в 1996 году, с 2006 г. Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100000 населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств. При этом в восточных и южных регионах частота суицидов приблизительно одинакова и превышала общеукраинский уровень в среднем в 1,2 раза. Также авторами выявлены такие закономерности: группа наивысшего риска суицидального поведения представлена молодыми взрослыми людьми в расцвете сил, женатыми, строящими карьеру и создающими семью; не выявлено связи с повышенной суицидальностью у лиц, переживших экологические и техногенные (Чернобыль) катастрофы; выявлена ассоциация личных травм с суицидальными идеями.

Описанная динамика самоубийств на Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4-6 лет после распада СССР [16].

Общество и самоубийство. За период существования общества, отношение к умышленному лишению себя жизни в целом не менялось – независимо от объяснительной парадигмы, оно было негативным. Можно выделить несколько типов отношения и, соответственно, объяснения случаев самоубийств. При этом важно понимать, что практически все из перечисленных объяснительных парадигм актуальны и сегодня.

Религиозная парадигма, считает самоубийство проявлением греховной сущности человека (особенно т. наз. авраамические религии – Иудаизм, Христианство, Ислам), его неспособности противостоять злой силе и неверию в силы добра, приводящей к саморазрушению. Самоубийство, за редким исключением, является однозначно осуждаемым действием. Наиболее ярко это отражено в христианской культуре, где самоубийство грех страшный и постыдный. Постыдность самоубийства в том, что человек добровольно отказывается от величайшего дара – жизни.

В 452 г. Арлский собор заявил, что самоубийство – преступление, и результат дьявольской злобы. В следующем веке, в 563 г., на Пражском соборе осуждение самоубийства получило церковную санкцию. Там было постановлено, что самоубийцам не будет оказываться «честь поминовения во время святой службы, и, что пение псалмов не должно сопровождать их тело до могилы» [17]. В православной традиции грех самоубийства складывается как из самого факта убийства себя, так и грехов: а) неверия и маловерия, малодушия, б) отчаяния и уныния, через которые самоубийца отказывается нести свой жизненный крест, усомнившись в спасительном Промысле Божиим о каждом человеке. По церковным канонам, самоубийц и даже подозреваемых в самоубийстве нельзя отпевать в храме, поминать в церковной молитве за Литургией и на панихидах [18].

В Ветхом Завете представлено шесть самоубийств [19]: 1) царь Авимелех, велел оруженосцу умертвить себя после того, как во время осады города Тевец женщина, которая бросила ему на голову обломок жернова, причинила ему смертельную рану. Будучи гордым, Авимелех не мог смириться с возможной смертью от женской руки (Суд 9:50-57); 2) назорей Самсон, известный своими подвигами в борьбе с филистимлянами, будучи обманом лишен ими силы, пленен и ослеплен, все-таки сумел обрушить на себя и на них храм, под обломками которого был погребен сам и враги его. Он произносит во время своего героического самопожертвования фразу: «Умри, душа моя, с филистимлянами» (Суд 16:25-30); 3) царь Саул покончил жизнь самоубийством тяжело переживая поражение и из-за боязни мук и издевательств своего врага (1 Цар 31:1-4); 4) оруженосец царя Саула покончил собой из солидарности с господином (1 Цар 31:5); 5) советник Ахитофел, предавший царя Давида, служил и давал советы сыну его Авессалóму. Советы же Ахитофела, которые он давал, в то время почитались наравне с наставлениями Бога. Когда Авессалóм пренебрег одним из советов Ахитофела, последний вернулся в родной дом и покончил жизнь самоубийством через повешение (2 Цар 17:23); 6)

узурпировавший власть Замврий процарствовал 7 дней. Когда народ поднял восстание и Замврий увидел, что город взят, он вошел во внутреннюю комнату царского дома и «зажег за собою царский дом огнем и погиб» (3 Цар 16:15-20). В Новом Завете [19] представлено самоубийство Иуды Искарота, сына Симона, который предал Иисуса за 30 серебряников, а потом повесился (Мф 27:3-5).

Ад Данте, как наиболее полный и упорядоченный перечень осуждаемых проступков, содержит 9 кругов, по степени нарастания тяжести проступка.

7 круг (поделен на 3 пояса) Город Дит

Страж: Минотавр.

Томящиеся: Совершающие насилие:

2 пояс – Насильники над собою (самоубийцы) и над своим достоянием (игроки и моты, то есть бессмысленные истребители своего имущества),

Вид наказания: самоубийц, которые существуют в виде деревьев, терзают гарпии.

94 Когда душа, ожесточась, порвет

Самоуправно оболочку тела,

Минос ее в седьмую бездну шлет.

97 Ей не дается точного предела;

Упав в лесу, как малое зерно,

Она растет, где ей судьба велела.

100 Зерно в побег и в ствол превращено;

И гарпии, кормясь его листьями,

Боль создают и боли той окно.

В час Страшного суда самоубийцам единственным не будут возвращены их телесные оболочки:

103 Пойдем и мы за нашими телами,

Но их мы не наденем в Судный день:

Не наше то, что сбросили мы сами.

106 Мы их притащим в сумрачную сень,

И плоть повиснет на кусте колючем,

Где спит ее безжалостная тень (песнь 13).

Философская: М.О. Гершензон [20] анализируя принципиальную разницу восприятия и, соответственно описания – интерпретации божественного и демонического начал у А.С. Пушкина и М.Ю. Лермонтова, как двух полюсов религиозного сознания «неизменно присущих в смешении каждой человеческой душе» [20, с. 59] указывает, что это оформляется как «контраст греха и чистоты» [20, с. 53.], требующий разрешения либо в смирении перед недостижимостью

горнего (А.С. Пушкин), либо в завистливом и гибельном мятеже (М.Ю. Лермонтов).

Ж.-П. Сартр усматривал отличие человека от животного в том, что человек может покончить с собой.

Альбер Камю в работе «Миф о Сизифе» [21] говорил: «Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит ли или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями – второстепенно. Таковы условия игры: прежде всего нужно дать ответ» [21, С.24.].

Для русских мыслителей (Ф.М. Достоевского, гр. Л.Н. Толстого, а в определенной мере также и для В.С. Соловьёва, Н.А. Бердяева и А.Ф. Кони) суицид всегда представлял из себя анализ предельной, «пограничной ситуации» для личности при выборе ею определенного жизненного пути, другими словами, анализ истоков т. наз. «веры живой». Суицид поднимает вопрос о вере как особой форме целостного знания, сопрягающего в себе интеллектуальную созерцательность и поведенческую активность. «Живая», личностная вера преодолевает конфликт человека и мира, а также раздвоенность человека на путях абсолютной свободы. Остается еще один важный момент внутреннего бытия человека, сопряженный с суицидальными попытками, – это решение проблемы существования зла и страдания в мире [22].

В 2015 году ученые-психиатры из Санкт-Петербурга опубликовали исследование относительно взаимозависимости религиозности субъекта и суицидального поведения [23], в котором делается вывод о большем значении религиозности как антисуицидальном факторе в традиционных авраамических религиях (Иудаизм, Христианство, Ислам) по сравнению с религиями Востока, особенно при условии вовлеченности прихожан в жизнь церковной общины.

Социальная, объясняющая самоубийство неблагоприятным влиянием общественной (экономической, политической и т. п.) ситуации. В 1897 году Эмиль Дюркгейм (Е. Durkheim – французский социолог и философ) опубликовал работу, в которой выдвинул предположение о том, что имеется причинно-следственная связь между самоубийством и социальными условиями. Он разделил самоубийства на три основные категории [17]:

- эгоистическое – наблюдается при утрате чувства единства со своей социальной группой и, следовательно, вышли из-под социального, семейного и религиозного контроля со стороны значимых авторитетов. В

определённой мере этот тип подтверждается данными о том, что лица, не состоящие в браке, более подвержены суицидам, чем состоящие в браке, и что у супружеских пар, имеющих детей, реже регистрируются самоубийства. Также сельские сообщества, как более социально сплочённые, чем городские районы, имеют статистически значимо меньший уровень суицидальной активности. У протестантов отмечается более высокий уровень суицидов, чем у католиков, что объясняется тем, что протестантство менее объединяющая, более атомарная религия, чем католицизм;

- аномическое (от франц. *anomie* – отсутствие закона, порядка и организации) отмечается среди лиц, живущих в обществе, находящемся в стадии коренных социальных перемен либо политического кризиса или социальной нестабильности с нарушением общественных стандартов и ценностей, что обесмысливает, либо препятствует реализации привычных паттернов поведения. Этот тип самоубийства подтверждается данными о том, что наиболее часто суициды совершаются разведёнными лицами, по сравнению с состоящими в браке. А также и теми, у кого ухудшилось экономическое положение, при этом имеется перевес в сторону мужчин, как чаще ответственных за гендерную роль кормильца семьи [24], при этом автором констатировано наличие «чёткой связи между экономическим кризисом и аутодеструктивным поведением» [24, с. 58.]. Аномия в виде последствий культурно-исторической травмы, утраты традиционной культуры и традиционного образа жизни, потери родного языка, разобщённости поколений и продолжающейся дискриминации – этим объясняется высокая частота суицидов среди коренных народов США, Канады, Австралии, Новой Зеландии, Бразилии и России [25] и среди лиц, впервые заключённых под стражу в следственные изоляторы, особенно в течение первого месяца заключения и после вынесения приговора суда или до вступления его в законную силу [26];
- альтруистическое, как акт самопожертвования, при котором человек сознательно отдаёт свою жизнь ради блага своей социальной группы, что отражает влияние групповой идентификации. Также альтруистические суициды характеризуют группу с чрезмерной внутригрупповой сплочённостью и зависимостью индивидов от принадлежности к группе.

Медицинская, адресующая суицидальное поведение к психическим расстройствам.

З. Фрейд ввёл понятие «инстинкт смерти» – иначе он не мог объяснить многое из того, что способен сотворить с собой человек. В работе «Печаль и меланхолия» [27], Фрейд пишет, что ненависть к самому себе, наблюдаемая при депрессии, возникает как гнев по отношению к любимому человеку, который субъекты направляют назад против самих себя. Фрейд рассматривал суициды как крайнюю форму этого явления и высказал сомнение в существовании суицидов без наличия более раннего подавленного желания убить кого-либо еще. В этой же работе он высказал мысль о ключевой роли одиночества, понимаемого как тоска по утраченному объекту.

Теория К. Меннингера. Основываясь на концепции З. Фрейда, Карл Меннингер в труде «Война с самим собой» [28] говорит о суициде как об отодвинутом назад убийстве, инвертированном гомициде, вызванном гневом субъекта против другого лица, который либо повернут внутрь или используется как прощение за наказание. Он выделил три мотивационных компонента самоубийства: желание умереть, убить и быть убитым, – и распространил понятие самоубийства на родственные явления, назвав их хроническим (аскетизм и мученичество, неврастения, алкогольная зависимость, антиобщественное поведение и даже психоз), локальным (членовредительство, многочисленные хирургические операции, несчастные случаи) или органическим суицидом (психологический фактор соматического заболевания).

Edwin Schneidman и Neal Farberov разделили суицидальных больных на 4 группы: 1) больные, которые совершают суициды для обретения лучшей жизни; 2) больные, совершающие самоубийство в результате заболевания психозом; 3) больные, совершающие самоубийство в качестве акта мести любимому человеку; 4) больные старые, немощные, для которых суицид – избавление.

Е. Bleuler также указывает на наличие психопатологии при суицидальном поведении [29]. В той или иной форме это понятие присутствует в ряде современных диагностических заключений, от острой депрессивной реакции до бреда саморазрушения с нарушением инстинкта самосохранения.

К. Ясперс относил самоубийство к числу тех событий, которые проявляют психическое расстройство, относя к наиболее часто встречающимся психопатию, депрессивные расстройства и слабоумие [30]. Сам он указывает, что соотношение психических расстройств и их отсутствия среди суицидентов, по данным авторов конца XIX – начала XX века, от 3 до 66 %.

Мнение о том, что не все самоубийцы страдают психическим расстройством, находит поддержку постепенно. Так, в Оксфордском руководстве по психиатрии М. Гельдера, Д. Гэта и Р. Мейо [31], изданном в

конце XX века, указывается, что большинство, совершивших суицидальную попытку столкнулись с социальными проблемами, а меньшинство – страдают психическим расстройством (*уже в современном понимании этого термина – BBC*), а среди тех, кто причинил себе смерть – большинство страдают психопатологическими нарушениями: депрессивные расстройства, алкоголизм и наркотическая зависимость, аномалии личности, хронические, причиняющие тяжкие страдания соматические заболевания.

Им противостоят Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок [13], которые формировали свое руководство примерно в тот же период времени и которые относят суицидальное поведение к наиболее частой причине неотложной психиатрической помощи: «Почти 95% больных, которые совершают суицидальные попытки, диагностируются как психически больные. Депрессивные расстройства составляют 80% от этой цифры; шизофрения – 10%, деменция или делирий – 5%.» [13, С. 21.]. Они же приводят пофакторный анализ суицидентов США:

Пол. Мужчины совершают суициды более чем в три раза чаще, чем женщины, – уровень, остающийся стабильным для всех возрастов. Женщины, с другой стороны, в четыре раза чаще предпринимают суицидальные попытки.

Способы. Мужчины используют оружие, повешение или бросаются вниз с высоты. Женщины более склонны прибегать к большим дозам лекарств или яду, но начинают все чаще пользоваться оружием.

Возраст. Уровень суицидов возрастает в кризисном возрасте, наступающем в середине жизни. У мужчин максимум суицидов наблюдается в возрасте после 45 лет, и продолжает с возрастом увеличиваться; у женщин наибольшее число суицидов имеет место после 55 лет. У мужчин в возрасте 65 лет и старше уровень суицидов составляет 40 случаев на 100 000 населения. Пожилые люди реже предпринимают суицидальные попытки, чем молодые, но у первых они чаще бывают завершенными. Суициды, предпринимаемые пожилыми людьми, составляют 25% всех суицидов, хотя это составляет всего 10% для всего населения. Уровень суицидов у людей старше 75 лет более чем в три раза превышает таковой у молодых людей. Уровень суицидов быстро увеличивается у молодых людей. Для мужчин от 15 до 24 лет имел место рост уровня суицидов на 40% между 1970 и 1980 гг., и он все еще повышается. При этом у женщин той же самой возрастной группы отмечается лишь небольшое возрастание. Для мужчин от 25 до 34 лет уровень суицидов за этот период увеличился почти на 30%. Суициды составляют третью по счету причину смерти молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, после смерти от несчастных случаев

и в результате убийства. В этом возрасте предпринимается от 1 до 2 млн попыток самоубийств ежегодно. Большинство суицидов сейчас проявляется среди тех, кому от 15 до 44 лет.

Раса. Уровень суицидов среди белых почти в два раза выше, чем среди небелых, но уровень суицидов среди коренных жителей Америки и негров возрастает. Суициды среди эмигрантов выше, чем у коренного населения.

На территории России эту проблему изучал Б.С. Положий [32] через различия в суицидальном поведении финно-угорской и славянской групп. Распространенность самоубийств на севере РФ на порядок выше уровня суицидов в центральной части и на юге. К суицидальным факторам финно-угорской группы отнесены: 1) позднее принятие христианства, порицающего самоубийство; 2) значимость реальных объектов (одежды, жилища, предметов быта, религиозных амулетов) как важных аспектов самооценности; 3) предвосхищение лишь эмоционально положительных событий (несоответствие планирования с реальностью становится суицидогенным фактором); 4) вера в загробную жизнь, мало отличимую от реальной, т. е. закрепление суицидального поведения в эпосе.

Религия. В историческом аспекте суицидальные попытки среди католиков ниже, чем среди протестантов и евреев.

Семейный статус. Брак, скрепленный детьми, существенно уменьшает риск суицидов. У одиноких лиц, которые никогда не были в браке, зарегистрированный уровень суицидов почти вдвое превышает таковой у лиц, состоящих в браке.

Суициды чаще наблюдаются у лиц, в семейном анамнезе которых имеют место суициды (или суицидальные попытки) и которые находятся в социальной изоляции.

Профессия. Наиболее часто суициды совершаются лицами с высоким профессиональным уровнем, особенно врачами, число суицидов среди которых обычно бывает наибольшим. Группу риска составляют также музыканты, зубные врачи, низшие офицерские чины, юристы и страховые агенты. Число суицидов выше среди безработных, чем среди работающих.

Во время экономического спада, депрессий и во времена сильной безработицы уровень суицидов повышается. Во время высокой занятости и во время войны уровень снижается.

Уровень суицидов высок также среди заключенных, особенно тех, к которым никто не приходит.

Климат. Никаких корреляций с временем года для суицидов не обнаружено. Отмечается их небольшое повышение весной, а затем спад, но, вопреки существующему мнению, повышения числа суицидов в декабре и в период праздников нет.

Физическое здоровье. Связь между физическим здоровьем и болезнью и суицидами очень велика. Обращение за медицинской помощью положительно коррелирует с показателем риска в отношении суицидов. Примерно 32% лиц, совершивших суицид, лечились в течение 6 мес перед смертью; 70% жертв страдали активными или хроническими заболеваниями ко времени смерти. Среди исследованных суицидов более 1/3 лиц были активно больны ко времени суицидальной попытки, и более 90% попыток и было спровоцировано болезнью. В частности, группу риска представляют больные с искусственной почкой. Факторами, связанными с болезнью и вносящими вклад как в завершённые суициды, так и в суицидальные попытки, являются утрата способности передвигаться среди тех лиц, для которых физическая активность важна в профессиональном отношении или для восстановления здоровья; ухудшение фигуры, особенно для женщин, и хронические, непереносимые боли. Кроме прямого влияния болезни, отмечены ее вторичные влияния – например, утрачивание прежних связей и потеря прежнего профессионального статуса – которые также имеют прогностическое значение в отношении суицидов. Некоторые вещества вызывают депрессию, которая иногда может приводить к суицидам. К ним относятся резерпин, кортикостероиды, антигипертензивные средства (например, пропранолол) и некоторые противораковые препараты.

Психическое здоровье. Высоко значимыми факторами в отношении суицидов являются также алкоголизм, наркомания, депрессия, шизофрения и другие психические заболевания. Наиболее высок риск у больных, страдающих бредовой депрессией. Риск суицидов у больных с депрессивными расстройствами составляет около 15%, 25% из всех суицидов, совершаемых лицами с импульсивным поведением или склонностью к насилию, также составляют группу высокого риска. Наличие в прошлом госпитализации в психиатрические больницы также увеличивает риск суицидов.

Суицидальные попытки. Суицидальных попыток совершается в восемь раз больше, чем завершённых суицидов, и около 70% из этих попыток совершается женщинами. Большинство совершается депрессивными молодыми людьми. Около 1% лиц, которые совершают суицидальные попытки, в конце концов завершают суицид, примерно 30% предпринимают повторные суицидальные попытки. Риск, что больной предпримет повторную суицидальную попытку,

особенно высок в течение 3 месяцев после первой попытки. Дезорганизованные или множественные методы самоубийства или суициды, осуществляемые хаотическим образом и продолжающиеся несколько дней, обычно осуществляются дезорганизованными, шизоидными или шизотимальными больными».

Медицинская объяснительная парадигма достаточно распространена. Так, например, Ф.С. Сафуанов, рассматривая конкретный случай самоубийства, прежде всего указывает на развитие и утяжеление именно депрессивной реакции у потерпевшей от изнасилования, которая, по его мнению, и привела к успешной попытке самоубийства [33]. Однако, по данным А.Г. Амбрумовой и Г.В. Старшенбаума (1995), около 75% суицидентов – это лица без психотических расстройств, переживающие кризисные ситуации [34].

Теория микросоциальных конфликтов А.В. Амбрумовой [35] является междисциплинарной. Ключевым понятием концепции является ситуационная реакция (она же результат микросоциального конфликта), возникающая при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения важнейших жизненных потребностей, которое не может быть устранено способами решения проблем, известными личности из ее жизненного опыта. Во всех «непатологических ситуационных реакциях» их суицидоопасность определяется резким снижением способности конструктивного планирования (степенью безнадежности). Также значимы личностные параметры: динамические и энергетические условия эмоциональных процессов (уровень их лабильности или торпидности, стеничности или астеничности), степени интеллектуального контроля и характеристики коммуникативной сферы личности. Описаны 6 ситуационных реакций: 1) эмоционального дисбаланса; 2) пессимистическая; 3) отрицательного баланса; 4) демобилизации; 5) оппозиции и 6) дезорганизации. Позже А.Г. Амбрумова выделила две центральные группы суицидальных мотивов: мотивы неблагополучия (одиночество, тяжесть жизни, потеря близких) и мотивы конфликта, в который вовлечены и другие лица, и различала суицид диалогический, несущий смысл протеста, призыва о помощи, избегания страдания, и монологический – как результат внутреннего монолога или размышления о смысле жизни [36].

Мультидисциплинарную модель суицидального поведения предложил в 2015 году Б.С. Положий [37]. В рамках данной модели среди факторов суицидальности выделяются детерминанты I, II и III рангов. Детерминанты I ранга (к ним относятся биологические, клинические и личностно-психологические) определяют саму возможность возникновения суицидального

поведения и являются первичным и необходимым условием возникновения суицидального поведения. Детерминанты II ранга (критические жизненные события (стрессы), отсутствие социальной поддержки, собственной семьи, религиозных убеждений; злоупотребление алкоголем и прием других психоактивных веществ, соматические заболевания, психические последствия травм головного мозга или тяжелых инфекций, пережитое насилие) лишь повышают риск развития суицидального поведения, но не являются необходимым условием его возникновения. Детерминанты III ранга (факторы социального неблагополучия: экономическая депрессия, безработица, социальные кризисы, эмиграция; этнокультуральные факторы) отражают популяционную частоту суицидов, и включают в себя социальные и этнокультуральные факторы.

Пресуицидальное поведение. Структура суицидального поведения может включать в себя:

- суицидальную активность: высказывание мыслей, намерений, угроз; действия, которые могут быть охарактеризованы как попытки и покушения на самоубийство. Пример: Сара Кейн, которая прожила 28 лет и умерла в 1999 году. Английский драматург, писала пьесы о самоубийцах. Покончила с собой после пребывания в психиатрической больнице;
- суицидальный шантаж: чаще в форме соответствующих высказываний, реже в форме незавершённых действий как средство воздействия на неблагоприятную ситуацию. Может случайно завершиться смертью как результатом технической ошибки, недооценки степени опасности собственных действий.

Е. Bleuler в случаях суицидального шантажа, прежде всего у лиц, страдающих алкоголизмом и морально дефективных (*в последующем последний термин был заменён на психопатии – ВВС*) рекомендовал либо игнорировать, либо поступать вопреки требованиям суицидента, либо госпитализировать в наблюдательную палату психиатрического стационара [29], отмечая при этом: «Правда, иногда при этом на много тысяч случаев один раз может погибнуть одна бесполезная и вредная жизнь; нужно уметь это взять на себя» [29, сноска на с. 200];

- парасуицид: незавершённые суицидальные действия, которые могут выступать как попытка обратить на себя внимание, добиться чего-либо, а также как этап формирования самоубийства. Пример: Томас Беддоус (1803 – 1849) – британский поэт, драматург. Кончал с собой поэтапно: сначала

перерезал себе вену на ноге, но его спасли (ампутировав ногу), через полгода отравился.

Брахман, Луиза-Каролина (1777 – 1822) – немецкая романтическая поэтесса и писательница. Убивала себя поэтапно: выбросилась из окна, но осталась жива. В итоге утопилась.

В целом пресуицидальное поведение, как форма реагирования, особенно в субъективно сложных ситуациях может быть условно поделена на стадии:

1) длительная история проблем: недостаток и ограничение внимания; осведомленность с нефатальными суицидами либо пара-суицидами у окружающих.

2) эскалация. Демонстрация спектра проблем взаимодействия с окружающими, основной вектор которого – привлечение внимания значимых лиц. Как последний довод – суицид, чаще всего в форме шантажа, незавершенный. Группа риска перехода к суициду: не поддерживающие отношений со значимыми лицами.

3) отчуждение. Тяжело переносимое одиночество, любой его индикатор (отказ кого-то от общения в первую очередь) усугубляет ситуацию.

Нужно понимать, что однозначной представленности всех стадий может и не быть, либо какая-то из них может занять слишком короткий промежуток времени для фиксации окружающими.

Проблема истинность намерений. Одним из самых сложных элементов ретроспективного анализа суицидального поступка, является вопрос об истинности намерений лица, причем независимо от факта завершенности или нет суицидальной попытки. Этот анализ предполагает исследование не только личностных и индивидуально-психологических особенностей, но и всей совокупности обстановки, складывающейся вокруг объекта анализа на протяжении определенного периода времени, т. е. носит ситуационный характер. Ниже предлагается группировка исходных данных по ключевым элементам ретроспективного ситуационного анализа по факту самоубийства.

Ведущий смысл. Понимается как «баланс поступка» [33]. Практически в каждом суицидальном поведении можно выделить ведущий смысл: протест против субъективно высоко значимой несправедливости в отношении себя или других (реже); призыв о помощи; избегание чего-либо субъективно неприятного (чаще – наказания в любой его форме); самонаказание; отказ от имеющегося места и роли в жизни.

Кроме того, существенным является когнитивно-волевой, интеллектуально-эмоциональный баланс поступка, приведшего к смерти:

Рациональное самоубийство – обдуманное действие с длительным и постепенным формированием решения покончить с собой, обдумыванием способов, места и времени осуществления намерения.

Примеры:

Гай Петроний Арбитр, (ум. 66 н.э.) Римский писатель. Автор «Сатирикона». Был в числе приближенных императора Нерона, но завистники оклеветали его, донеся императору, что его любимец якобы участвовал в заговоре. Был арестован и, не дожидаясь приговора, перерезал себе вены. При этом забинтовал их, чтобы кровь вытекала не слишком быстро, и последние часы жизни провел в обществе друзей, отдавая последние распоряжения, слушая стихи и наслаждаясь музыкой.

Роберт Бертон, (1577 – 1639 или 1640) – английский учёный и писатель. Повесился, чтобы подтвердить правильность составленного самому себе гороскопа.

Александр Бирни, (1826 – 1862) – английский поэт, публицист. Перестал принимать пищу. Умирал в стогу сена на протяжении двух недель, описывая ощущения в дневнике.

Петрюс Борель, (1809 – 1859) – французский поэт и прозаик, убежденный пропагандист суицида. Сам выбрал для себя оригинальный способ: уехал в Африку и лег под палящим солнцем. Умер от солнечного удара.

Герман Бургер, (1942 – 1989) – швейцарский немецкоязычный писатель. Отравился снотворным. Перед этим написал целый трактат о самоубийстве.

Луи Буссенар, (1847 – 1910) – французский писатель, классик приключенческого жанра. Заморил себя голодом. Перед смертью разослал знакомым приглашение на свои похороны.

Адриан Венема, (1941 – 1993) – голландский писатель. Отравился, предварительно заранее известив всех о дате самоубийства. Подмешал яд в бокал с шампанским.

Алексей Константинович Лозина-Лозинский, (1886 – 1916) – русский поэт, прозаик. Три раза покушался на самоубийство, в последний принял смертельную дозу морфия. Умирая, записывал ощущения в дневнике.

Поль Массон, (1849 – 1896) Французский писатель. Покончил с собой так: стоя на берегу реки, вдохнул эфир, потерял сознание и утонул на глубине 1 метр.

Ян Потоцкий, (1761 – 1815) – польский писатель. Покончил жизнь самоубийством, застрелившись пулей, сделанной из серебряного набалдашника сахарницы, которую предварительно освятил у священника.

Аффективное самоубийство – импульсивное решение под влиянием интенсивных и значимых эмоций.

Примеры:

Альфред Людвигович Бем, (1886 – 1945) – русский писатель-эмигрант. В мае 1945 был в Праге арестован советскими органами безопасности и выбросился из тюремного окна.

Вальтер Беньямин, (1892 – 1940) – немецкий еврей, писатель и эссеист. Отравился из-за преследования евреев.

Енс Бьёрнебу, (1920 – 1976) – норвежский писатель, драматург и поэт. Повесился в знак протеста, узнав об аресте террористки Ульрики Майнхоф.

Вальтер Газенклевер, (1890 – 1940) – немецкий писатель-антифашист, поэт, драматург. Отравился во Франции, так как французы собирались выдать его немцам.

Юрий Иванович Галич, (1877 – 1940) – русский эмигрантский прозаик и поэт. Повесился в Риге, вернувшись с допроса в НКВД.

Всеволод Михайлович Гаршин, (1855 – 1888) – русский писатель. Предполагая, что сходит с ума, бросился в лестничный пролет.

Николай Иванович Дементьев, (1907 – 1935) – русский поэт. Выбросился из окна после того, как ему предложили стать осведомителем НКВД.

Иоганн Майрхофер, (1787 – 1836) – австрийский поэт. Непосредственной причиной самоубийства стал страх заразиться холерой. Выбросился из окна.

Сара Тисдейл, (1884 – 1933) – американская поэтесса. Наглоталась таблеток, так как панически боялась инсульта и вдруг увидела, что у нее лопнул сосудик на руке.

Ситуационные факторы. Необходимым элементом является анализ ситуационных факторов, облегчающих возникновение самоубийства:

1) *выявленное хроническое прогрессирующее заболевание*, при этом большую субъективную тяжесть имеет фактор прогрессирования заболевания, нежели его тяжесть, потеря трудоспособности и т.п.;

Примеры:

Рейнальдо Арена, (1943 – 1990) – кубинский писатель-эмигрант. Отравился барбитуратами в своей нью-йоркской квартире. Причина: узнал, что болен СПИДом. В предсмертной записке написал: «Куба будет свободной».

Леонид Львович Аронзон, (1939 – 1970) – ленинградский поэт. Застрелился в Средней Азии из охотничьего ружья. Считается, что из-за пристрастия к наркотикам.

Маргарет Фэрлесс Барбер (1869 – 1901) – английская писательница. Прикованная к инвалидному креслу, решила уйти из жизни и перестала принимать пищу.

Арман Барте, (1820 – 1874) – французский поэт и драматург. Находясь в психиатрической больнице, кастрировал себя бритвой и умер от потери крови.

Богумил Грабал, (1914 – 1997) – чешский писатель. Умер в больнице, выбросившись из окна. Причина: тяжелая болезнь и преклонный возраст.

Тибор Дери (1894 – 1977) – венгерский прозаик, поэт, драматург. Уморил себя голодом после перелома шейки бедра.

Граф Василий Алексеевич Комаровский, (1881 – 1914) – русский поэт. Повесился в психиатрической лечебнице.

Всеволод Анисимович Кочетов (1912 – 1973) – советский писатель и журналист. Застрелился, узнав, что у него рак.

Рамон Сампедро (1943 – 1998) – испанский писатель. Был парализован 30 лет и все это время боролся за право на эвтаназию. В конце концов сумел выпить цианид и умер. История рассказана в фильме «Море внутри», где его роль исполнил Хавьер Бардем.

Галактион Васильевич Табидзе, (1891 – 1959) – великий грузинский поэт. Выбросился из окна лечебницы.

2) *экономические неурядицы*, заставляющие индивида почувствовать себя социально некомпетентным, т.е. обеспечить себе и близким минимальный уровень жизнедеятельности (еда, жилье, одежда и т.п.);

3) *потеря близкого* (любимого человека, реже – живого существа), олицетворявшего выраженную, сильную эмоциональную привязанность суицидента;

Примеры:

Шарль Барбара, (1817 – 1866) – французский писатель круга Шарля Бодлера. Выбросился из окна после смерти жены и сына.

Карин Бойе (1900 – 1941) – шведская писательница. Отравилась по причине любви к двум женщинам сразу. Ушла в лес, захватив с собой пузырек со снотворным. Тело обнаружили несколько дней спустя. Умерла от переохлаждения.

Димитр Иванов Бояджиев (1880 – 1911) – болгарский поэт. Покончил с собой из-за неразделенной любви к замужней женщине.

Отто Вейнингер (1880 – 1903) – австрийский писатель и философ. Проповедовал бисексуальность, но запутался в своих чувствах. Застрелился, специально для этой цели сняв комнату в доме, где умер Л. Бетховен.

Рене Вивьен (1877 – 1909) – французская поэтесса английского происхождения. Лесбиянка, подруга известной актрисы Сары Бернар. Заморила себя голодом.

4) *интимно-личностные конфликты* с утратой либо существенным изменением в негативную сторону эмоционально-значимых отношений. Следует помнить, что такого рода перемены достаточно часто переживаются более интенсивно чем потеря близкого в связи с его смертью.

Примеры:

Габриэль да Коста (1585 – 1640) – нидерландский публицист и мыслитель. Будучи иудеем по вероисповеданию, был за что-то наказан публичной поркой у порога синагоги. Не выдержал позора и застрелился.

Майкл Доррис (1945 – 1997) – американский писатель. Его жена обвинила его в приставании к приемной дочери, и он отравился снотворным, надев на голову целлофановый пакет.

Альфред фон Майсснер (1822 – 1885) – австрийский писатель моравского происхождения. Друг Г. Гейне. Перерезал себе горло после обвинений в плагиате.

Травматичность способа. Существенным так же является наличие достоверных данных о способе причинения себе смерти, известно, что истинные самоубийцы выбирают однозначно-травматичный способ [38].

Примеры неоднозначно-травматического способа:

Хосе Мария Аргедас (1911 – 1969) – перуанский писатель. Застрелился, но неудачно – агония продолжалась пять дней.

Виктор Викторович Гофман (1884 – 1911) – русский поэт круга В. Брюсова. Застрелился со второй попытки.

Рэндалл Джаррелл (1914 – 1965) – американский поэт, прозаик, критик. Сначала перерезал себе вены, но был спасен. После чего бросился под машину.

Костас Кариотакис (1896 – 1928) – греческий поэт. Застрелился, накануне безуспешно пытался утопиться, оставил предсмертную записку: «Очень не советую топиться тем, кто умеет плавать».

Нина Ивановна Петровская (1879 – 1928) – русская поэтесса-символистка. Рано пристрастилась к морфию, много пила. Не раз пыталась покончить с собой: сначала выбросилась из окна (осталась хромой), пробовала через укол булавкой заразиться трупным ядом, в конечном итоге отравилась газом.

Александр Николаевич Радищев (1749 – 1802) – русский писатель, поэт, философ. Сначала принял яд, а потом еще и пытался зарезаться бритвой. Умер после долгих мучений.

Эдвард Стахура (1937 – 1979) – польский поэт, первоначально бросался под поезд, который отрезал ему руку, затем повесился в собственном доме.

Доведение до самоубийства [39 – 42]. В ряде стран мира предусмотрена уголовная ответственность и за попытку самоубийства. Российское дореволюционное право (Уголовное уложение 1903 г.) наказывало склонение к самоубийству. В большинстве действующих уголовных кодексов (далее – УК) постсоветских государств предусматривает ответственность за доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство. Доведение до самоубийства причиняет смерть или создает угрозу причинения смерти другому человеку. В отличие от убийства причиной смерти в данном случае являются действия самого потерпевшего. Важно, чтобы эти действия были специально направлены на лишение себя жизни. В силу этого не могут квалифицироваться как доведение до самоубийства, даже при наличии соответствующих действий виновного, ситуации, когда смерть потерпевшего является результатом его собственных неосторожных действий (например, когда потерпевший, спасаясь от жестокого обращения, срывается с карниза или окна).

Покушение на самоубийство – это неудавшаяся, реальная попытка лишить себя жизни, когда потерпевший выполнил все действия, направленные на причинение себе смерти, но она не наступила по независящим от него обстоятельствам.

Если действия виновного привели лишь к приготовлению потерпевшего к самоубийству либо если потерпевший лишь инсценировал покушение на самоубийство, то обвинение в доведении до самоубийства не может быть предъявлено. Доведение до самоубийства предполагает наличие непосредственной причинной связи между фактом самоубийства или покушения на него и преступными действиями обвиняемого.

Объект доведения до самоубийства: общественные отношения, складывающиеся по поводу реализации человеком естественного, подтвержденного международными и конституционными актами права на жизнь и обеспечивающие безопасность жизни. Уголовный закон в равной мере охраняет жизнь каждого лица независимо от состояния его здоровья, моральных свойств и т.д. Потерпевшим от преступления является любое лицо вне зависимости от его возраста, состояния здоровья и взаимоотношений с виновным.

Объективная сторона преступления. Объективная сторона доведения до самоубийства выражается деянием в форме действия или бездействия, последствием в виде самоубийства или покушения на самоубийство

потерпевшего и причинной связью между ними. Выражается в определенных действиях (в отдельных случаях – в бездействии), способы которых описаны законодателем и состоит в совершении виновным вполне определенных действий, толкающих потерпевшего на самоубийство. К таким действиям относятся угрозы, жестокое обращение и систематическое унижение личного достоинства. Самоубийство на почве личных отношений между потерпевшим и обвиняемым не может быть поставлено последнему в вину, если не будет установлено, что самоубийство явилось результатом жестокого или иного подобного обращения обвиняемого с потерпевшим. Обращение виновного с потерпевшим в случаях самоубийства последнего должно носить общественно опасный и противоправный характер, а потому не может квалифицироваться как противоправная ситуация, при которой самоубийство происходит в результате правомерных действий со стороны третьих лиц (например, самоубийство после правомерного увольнения, привлечения к ответственности и т.д.).

Угрозы представляют собой противоправное, общественно опасное, информационное воздействие на психику потерпевшего, заключающееся в обнаружении субъективной решимости причинить вред его правоохраняемым интересам. Важно, что законодатель говорит об угрозах как способе доведения до самоубийства во множественном числе. По своему содержанию угрозы могут быть различными. Для квалификации содеянного как доведения до самоубийства не имеет значения, чем угрожает виновный: причинением смерти или вреда здоровью; разглашением сведений, которые потерпевший желал сохранить в тайне; увольнением с работы; разводом; отобранием ребенка; выселением; лишением средств к существованию; поджогом дома или уничтожением другого имущества и т.д. Для признания угрозы способом доведения до самоубийства имеет значение не только ее содержание, но и повторяемость, продолжительность. Даже незначительная угроза может довести потерпевшего до самоубийства, если принимает характер травли. С другой стороны, не всякая угроза, однократно высказанная, даже серьезная по содержанию, может рассматриваться как способ доведения до самоубийства. Для наличия состава преступления не имеет значения форма, в которой выражаются угрозы: устно или письменно, открыто или анонимно.

Понятие «жестокое обращение» является оценочным признаком, характеризующим безжалостное, грубое поведение виновного, причиняющее потерпевшему физические и психические страдания. Жестокое обращение предполагает некоторую систему поступков, которые сами по себе могут выражаться как в действии, так и в бездействии. Именно система поступков,

связанных единым умыслом, отражает общую линию поведения субъекта и может свидетельствовать о характере его обращения с потерпевшим. Жестокое обращение может выражаться как в совершении действий, образующих самостоятельный состав преступления (например, умышленное причинение вреда здоровью, истязание), так и в иных действиях. Жестоким обращением могут быть признаны, в частности, незаконное лишение свободы, незаконное помещение в психиатрический стационар, понуждение к действиям сексуального характера, лишение пищи, жилья, работы, ущемление иных прав потерпевшего. Закон не требует систематичности этих действий, однако важно установить, что они были направлены на доведение потерпевшего до самоубийства.

Систематическое унижение человеческого достоинства — это совершенные три раза и более, связанные единым умыслом и отражающие единую линию поведения субъекта проявления унижительного обращения с потерпевшим. Систематическое унижение человеческого достоинства может заключаться в постоянных оскорблениях, клевете, распространении ложных слухов, издевательствах, циничном высмеивании физических недостатков жертвы и т.п. особенно в присутствии третьих лиц, а также систематических необоснованных придирках на работе, незаконном увольнении. Следует иметь в виду, что деяние не может выражаться в законных действиях, например, в законном привлечении в качестве обвиняемого, увольнении с работы вследствие ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, разрыва семейных или интимных отношений и т.п.

Обязательным признаком объективной стороны данного преступления является самоубийство (причинение смерти самому себе) или покушение на самоубийство потерпевшего. Только с этого момента преступление признается оконченным. Одно лишь высказывание намерения покончить с собой, приготовление к самоубийству, составление предсмертной записки не образует еще состава преступления, предусмотренного комментируемой статьей. Необходимо также наличие причинной связи между действиями виновного и наступившими последствиями в виде самоубийства или покушения на самоубийство. Состав рассматриваемого преступления будет иметь место только в том случае, если самоубийство или покушение на самоубийство явились результатом угроз, жестокого обращения с потерпевшим или систематического унижения его человеческого достоинства.

Если потерпевший совершает самоубийство в ответ на правомерные действия лица (например, при угрозе привлечения к ответственности, разоблачения преступной деятельности), то состав преступления отсутствует.

Субъективная сторона. Субъективная сторона доведения до самоубийства характеризуется умышленной формой вины. Согласно закону уголовной ответственности, за доведение до самоубийства подлежит лицо, совершившее это преступление с прямым или косвенным умыслом. Виновный сознает, что указанным в законе способом принуждает потерпевшего к самоубийству, предвидит возможность или неизбежность лишения им себя жизни и желает (прямой умысел) или сознательно допускает наступление этих последствий либо относится к ним безразлично (косвенный умысел). С субъективной стороны доведение до самоубийства может быть совершено с любой формой умысла. При прямом умысле виновный предвидит возможность самоубийства потерпевшего и желает этого, а при косвенном - сознательно допускает тот же результат. Потерпевший принимает решение расстаться с жизнью и сам же приводит его в исполнение, руководимый своим сознанием и волей. В принципе возможно и неосторожное доведение лица до самоубийства.

Склонение к самоубийству малолетнего ребенка или невменяемого следует рассматривать как убийство путем опосредованного причинения смерти. Возможно также физическое принуждение лица к самоубийству, когда жертва лишается возможности проявить свою волю. Такие действия виновного также представляют собой убийство.

Субъект доведения до самоубийства – это вменяемое физическое лицо, достигшее 16-летнего возраста. Субъектом преступления может быть лицо, от которого потерпевший находится в служебной, материальной или иной зависимости, а также любое другое лицо.

Особенности самоубийств в правоохранительных органах.

По данным Г.С. Човдыровой (2003) в начале XXI века в органах внутренних дел (далее – ОВД) РФ ежегодно происходило от 300 до 400 самоубийств [43].

Ю.Г. Касперович (2004), в результате изучения данной проблемы, установила следующие закономерности самоубийств в органах внутренних дел [44]:

1. Суицидальное поведение сотрудников ОВД характеризуется высокой летальностью, имеет распространенный характер (25 на 100 тысяч сотрудников за 1998 – 2003 гг.) и тесно связано с социально-психологическим климатом в

служебном коллективе, а также экстремальными условиями выполнения сотрудниками оперативно-служебных задач, продолжительностью пребывания личного состава в условиях чрезвычайных обстоятельств.

2. Наиболее суицидоопасным для сотрудников ОВД является возраст 30 – 40 лет (44 % случаев суицидов), стаж службы менее 3 лет (39% суицидов). Частота самоубийств в системе МВД России тесно связана с психологическими особенностями, профессиональной деятельности сотрудников, экстремальными условиями выполнения задач при проведении контртеррористических операций: каждый пятый сотрудник из числа самоубийц - участник боевых действий.

3. Суицидальные действия совершаются сотрудниками ОВД чаще всего в выходные дни (42%) по месту жительства (65%) с нуля часов до шести часов утра (32%) и восемнадцати до двадцати четырех часов (26%). Каждое пятое самоубийство осуществлено во время несения службы (20%) с помощью табельного оружия (22%), в служебном помещении (11%).

4. Анализ эмпирических материалов позволил определить наиболее типичные конфликтные ситуации, побудившие сотрудников принять решение о самоубийстве. Они включают конфликты в семье (50 %), конфликты в служебном коллективе (20%), правовые конфликты (15%), другие случаи (15 % переживания по поводу своего заболевания, материальных затруднений, бытовых проблем). При этом мотивы суицидальных действий выступали в виде устойчивых сочетаний двух или более сфер конфликтов.

5. Суицидальное поведение сотрудников ОВД связано и определяется индивидуально-психологическими особенностями личности, среди которых доминируют сниженная стрессоустойчивость, импульсивность, эгоцентризм, инфантильность, тревожность, неудовлетворенность собой, замкнутость, депрессивность, заниженная самооценка, недостаточный самоконтроль, неуверенность в себе, повышенная ранимость, снижение компенсаторных механизмов психологической защиты, бескомпромиссность, неспособность адекватно решать конфликты в сфере межличностных отношений.

Разновидности самоубийства. Необходимо так же отграничивать особые разновидности самоубийства:

- парное (двойное) – умышленное лишение себя жизни двумя близкими, высоко эмоционально значимыми друг для друга лицами;

Примеры:

Такэо Арисима (1878 – 1923) – японский писатель. Повесился вместе с любовницей. При этом оставил сиротами троих детей (их мать умерла раньше).

Станислав Игнацы Виткевич, (1885 – 1939) – польский драматург, прозаик, художник, теоретик искусства. Перерезал себе шейную артерию. Это должно было быть двойное самоубийство, но его любовница осталась жива.

Виктор Александрович Дмитриев, (1905 – 1930) – русский писатель. Совершил двойное самоубийство с молодой писательницей Ольгой Ляшко: согласно договоренности, застрелил сначала ее, потом себя.

Артур Кёстлер, (1905 – 1983) – английский писатель. Вместе с женой ушли из жизни одновременно, приняв смертельную дозу снотворного.

Генрих фон Клейст, (1777 – 1811) – немецкий драматург. Застрелился вместе с приятельницей на берегу Ванзее.

Эрнест Кордеруа, (1825 – 1862) – французский поэт и публицист. Решил уйти из жизни вместе с женой и гонялся за ней по саду с пистолетом, но она сумела убежать. Перерезал себе вены.

Стефан Цвейг, (1881 – 1942) – австрийский писатель, критик, автор множества беллетризованных биографий. Отравился вместе с женой Лоттой.

- расширенный (альтруистический) суицид, которому предшествует убийство наиболее близких людей с целью избавить их от (чаще мнимых и существующих лишь в воображении суицидента) страданий и лишений;

Примеры:

Жак Ваше, (1895 – 1919) – французский поэт. Отравился и одновременно вероломно отравил двух своих друзей, зашедших к нему в гости.

Анатолий Корнелиевич Виноградов, (1888 – 1946) – советский писатель, автор исторических романов. Выстрелил в себя, жену и сына. Сын выжил.

- аномическое – связанное с утратой длительно культивируемого мировоззрения, идеалов, ценностей, либо с состоянием изолированности и отчужденности.

Примеры:

Уильям Бекфорд, (1760 – 1844) – самый богатый писатель своего времени. Выстроил себе готический замок и устраивал в нем гомосексуальные оргии. Уже в старости за разврат был выслан за границу. Был этим так расстроен, что перестал принимать пищу и умер от истощения.

Иван Андреевич Болдырев, (1903 – 1933) – русский писатель. Был арестован НКВД, но сумел бежать из Сибири на Запад. Живя в нищете в Париже, отравился вероналом от безысходности.

Симона Вайль, (1909 – 1943) – французская писательница, философ. Заморила себя голодом, протестуя против немецкой оккупации.

Евгения Семёновна Вебер-Хирьякова, (1893 или 1895 – 1939) – русская журналистка, критик, прозаик, переводчица. Отравилась через несколько дней после нацистской оккупации Варшавы; пыталась отравить семилетнюю дочь.

Ромен Гари, (1914 – 1980) – французский писатель русского происхождения, единственный лауреат двух Гонкуровских премий. Застрелился, написав прощальное письмо: «Я сказал все».

Роберт Ирвин Говард, (1906 – 1936) – основоположник «героического фэнтези». Был так расстроен смертью матери, что закрылся в автомобиле и застрелился.

Юлия Владимировна Друнина, (1924 – 1991) – русская советская поэтесса. Оставив предсмертную записку, задохнулась от выхлопных газов в гараже. Из ее записки был сделан вывод, что причиной ее ухода из жизни стал распад СССР.

Иван Васильевич Игнатъев, (1882 – 1914) – русский поэт. Будучи гомосексуалистом, перерезал себе горло бритвой после первой брачной ночи, предварительно попытавшись убить жену.

Всеволод Гаврилович Князев, (1891 – 1913) – русский поэт, один из любовников литератора Михаила Кузмина. Застрелился от несчастной любви к О.Глебовой-Судейкиной, чему посвящена «Поэма без героя» А.Ахматовой.

Надежда Григорьевна Львова, (1891 – 1913) – русская поэтесса. Поклонница В. Брюсова, впоследствии его любовница. В. Брюсов, игравший в демонизм, понемногу приучал Надежду к мысли о самоубийстве и подарил ей браунинг, из которого она в минуту отчаяния и застрелилась.

Александр Александрович Фадеев, (1901 – 1956) – русский советский писатель. Застрелился на даче, не выдержав разоблачений культа личности и погрязнув в алкоголизме.

- суицидомания – постоянное, неослабевающее стремление во что бы то ни стало покончить жизнь самоубийством.

Требования к материалам для анализа факта причинения смерти собственноручно. Указанные материалы востребованы, прежде всего, при следующих обстоятельствах:

- служебное расследование в связи с собственноручной смертью сотрудника, чаще военнослужащего, работника правоохранительных органов, реже – гражданского служащего;
- следственной либо судебной ситуацией, в связи с подозрением на доведение лица до самоубийства. Ф.С. Сафуанов указывает, что чаще это лицо, потерпевшее от изнасилования, которое совершает самоубийство [33]. Наша, почти 30-ти летняя практика, не подтверждает этот тезис.

В любом случае объектом анализа выступает умерший человек. При этом решаются задачи:

- диагностическая: исследование индивидуально-психологических особенностей; личности; психического состояния в период, предшествовавший смерти;
- ситуационная: исследование комплекса факторов, которые могли выступать причиной(ами) и условиями, спровоцировавшими причинение смерти собственноручно.

Для определения суицида и исключения других причин смерти ключевым является такой признак личности, как намерения. В свою очередь, и это облегчает задачу, имеются объективные признаки, позволяющие диагностировать намерения субъекта. Эти признаки могут быть обнаружены как в вербальном, так и в невербальном материале: записных книжках, аудио– и видеозаписях, дневниках, рисунках и т.д. К их числу относятся следующие обстоятельства:

- неожиданные, несогласующиеся со стилем жизни экспортируемого лица приготовления к смерти. Например, проявления необъяснимой щедрости, неожиданное раздаривание имущества, внезапно возникающая активность по обеспечению будущего детей, любимых животных и т.п.
- появления в разговорах тем прощания, неизбежности смерти. Примеры: «Меня уже ничего не радует», «Вы для меня много значите».
- проявление бессилия, беспомощности.
- проявление сильной физической или душевной боли, страдания. Примеры: «Эта боль меня убивает. Я не в силах больше ее выносить». Косвенные проявления непереносимой боли, например, отсутствие облегчения после обычных медицинских процедур.
- интерес к смертоносным средствам и способам ухода из жизни.
- меры предосторожности, направленные на то, чтобы не помешали совершить суицид: выбрано уединенное место, двери заперты и т. п.
- указания на то, что покойный знал потенциальные возможности выбранных им средств смерти. Например, знал летальную дозу употребленного им ядовитого вещества.
- попытки и угрозы суицида в прошлом.
- стрессовые события или ощутимые потери, как состоявшиеся, так и предстоящие. Пример: потеря близкого, разрыв с любимым, крах карьеры, утрата самоуважения, финансовое банкротство.
- тяжелые депрессии или психические расстройства.

Исходя из вышесказанного можно сформулировать требования к материалам для анализа факта причинения смерти собственными действиями. Эти данные подлежат обязательному выяснению у родственников, знакомых, сослуживцев (соучеников) и фиксации:

- типические, свойственные повседневно, обыденные формы поведения суицидента, его интеллектуальные, эмоционально-волевые характеристики, свойства личности и особенности отношения к окружающим, себе, материальному миру, его интересы и увлечения;
- наличие аутоагрессивного поведения: стремление говорить о себе в уничижительном ключе, приписывать себе различного рода неблагоприятные, отрицательно характеризующие черты, причинять себе боль и страдания, вплоть до самоповреждений как у самого суицидента, так и его близких родственников (отца, матери, бабок, дедов, братьев и сестёр);
- наличие рискованного поведения: пренебрежение требованиями личной, производственной и социальной безопасности;
- наличие демонстративно-шантажного поведения: различного рода действия, привлекающие внимание к его персоне как способ достижения субъективно-значимых целей;
- высказываемое и демонстрируемое отношение к смерти (в том числе разговоры о смерти в целом и в связи с какими-либо реальными ситуациями, особенности эмоциональной реакции на чью-либо смерть и т.п.);
- особенности поведения отдельно за несколько месяцев до смерти и за несколько дней до смерти: настроение, деятельность, высказывания;
- неожиданное, несогласующееся с обычным образом жизни поведение: щедрость, действия по обеспечению близких и т.п.;
- высказывания, связанные с: прощением, завуалированным извинением перед близкими, переживаниями боли и страданий, беспомощности;
- интерес к способам и средствам покончить с собой;
- наличие выявленного прогрессирующего хронического заболевания, либо каких-либо длительно существующих болезненных симптомов, в первую очередь болевых и косметических (т.е. внешне заметных изменений облика);
- наличие выраженных финансовых затруднений, обусловленных: потерей работы, наличием долгов (в том числе и кредитов), игровой зависимостью (казино, игровые автоматы и т.п.). Возможные угрозы и другие действия со стороны кредиторов и их уполномоченных;

- возможная потеря близкого человека либо живого существа, к которому искомое лицо было выражено привязано в срок до нескольких лет тому назад;
- существенные перемены в сторону ухудшения значимых отношений с близкими, любимыми, сослуживцами (соучениками) и т.п.;
- наличие каких-либо зависимостей: от химических веществ (наркомания, токсикомания, алкоголизм), от виртуального мира (чрезмерная привязанность к интернет-общению, интернет-сёрфингу либо сетевым играм), от развлечений (игромания, чрезмерное времяпрепровождение в местах отдыха и забав).

В обязательном исследуются:

- дневники, письма, записки (в том числе и предсмертные) как в бумажном, так и в электронном виде и после соответствующего оформления как вещественные доказательства, направляются эксперту;
- финансовые документы, имеющие отношение к материальному положению самоубийцы.

Организация взаимодействия и расследования случаев самоубийств.

Для организации работы по постоянной профилактической работе, мониторингу, а также действий в ситуации факта суицида/суицидальной попытки необходимо выделение, отдельным Приказом руководства органа (учреждения), должностного лица, в обязанности которому вменяется выполнение мероприятий по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения. Также необходимо утверждение не менее двух порядков:

- по выявлению лиц, находящихся в кризисном состоянии, имеющих признаки суицидального поведения;
- действий в случае суицида/суицидальной попытки.

При возникновении случая совершения суицида/суицидальной попытки, независимо от места совершения (во время прохождения обучения/подготовки, на рабочем месте либо в быту), незамедлительно, в телефонном режиме с дублированием другими способами связи (факс, электронная почта и т.п.) информируются:

- орган экстренной медицинской помощи;
- орган внутренних дел и прокуратура по месту совершения суицида/суицидальной попытки;
- руководство органа (учреждения);

- руководство профильного для органа (учреждения) ведомства либо министерства.

Сразу же создается Комиссия по служебному расследованию суицида/суицидальной попытки, которая действуя в соответствии с законодательством:

- проводит расследование обстоятельств и причин суицида/суицидальной попытки;
- подготавливает справку служебного расследования;
- составляет акт о несчастном случае по утвержденной законодательно форме;
- план мероприятий по устранению причин и условий, приведших к случаю суицида/суицидальной попытки.

Комиссия обеспечивает предоставление материалов расследования (копии приказа о создании комиссии, справку о результатах служебного расследования, акт о несчастном случае) в сроки, установленные вышеуказанным Приказом, в профильное для органа (учреждения) ведомство либо министерство.

Для удобства подготовки оповещения разрабатывается и утверждается тем же Приказом Форма оперативной информации о факте суицида/суицидальной попытки.

Тем же Приказом целесообразно утвердить требования к Справке о результатах служебного расследования по факту суицида/суицидальной попытки. Стандартно данная справка состоит из трех разделов.

В первом разделе, вводном, указывается состав Комиссии, дата и номер приказа о её создании и основания для её создания – факт суицида/суицидальной попытки. Здесь же приводятся данные (если они установлены) о лице, которое совершило суицид/суицидальную попытку: Ф.И.О. суицидента; пол; дата рождения; домашний адрес; образование; состав семьи (мать, отец, братья, сестры, супруг(а), а также перечисляются все, кто проживал совместно с суицидентом), их место работы или учебы, должность; год рождения; место учебы (работы, службы) суицидента, должность; перенесенные суицидентом заболевания; его вредные привычки. Указывается кем (Ф.И.О., должность), когда (время, дата), каким образом (по телефону, факсом и т.п.) и кому (Ф.И.О., должность) были переданы сведения о факте суицида/суицидальной попытки. Если какие-то данные неизвестны, то указывается, что соответствующих сведений не имеется либо не установлено.

Во второй части Справки указываются в обязательном порядке:

- известные обстоятельства суицида (дата совершения суицида; место совершения суицида; способ совершения суицида; кто присутствовал при совершении суицида; время обнаружения тела; кто обнаружил тело; непосредственный повод суицида (описание ситуации); наличие предсмертной записки и ее содержание;
- обстоятельства, предшествовавшие суициду (высказывались ли ранее суицидальные намерения (когда, кому, в какой форме, при каких обстоятельствах); отмечалось ли состояние алкогольного (наркотического) опьянения; рискованное поведение; причинение самоповреждений; неадекватные эмоционально обусловленные поступки и т. п.); характерные особенности личности, способствовавшие совершению самоубийства;
- даётся характеристика семейного окружения; наследственной отягощенности суицидальными действиями и случаями скоропостижной смерти близких родственников в результате несчастных случаев; характеристика семейно-бытовых условий; характеристика окружения в органе (учреждении) образования, по месту работы (службы), взаимоотношений с соучениками (сотрудниками, сослуживцами), учителями (непосредственным руководством, начальством), руководством органа (учреждения) образования, места работы (службы); наличие друзей, увлечения и участие в неформальных группах; взаимоотношения с противоположным полом и наличие сексуальных контактов; ухудшения значимых отношений с близкими, любимыми, соучениками (сотрудниками, сослуживцами); наличие экономических, финансовых и социально-экономических неурядиц; наличие хронических заболеваний; потеря (утрата) близкого человека либо живого существа в срок до нескольких лет тому назад; наличие каких-либо зависимостей: от химических веществ (наркомания, токсикомания, алкоголизм), от виртуального мира (чрезмерная привязанность к интернет-общению, интернет-сёрфингу либо сетевым играм), от развлечений (игромания, чрезмерное времяпрепровождение в местах отдыха и забав) и иные выявленные значимые обстоятельства;
- содержание акта судебно-медицинской экспертизы.

Если какие-то данные неизвестны, то указывается, что соответствующих сведений не имеется либо не установлено.

В третьей части Справки:

- даётся заключение о: причинах и условиях совершения суицида/суицидальной попытки; непосредственном поводе совершения

суицида/суицидальной попытки; возможно причастности других лиц к её совершению;

- формируется комплекс мероприятий по устранению причин и условий, профилактических мероприятиях.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что анализ случая суицида/суицидального поведения должен базироваться исключительно на установленных фактах и достоверных фактических данных. Установление причин и условий должно учитывать правило причинно-следственной связи: "если при мысленном исключении определенного явления из всей суммы факторов, предшествовавших явлению, обнаружим, что последствия не наступили или наступили иным образом, либо в иное время, то исключенный фактор является причиной". Следует помнить, что причина производит следствие, а повод только облегчает формирование соответствующего поведения, но не является причиной.

Литература

1. Седнев В.В. Проблемы экспертного обеспечения расследований доведения до самоубийства / В.В. Седнев, И.Н. Некрасова, С.Л. Шлимили // Медицинская психология, 2009. – № 2-3 (14 – 15). – С. 65-70.
2. Белогурова С.В. Теоретические и прикладные аспекты анализа самоубийств // «Слово»: Вісник Макіївського економіко-гуманітарного інституту: Актуальні проблеми психологічної теорії та практики [Текст]: Матеріали щорічної науково-практичної конференції Асоціації психологів Донбасу з міжнародною участю / С.В. Белогурова, В.В. Седнев. За ред. кафедри психології ДонНУ. – Макіївка: Макіївський економіко-гуманітарний інститут, 2009 – С. 37-39.
3. Жабокрицький С.В. Визначення поняття «самогубство» та його диференціація з іншими випадками смерті: методичні рекомендації / С.В.Жабокрицький – К., 1996. – 18 с.
4. Абрумова А.Г. Предупреждение самоубийств / А.Г.Абрумова, С.В.Бородин, А.С.Михлин. – М.: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. – 164 с.
5. Войцех В.Ф. Суицидология / В.Ф.Войцех. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
6. Полотовская И.Л. Смерть и самоубийство: Россия и мир (Историко-культурологическое развитие проблематики с древнейших времен до наших дней) / И.Л. Полотовская. – СПб.: ДМИТРИЙ БУЛАНИН, 2012. – 328 с.

7. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014. – 96 p.
8. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография / Л.Н. Юрьева – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
9. Приказ министра здравоохранения Российской Федерации. – 1998. – 06 мая (№ 148).
10. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide // Preventive strategies on suicide / R. Diekstra et al. (Eds.). Leiden: Brill, 1995. – P. 1-34.
11. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014. – 96 p.
12. Васильев В.Л. Юридическая психология / В.Л. Васильев. – М.: Питер, 2014. – 656 с.
13. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 2. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – С. 18-30.
14. Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ // Суицидология, 2014. – Т. 5. - № 4(17). – С. 12-16.
15. Юрьева Л.Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология / Л.Н. Юрьева, А.Е. Юрьев // Суицидология, 2013. – Т. 4. – № 3 (12). – С. 70-76.
16. Положий Б.С. Макросоциальные детерминанты частоты суицидов в России / Б.С. Положий // Материалы съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 446-447.
17. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Э.Дюркгейм / Пер. с фр. с сокр.; Под. ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
18. Степаненко М. Самоубийство: отношение Православной Церкви, его духовные причины, участь самоубийц после их страшной смерти // Уфимские епархиальные ведомости. – 2006. – № 2-3. – С. 8-9.
19. Случаи самоубийств, описанные в Библии. Библейское учение о самоубийстве. [Эл. ресурс] – URL: <http://www.cogmtl.net/Articles/070a.htm>
20. Гершензон М.О. Избранное. Мудрость Пушкина / М.О. Гершензон. – М.: «Издательство «МБА», 2007 – 656 с.
21. Камю А. Бунтующий человек / А. Камю. – М.: Политиздат, 1990. – 415 с.
22. Красненкова И. П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида / И.П. Красненкова // Политические науки Вестник Моск. ун-та. – 1998. – сер. 12, № 6. – С. 18-33.; Спиженкова М.А. Самоубийство в системе социальных отношений. – Дис. ... к. филос. н. – М., 2002. – 168 с.

23. Пашковский В.Э. Суицидальное поведение и религиозность / В.Э. Пашковский, В.К. Шамрей, А.Г. Софронов, К.В. Днов, Н.Н. Рутковская // Суицидология, 2015. – Т. 6. – № 3(20). – С. 30-41.
24. Разводовский Ю.Е. Суицид как индикатор психосоциального дистресса: опыт глобального экономического кризиса 2008 года / Ю.Е. Разводовский // Суицидология, 2017. – Т. 8. – № 2(27). – С. 54-60.
25. Семенова Н.Б. Современные стратегии профилактики суицида у коренных народов: обзор зарубежной литературы / Н.Б. Семенова / Суицидология, 2017. – Т. 8. – № 2(27). – С. 3-20.
26. Зотов П.Б. Суицидальное поведение заключённых под стражу и осуждённых / П.Б. Зотов // Суицидология, 2017. – Т. 8. – № 2(27). – С. 60 – 70.;
27. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Фрейд З. Художник и фантазирование (сборник работ), — М.: Республика, 1995. – С. 252-259.
28. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М.: Эксмо-Пресс, 2000. – 480 с.
29. Bleuler E. Руководство по психиатрии /репринтное воспроизведения изд. 1920 г. – М.: Изд-во независимой психиатрической ассоциации, 1993. – 542 с.
30. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
31. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии в 2-х томах / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К.: Сфера, 1999. – 300 с. + 436 с.
32. Положий Б.С. Суицидальное поведение: клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты / Б.С. Положий – М.: ГНЦССП, 2010. – 229 с.
33. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза лица, покончившего жизнь самоубийством / Ф.С. Сафуанов // Юридическая психология: хрестоматия. – СПб.: Питер, 2001. – С. 439-449.
34. Амбрумова А.Г. О состоянии суицидологической службы в России / А.Г. Амбрумова, Г.В. Старшенбаум // Материалы XI съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 28-29.
35. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике / А.Г. Амбрумова // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М.: МНИИП, 1983. – С. 40-52.
36. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Том 6, № 4. – С. 14-20.

37. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология, 2015. – Т. 6. - № 1(18). – С. 3-7.
38. Водолазский Б.Ф. Психология осмотра места происшествия: учебное пособие / Б.Ф.Водолазский. – Омск: Научно-исследовательский и редакционно-издательский отдел Омской высшей школы милиции МВД СССР, 1979. – 43 с.
39. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / отв. ред. В. И. Радченко; науч. ред.: А.С. Михлин, В.А. Казакова; Верхов. суд Рос. Федерации. – 2-е изд., [перераб. и доп.]. – М.: Проспект, 2008. – 699 с.
40. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный): в 2-х томах / А.В. Бриллиантов, Г.Д. Долженкова, Э.Н. Жевлаков, Ю.Е. Пудовочкин; под ред. А.В. Бриллиантова; Российская академия правосудия. -2-е изд., науч. – М.: Проспект, 2015. – Т. 1. – 2015. – 792 с.
41. Комментарий к Уголовному кодексу РФ / отв. ред. В.М. Лебедев. – 13-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2013. – 1069 с.
42. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации: с учетом Федер. законов N 203-ФЗ, 211-ФЗ, 214-ФЗ, 252-ФЗ / отв. ред. Рарог А.И. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М.: Проспект, 2009. – 671 с.
43. Човдырова Г.С. Особенности суицидального поведения сотрудников органов внутренних дел и его профилактика / Г.С. Човдырова // Психопедагогика в правоохранительных органах, 2003. – № 1(19). – С. 94-99.
44. Касперович Ю.Г. Психологическое обеспечение профилактики суицидов среди сотрудников органов внутренних дел: Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 – М., 2004 – 193 с.

2.7 Ведение пациента с суицидом или самоповреждающим поведением. Роль психотерапии в снижении риска самоубийств.

2.7.1 Ведение пациента с суицидом или самоповреждающим поведением

С.В. Титиевский, В.Г. Клешина

Несмотря на многочисленные исследования в области профилактики суицидального поведения, а также моделей и схем организации суицидологической помощи, нет универсальной схемы, которая показывала бы себя максимально эффективной [4].

Стратегия развития отечественной суицидологии в организационном и практическом отношении была основана на принципах экстрамуральности по отношению к психиатрическим учреждениям при сохранении функциональной связи с ними [2]. В ходе теоретических, эпидемиологических, социологических и клинико-психологических исследований, проведенных в суицидологическом центре при Московском НИИ психиатрии МЗ РФ в 70 – 80-х гг. прошлого века под руководством А.Г. Амбрумовой, выкристаллизовалась трехзвеньевая система специализированной профилактики суицидов со взаимосвязанной структурой различных подразделений: ««Телефон доверия» – кабинет социально-психологической помощи – кризисный стационар» [8]. Впервые специализированная суицидологическая служба была организована в Москве, в 1976 году. Затем на базе полученного опыта, были основаны комплексные суицидологические службы в стране. В эти службы рекомендовалось включать кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар и «Телефон доверия» [2, 4]. Работа суицидологической службы регламентируется Приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.98 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

В настоящее время предупреждение самоубийств в населении давно вышло за рамки ведомственных, психиатрических возможностей и локальных мероприятий. Решение данной проблемы рассматривается как построение системы, которая объединяет меры медицинского, психологического, социального, правового и педагогического характера.

По содержанию профилактические мероприятия подразделяются на:

- специализированные психиатрические (собственно суицидологические);
- психологические – коррекционные, которые направлены на изменение личностных установок, повышение уровня психологической защищённости, активацию антисуицидальных факторов;
- общемедицинские – лечебные мероприятия, которые направлены на устранение соматических последствий после суицидальных попыток;
- социальные мероприятия, содержанием которых являются изменения социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов;
- информационно-обучающие программы для популяризации знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, а также создания специальных программ для студентов медицинских ВУЗов, врачей общемедицинской практики;
- информационно-корректирующие мероприятия, которые направлены на формирование здорового образа жизни, недопустимости преждевременного ухода из жизни, информирование населения о существовании телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи при поликлиниках [5].

Основой предупреждения самоубийств является их первичная профилактика [2]. По мнению ряда авторов, особое внимание в структуре

первичной профилактики необходимо обращать на своевременное выявление и лечение больных с аффективной патологией, а также алкоголизмом [26, 27]. Кроме того, существуют работы, свидетельствующие о необходимости обращения особого внимания на проблемы лиц пожилого возраста, а также молодежи и одиноких лиц [20].

Целью вторичной профилактики является предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса [6]. Купирование и предотвращение летальных исходов суицидального поведения достигается кризисным вмешательством, обеспечением поддержки, мобилизацией энергии со стороны окружающих, совместной выработкой конструктивных планов [28]. Соответственно, «Скорая помощь», реаниматологические и токсикологические центры и прочие общемедицинские структуры обеспечивают предупреждение летального исхода – это говорит о целесообразности расположения кризисных центров в структуре клиник общего профиля, либо крупных больниц и медицинских центров [31].

Третичная профилактика предусматривает устранение последствий суицидального поведения, а также предупреждение повторных суицидов [23, 30]. Кроме того, одной из целей третичной профилактики является реабилитация людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида, и при этом задействованы учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания [6]. Зарубежные исследования предлагают долговременные превентивные программы в национальных масштабах, которые способствуют снижению числа суицидов путем диагностики суицидальных интенций у людей, планирования ресурсов регулирования суицидального кризиса, а также разработки ряда процедур, которые имеют долговременный характер, для лиц, совершивших суицидальные попытки, а также родственников, близких людей, совершивших суицид, в том числе с летальным исходом [4, 34].

Важная роль в проведении urgentных терапевтических мероприятий пациентам с суицидами или самоповреждающим поведением принадлежит стационарному отделению скорой медицинской помощи (в США – отделению неотложной помощи (emergency department)). Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе, скорой специализированной, медицинской помощи» от 20 июня 2013 года N 388н, стационарное отделение скорой медицинской помощи является структурным подразделением медицинской организации и создается для оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. К основным функциям данного отделения, в частности, относятся: прием, регистрация и сортировка поступивших пациентов по степени тяжести состояния здоровья; определение медицинских показаний для направления пациентов в специализированные отделения медицинской организации, в которой создано данное отделение, или в другие медицинские организации; оказание скорой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Ургентные терапевтические мероприятия проводятся трем категориям больных:

- после совершенной суицидальной попытки;
- депрессивным больным с суицидальным поведением;
- пациентам с другой психической патологией и высоким риском суицида.

Больные после совершенной суицидальной попытки требуют тщательного обследования, мониторингования жизненно-важных функций и скрининга лекарственных препаратов в моче [15].

Направление в отделение неотложной помощи (ОНП) часто является предпочтительным вариантом, когда есть сомнения относительно безопасности пациента. Впервые попавшие в ОНП пациенты оцениваются и направляются для оказания стационарной помощи, когда считается, что необходимы дальнейшая оценка и неотложное лечение, причем ОНП служат входными воротами помощи многим пациентам, которые могут попасть в него для оценки возможности самоубийства различными путями. Некоторые приходят самостоятельно или приводятся добровольно. Другие доставляются против своей воли от имени соответствующих направивших, друзей, семьи или полиции [21, 47].

После того, как пациент прибыл, обязанностью клиницистов ОНП является оценка возможности самоубийства и разработка плана, который поможет снизить его риск. Напряженный процесс сортировки в ОНП – не место для исчерпывающих психиатрических историй и оценок; однако медсестры-сортировщицы или другие медработники могут быстро определить, нуждается ли пациент в более тщательной оценке. Скрининговые оценки, как правило, короче и проще, чем более исчерпывающие клинические оценки, и обычно имеют высокую чувствительность [47].

Существуют ключевые вопросы, которые необходимо в первую очередь выяснить у больного [15]:

- наличие ведущего стрессового фактора. Когда и почему суицидальные мысли стали определять поведение больного?
- почему именно сейчас? Были ли аналогичные ситуации в прошлом, и как пациент с ними справлялся?
- были ли суицидальные попытки в прошлом? Если да, то насколько они были тяжелы?
- планируется ли совершение суицида (повторение суицидальных попыток)?

Первоочередным терапевтическим мероприятием является оценка уровня риска суицида (оценка индивидуальных факторов риска и протекции) и разработка плана по его минимизации.

Клинический пример [47]

Р. – 64-летний бывший слесарь-водопроводчик, который получает пособие по инвалидности в связи с IV стадией хронического обструктивного заболевания легких. Он доставлен в ОНП сотрудником кабинета его терапевта. Р. зависит от кислорода, но продолжает курить и не соблюдает правила использования своего

кислородного баллона. Сегодня он обратился к своему терапевту за наркотическими препаратами от боли в пояснице.

Его терапевт предлагал ему антидепрессант в прошлом, но Р. неоднократно отказывался. Во время сегодняшнего визита он был опрошен с помощью варианта Анкеты здоровья пациента – 9 (Patient Health Questionnaire – 9) и положительно ответил на последний вопрос, сфокусированный на желании смерти и суицидальных мыслях. Дальнейший опрос его терапевта выявил, что Р. был обеспокоен возможностью ходить, не останавливаясь, чтобы отдышаться, только на короткие расстояния; он также боится, что больше не сможет выгуливать свою любимую собаку.

У него есть желание пассивной смерти и некоторые мысли о самоубийстве, в том числе, о том, что он «может» выстрелить себе в голову, если его физическое состояние ухудшится, но говорит, что «вероятно» этого не сделает. У него дома 2 единицы огнестрельного оружия, он живет один, и у него мало друзей. Его врач опасается, что Р. минимизирует количество и частоту употребления жидкости.

Р. развелся более 10 лет назад и проживает отдельно от детей и внуков. Он неохотно согласился на то, чтобы медработник проводил его в ОНП для дальнейшей оценки, но по прибытии сразу же требует, чтобы его отпустили домой.

В данном случае существует ряд факторов, которые необходимо сразу же правильно истолковать: кажущийся высокий риск самоубийства, возможная нелеченная депрессия и подозрение на злоупотребление алкоголем, малая семейная или иная социальная поддержка, коморбидная патология и пациент, который не желает, чтобы его лечили или даже оценивали.

Оценка самоубийств в учреждениях неотложной помощи чаще всего фокусируется на статических и динамических эпидемиологических факторах риска самоубийства, элементах, характерных для истории пациента, и оценке его психического состояния. Для тех, кто занимается оценкой самоубийств, важно знать факторы риска самоубийств, включая специфические для данного места факторы риска [47]. Например, направляющие лица, которые работают с коренными американцами, должны быть настроены на факторы, которые увеличивают или уменьшают риск [46].

Решение о приеме пациента в психиатрическое отделение, за редким исключением, может снизить риск. Но в отношении, как правило, большего процента не принятых пациентов необходимо сдерживать какое-либо чувство уверенности, и крайне важно планирование надлежащего уровня поддержки и последующего наблюдения [47]. Стоит отметить, что даже при исчерпывающем собеседовании и сборе данных существуют ограничения относительно того, насколько психиатры могут «знать» о внутреннем функционировании психики суицидального пациента. Например, на прямые вопросы о суицидальных идеях или намерениях при последнем в их жизни осмотре отрицательно ответили 78% совершивших завершённые стационарные самоубийства [24].

Документирование и важность формулировки [47]

Медицинские карты являются основным средством сбора и передачи клинической аргументации. При оценке суицида оценка риска – как часть более общей формулировки – должна отражать мышление клинициста, которое привело к решению о выписке или приёме на лечение. Документация позволяет передавать оказывающим дальнейшую помощь лицам информацию о риске, в том числе, – о необходимости повышенного уровня внимания при наблюдении. Эта коммуникация крайне важна для принимающих в стационар бригад и, при длительном пребывании в ОНП, для следующей смены лиц, осуществляющих помощь в ОНП.

Как указано выше, оценка риска самоубийства может включать решения о жизни или смерти, часто основанные на информации, которая может быть неполной. В психиатрическом ОНП формулировка риска может быть одной из наиболее важных частей медкарты. В идеале, оценка риска – это формулировка, основанная на значимом риске и защитных факторах. Договоры о безопасности с суицидальными пациентами мало что предлагают клинически и не имеют юридической силы. После того, как получен положительный результат при проверке повышенного риска самоубийства, необходима более тщательная оценка для характеристики риска и определения соответствующих последующих шагов. Тщательная формулировка может включать элементы, относящиеся ко всему психиатрическому спектру, включая психические заболевания, аспекты темперамента, употребления психоактивных веществ или другого проблемного поведения, а также любые жизненные проблемы, которые могут быть связаны с данным состоянием пациента (или даже вызывать его) [36].

Клинический пример [47]

Незадолго до полуночи 4 полицейских доставили в ОНП С., 35-летнего мужчину. На фоне высоких доз кокаина и синтетической марихуаны С. направил свой автомобиль в сторону машины скорой помощи, остановившейся на красный свет. Скорая помощь была повреждена, хотя, к счастью, в тот момент она не перевозила пациента, а экипаж экстренной медслужбы не пострадал. С. был невредим и на месте происшествия вначале симулировал сотрудничество с полицейскими, затем сбежал от них и был пойман. Служащие полиции амбивалентны в отношении заключения его под стражу из-за разрушительного, «сумасшедшего» поведения.

В ОНП он сквернословит, делая ряд угрожающих заявлений о своей собственной безопасности и безопасности других; он хвастается своим сексуальным мастерством, когда его сопровождают в приёмный покой. Помимо тех обвинений, с которыми он может столкнуться в связи с данным событием, ему через 2 дня предстоит судебное заседание, которое может быть чревато длительным тюремным заключением по обвинению в распространении наркотиков. В его психиатрической карточке обнаружены записанные с его слов сведения о диагнозах как биполярного расстройства, так и шизофрении, которые рассматривались как сомнительные, поскольку 2 последних госпитализации в

данное учреждение были связаны с диагнозами расстройства адаптации, расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, а также с признаками антисоциального и пограничного расстройств личности.

Его сводный брат и дядя умерли от самоубийства, а двоюродный брат по отцовской линии был вовлечен в торговлю наркотиками и умер при подозрительных обстоятельствах. По другой линии в его семейной истории присутствуют многочисленные родственники с наличием расстройств как настроения, так и связанных с употреблением психоактивных веществ. В промежутке между угрозами убить себя и всех остальных в ОНП он кричит: «Вы должны принять меня – я самоубийца» и настаивает на том, что катастрофа была попыткой самоубийства.

Опасности культуры «осадного менталитета» ОНП [47].

ОНП может быть весьма стрессовой средой, иногда являясь «острием копья» психиатрической деятельности; часто именно здесь сконцентрированы наиболее выраженные психиатрическая симптоматика, поведенческие проблемы и медико-правовой риск. Оценка самоубийств в условиях неотложной медицинской помощи является одной из самых сложных задач для клиницистов первого уровня. Работая в ОНП без более интенсивной подготовки, врачи, как указано выше, могут рефлексивно классифицировать пациентов, которых оценивают на предмет самоубийства, используя свой собственный опыт и догадки в качестве руководства. Они могут сократить количество типов пациентов до нескольких категорий:

1. Те, кто симулирует или «притворяется».
2. «Прямолинейные» пациенты, у которых присутствуют депрессия и мысли о самоубийстве и которые добровольно обращаются за лечением.
3. «Скрытные» – самые страшные пациенты, которые минимизируют или отрицают симптомы, в том числе намерение умереть от самоубийства, даже если они разработали тщательный план своей смерти.

Проблемность данного подхода состоит в том, что ни одна из этих групп не может быть определена с большой надежностью. Пациент во втором клиническом случае вызвал сильную реакцию у доставивших лиц, которые подвергались его угрозам и насмешкам. Некоторые возмущались тем, что он повредил скорую помощь общины с ограниченными ресурсами, и полагали, что он «устраивает шоу» как способ избежать последствий. Но, даже если это мнение верно, у симулирующего социопата, страдающего наркотической зависимостью, вероятность самоубийства в течение жизни, все же, намного выше, чем у других лиц в популяции, и он, если его подтолкнуть, может назло сделать нечто импульсивное, чтобы «доказать» собственные суицидальность или общую неустойчивость. Хотя возмущенная реакция на пациента, который пытается «провести» нас, понятна, это не позволяет нам игнорировать обязанность тщательных и рациональных оценки и планирования.

Культура безопасности [47].

Ряд новых подходов обещает повысить качество и безопасность медицинской помощи, оказываемой в условиях неотложной психиатрии. Инициатива "нулевого самоубийства" [49] начинается с предпосылки, что для тех, кто получает помощь, смерть от самоубийства можно предотвратить. Данная инициатива предусматривает учебные программы и ресурсы, такие как клинические и административные инструменты и стратегии, а также основанные на доказательных данных руководства по уходу. Этот подход основан на принципах повышения безопасности пациентов и фокусируется на проблемах системного уровня для решения проблем в сфере здравоохранения.

Модель науки о безопасности [19] помогает достичь существенного улучшения качества и безопасности в здравоохранении. Основные принципы, которые помогли снизить количество катетер-ассоциированных инфекций кровотока, могут быть применены и в практике экстренной психиатрии.

Комплексная программа безопасности на базе объединений (CUSP) [18] способствует формированию культуры безопасности и фокусируется на простых вопросах: «Как будет нанесен вред следующему пациенту?», «И как это можно предотвратить?». В рамках процесса CUSP создавалась междисциплинарная группа, в которую вошел широкий круг заинтересованных сторон: врачи и медсестры неотложной медицинской помощи, представители психиатрической службы, сотрудники службы безопасности, а также сотрудники юридического офиса или сотрудники канцелярии. Команда назначается старшим руководителем больницы. По завершению оценки культуры безопасности она рассматривается вместе с другой специфической для объединения информацией, которая предлагает общую картину данного объединения. Все аспекты помощи пациентам и опыта пациентов, персонала, семей и других лиц могут быть изучены. Программа CUSP направлена на создание и поддержание культуры безопасности, которая опирается на лиц, обеспечивающих помощь, для выявления зон риска и работы над решениями.

Группа CUSP, рассматривающая недостатки, связанные с оценкой самоубийств, может начать с изучения прошлых событий и «почти промахов», исследуя факторы, которые могли быть с ними связаны, такие как процесс сортировки, коммуникация между направляющими лицами и другим персоналом, переводы больных или даже проблемы с физическим окружением (например, очевидные угрозы безопасности в местах помощи пациентам). Старший руководитель команды может помочь в получении ресурсов, необходимых для повышения безопасности. При правильной организации деятельности, CUSP может вызвать более сильное чувство командной работы и общей миссии, создавая культуру, которая уходит от реактивного, «осадного» менталитета, когда даже пациенты и поставщики услуг являются «частью проблемы», к более проактивной (упреждающей) позиции, ведущей к решению общих проблем.

Несмотря на обещание будущих открытий и новых подходов к ведению суицидальных пациентов, акцент в данный момент сохраняется на основах оценки и базовой безопасности. По мере развития коллективных знаний о науке безопасности пациентов, полезные уроки других медицинских учреждений могут быть применены к психиатрическому ОНП, а также к уходу, оценке и лечению тех, кто направляется для оценки риска самоубийства. Дальнейшие научные достижения в понимании биологических основ самоубийства, подкрепленные более широкими принципами безопасности пациентов, дают надежду на лучшие результаты [47].

Важной задачей является выбор условий для проведения терапевтических мероприятий [10, 22]. Это ответственное решение в пользу или против госпитализации пациента. Оно должно быть взвешенным, базироваться на обеспечении безопасности пациента, при этом необходимо избегать мер чрезмерного стеснения. Существуют абсолютные показания для госпитализации и состояния, когда госпитализация возможна или целесообразна (таблица) [15, 22]. В других случаях лечение может оказываться в режиме дневного стационара, либо в других формах активной амбулаторной терапии. Наконец, в отдельных случаях помощь может оказываться в «обычных» амбулаторных условиях.

Таблица 2.2

Алгоритм urgentных терапевтических мероприятий при суицидоопасных состояниях

А. Абсолютные показания для госпитализации:
1) После суицидальной попытки или парасуицида, когда: - больной в психозе - тяжелая суицидальная попытка с высоким риском летальности - планируемый повторный суицид или активные мысли о суициде - риски повтора суицида трудно установить (в т.ч., когда пациент не раскрывает переживаний) - сохраняющиеся/усиливающиеся внешние факторы, явившиеся причиной суицида - мужской пол, возраст старше 45 лет, особенно если пациент первичный - у пациента нет/недостаточно семейной или социальной поддержки - наличие в психическом статусе следующих признаков/симптомов: возбуждение, импульсивность, не критичность и отказ от помощи - изменения психического статуса, вероятно, имеют органический генез (токсический, инфекции и др.)
2) Суицидальной попытки не было, имеются: - наличие плана суицида с высоким риском летальности - активные суицидальные мысли
Б. Госпитализация может быть необходима:
1) После суицидальной попытки или парасуицида и при наличии суицидальных мыслей, когда: - у пациента имеется другое тяжелое психическое расстройство - суицидальные попытки имели место в прошлом, особенно если они были тяжелыми

Продолжение табл. 2.2

- возможное наличие соматического заболевания (рак, инсульт и т.д.) - неэффективность (а также отказ от помощи) предыдущего лечения в амбулаторных и полустационарных условиях - необходимость обследования, в т.ч., лабораторно-диагностического - недостаточность семейной или социальной поддержки, плохие жилищные условия - терапевтический контакт трудно установить - удаленное проживание для амбулаторного лечения
2) Суицидальной попытки не было, о мыслях и/или планировании суицида больной также не сообщает. Однако, высокий риск суицида выявляется при оценке психического статуса либо подтверждается объективными данными (*)
В. Возможно лечение в режиме дневного стационара:
После суицидальной попытки, а также при наличии суицидального плана или мыслей, когда: - они являются реакцией на произошедшие события (межличностные проблемы, провал экзаменов т.д.), при условии, если взгляд пациента на ситуацию изменился - суицидальный план /мысли имеют низкий риск летальности - у больного имеется хорошая семейная/социальная поддержка - пациент сотрудничает, выполняет рекомендации, «заключен лечебный контракт»
Г. Другие формы помощи предпочтительнее госпитализации:
У больного очень длительное время присутствуют суицидальные мысли, также возможны незначительные самоповреждения (поверхностные порезы и т.д.) при наличии хорошей семейной/социальной поддержки и разработанного терапевтического плана в амбулаторных условиях

Примечания:

(*) Под установками на отказ от суицида понимается высказываемое пациентом понимание ситуации, его способность принимать самостоятельные адекватные решения с твердым отказом от последующих попыток. В отечественной практике данная оценка проводится психиатром, в ряде зарубежных стран это решение также может принимать врач общей практики.

Среди клинических признаков (кроме собственно суицидальных мыслей), наличие которых должно вызывать настороженность в плане риска суицида, необходимо отметить такие симптомы как тяжесть депрессии, идеи вины, самоуничижения, чувство безнадежности, выраженная тревога, а также отгороженность пациента с погруженностью в свои мысли.

Как видно из таблицы 2.2, госпитализация абсолютно необходима при установлении высокого риска повторения суицида, а также пациентам после тяжелых суицидальных попыток. Абсолютными показаниями к госпитализации после суицидальной попытки также являются наличие у больного психотических симптомов, малодоступности, возбуждения, импульсивности, а также не критичности к состоянию или отсутствие комплаенса. При установлении органической природы (интоксикация и др.) изменения психического состояния госпитализация также необходима. Существуют также ряд социальных и демографических факторов, при наличии которых лучше «перестраховаться». К ним относятся: отсутствие семейной

поддержки, а также мужской пол и возраст старше 45 лет. В стационаре за такими больными должно быть установлено круглосуточное непрерывное наблюдение, предпочтителен индивидуальный пост, применение фиксации противопоказано [10, 11]. Пациент должен находиться на расстоянии от окон и дверей. Из помещения надо изъять все предметы, которые могут служить орудием самоубийства.

Кроме того, существует целый ряд состояний или ситуаций, когда госпитализация не обязательна, но целесообразна. Это наличие тяжелого психического или соматического расстройства, неэффективность или плохая приверженность предшествующему лечению, повторные суициды в анамнезе, слабая семейная поддержка, удаленное проживание, а также необходимость проведения диагностического обследования. Кроме того, также желательно госпитализировать пациента, который вызывает определенную настороженность в плане риска суицида даже при отсутствии суицидальной попытки [15].

Выбор режима дневного стационара возможен при наличии у больного убедительных установок на помощь, лечение и отказ от суицида при имеющейся хорошей семейной поддержке. Данная форма лечения также возможна, если суицидальная попытка (план) характеризуется низким риском летальности [15].

Другие (амбулаторные) условия для помощи целесообразны после суицидальных (парасуицидальных) попыток с крайне низким риском летальности (например, поверхностные порезы) а также для пациентов, у которых суицидальные мысли присутствуют длительное время при наличии хорошей семейной поддержки и разработанного лечебного плана [15].

Старшенбаум Г.В. [14] на основе обследования 200 человек с реакциями дезадаптации, невротическими и психопатическими ситуационными реакциями, дистимией и психогенной депрессией, госпитализированных по поводу суицидоопасных состояний и получавших лечение в соответствии с программой кризисной терапии в специализированном кризисном стационаре на базе городской клинической больницы «Скорой помощи», даёт следующие рекомендации. Экстренная госпитализация в кризисный стационар показана лицам с реакциями дезадаптации и острой психогенной депрессией. При наличии невротических реакций и дистимии и невысоком суицидальном риске, предпочтительнее ведение в условиях кабинета социально-психологической помощи. Лиц психопатического склада с частыми декомпенсациями и хроническим суицидальным поведением необходимо направлять в кабинет суицидолога психоневрологического диспансера.

Таким образом, неотложные терапевтические мероприятия при суициде включают в себя два основных аспекта: обеспечение безопасности пациента и его клиническую оценку. Клиническая оценка должна быть направлена как на определение возможного психиатрического диагноза, так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение. Раннее выявление индивидуальных факторов, способных предупредить повторные

попытки, позволит обеспечить успех кризисной интервенции и психотерапии [15].

2.7.2 Роль психотерапии в снижении риска самоубийств.

С.В. Титиевский, А.В. Кравчук

Как правило, в одиночку кризисные проблемы решить не удастся. Выход из кризиса требует микросоциальной и эмоциональной поддержки, а также коррекции суицидогенных установок. В ряде случаев кризисным пациентам необходим тренинг недостающих им навыков адаптации к сложившейся жизненной ситуации. Дифференцированный подход к суицидентам требует клинической квалификации формы суицидоопасной реакции. Таким образом, кризисные проблемы затрагивают ряд областей: психологию, педагогику и психиатрию. Поэтому ведущим методом помощи суицидентам должна быть психотерапия как дисциплина, располагающаяся на стыке этих областей. Однако традиционные методы психотерапии, рассчитанные на лечение больных без суицидального риска, оказываются малопригодными для решения кризисных проблем. Весьма актуальной становится задача разработки и внедрения в широкую практику новых специфических методов психотерапии, которые позволили бы эффективно купировать суицидальные тенденции и предотвращать их развитие в будущем [14].

Важное значение при оказании помощи суицидентам придается кризисной психотерапии как начальному этапу помощи пациентам. Она наиболее показана в пресуицидальном периоде, когда существует еще возможность предотвращения суицидальных действий. Почти все пациенты, совершившие суицидальную попытку или выявляющие суицидальные намерения, нуждаются в психологической поддержке [12].

Основные принципы кризисной терапии в соответствии с социально-психологическим подходом ее основателей [9, 25] сводятся к следующему [14]. Поскольку кризис длится не более шести недель и локализуется в социально-психологической сфере, кризисная терапия должна быть краткосрочной; кроме того, она должна обеспечить индивиду практическую помощь в изменении позиции в кризисной ситуации, а в случае кризиса развития (отсутствия необходимых навыков для решения кризисной проблемы, возникшей в процессе роста личности) – повышение уровня адаптации. Своей социально-психологической направленностью кризисная терапия отличается как от других видов краткосрочной психотерапии, так и от методов межличностно-ориентированной психотерапии, используемой для предупреждения рецидива кризиса у лиц с хроническим суицидальным риском.

Показаниями к кризисной терапии являются: суицидальные тенденции с высокой вероятностью совершения повторных суицидальных действий, потребность в психологической поддержке и практической помощи,

формировании новых моделей совладания со стрессом, системы межличностных взаимоотношений [12].

Кризисная терапия, в первую очередь, должна быть направлена на выявление и осознание пациентом суицидальной проблемы, оказание ему сочувствия и поддержки, выработку стратегии купирования кризисной ситуации и разрешения возникших проблем [12].

L. Rapoport (1962) [41] определены следующие цели кризисной терапии:

- 1) снятие симптомов;
- 2) восстановление докризисного уровня функционирования;
- 3) осознание событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- 4) выявление внутренних ресурсов пациента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- 5) установление связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- 6) освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств; развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Согласно Старшенбауму Г.В. [14] выделяются три метода кризисной терапии: 1) кризисная поддержка; 2) кризисное вмешательство; 3) повышение уровня адаптации (устойчивости) к кризисным ситуациям. Кризисная терапия проводится дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний и типа реакции. Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при обращении пациента за помощью, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые методы кризисной терапии осуществляются поэтапно: кризисная поддержка – кризисное вмешательство – повышение уровня адаптации. Пациентам с высоким суицидальным риском показана необходимая кризисная поддержка, фаза выхода из острого кризиса служит показанием для кризисного вмешательства. Посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, нуждаются в тренинге навыков адаптации.

Кризисная помощь может оказываться психиатром (психотерапевтом) на индивидуальном, групповом и семейном уровнях и проводиться в амбулаторных и стационарных условиях, а также по телефону и, значительно реже, на дому [12].

Индивидуальная кризисная терапия имеет целью купирование конфликтной ситуации и поддержку суицидента. Индивидуальная помощь является основой для других форм кризисной терапии и включает ряд этапов, которые в суицидологической практике могут частично перекрываться: установление контакта, оценка, формулирование, договор, планирование, вмешательство и окончание [14].

И. А. Акиндинова [1] выделяет следующие этапы работы с суицидентом:

1. Установление отношений и поддержание контакта, получение информации. Контакт с клиентом в ситуации суицидальной опасности имеет ещё большее значение, чем обычно. Суицид является актом коммуникации, и поэтому для клиента очень важно, чтобы его услышали, а от консультанта требуется быть особенно мягким и поддерживающим. На этом этапе происходит определение наличия суицидального потенциала. Это лучше всего делать с помощью прямых вопросов о суицидальных чувствах, которые стали причиной обращения к консультанту, и разговор о них без чрезмерной тревоги помогает уменьшить страх клиента, связанный с его суицидальными импульсами.

2. Идентификация и прояснение основной проблемы. В ситуации кризиса человек пребывает в состоянии тревоги, сумятицы, хаоса. Помощь в осознании главной проблемы, упорядочивание мыслей дают ему возможность работать над этой проблемой более эффективно.

3. Оценка суицидального потенциала. Суицидальный потенциал оценивается по таким критериям:

- субъективная острота стресса, переживаемого клиентом;
- глубина депрессии и ажитации;
- общая стабильность жизни (наличие семьи, работы);
- наличие ресурсов окружения (есть ли близкие люди, которые могут оказать поддержку в нужный момент);
- наличие и продуманность суицидального плана.

Суицидальный план – наиболее важный критерий, здесь нужно рассмотреть три важнейших элемента: 1) степень летальности предполагаемого метода; 2) доступность средств; 3) конкретизация деталей. Чем более продуман и подготовлен суицидальный план, тем больше выражена суицидальная опасность. При этом, следует учитывать, что существуют способы самоубийства, не требующие длительной подготовки (например, возможность выброситься из окна).

4. Оценка силы и внутренних ресурсов клиента. Оценивается по стилю поведения человека в разговоре. Если клиент способен адекватно реагировать на консультанта, принимать его предложения и указания, то это важный знак, внушающий надежду.

5. Мобилизация ресурсов. Делается акцент на тех аспектах ситуации, которые связаны с желанием человека жить (окружение, надежда и т.д.).

6. Выработка терапевтического плана и начало соответствующих действий. Можно назвать этот этап управлением суицидальной ситуацией, когда преодолена наиболее острая эмоциональная боль и становится возможной целенаправленная работа по разрешению ситуации. При кризисной интервенции как этапе, делающем возможной терапию, при работе с суицидальной ситуацией необходимо оставаться строго в рамках актуальной ситуации и не затрагивать исторические (нерешенные в прошлом) проблемы, всплывающие под воздействием состояния и подавляющие клиента своей тяжестью. Кризисная

психотерапия в целом должна быть краткосрочной и оказывать практическую помощь при решении кризисной ситуации.

Эдвин Шнейдман [17] перечисляет следующие приемы индивидуальной антисуицидальной терапии:

- установить отношения доверия и взаимопонимания;
- идентифицировать суицидогенную проблему и фокусироваться на ней;
- избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;
- быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его и подкреплять его открытость;
- осознавать фрустрированные потребности пациента;
- воздерживаться от оценки его системы ценностей;
- выражать несогласие с суицидальным решением пациента;
- разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента к анализу ситуации;
- исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;
- отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;
- организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;
- проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;
- принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;
- - получать обратную связь и поддержку от коллег, консультироваться у старших товарищей.

При работе с суицидальным пациентом обязательно необходимо учитывать тип его установки [12]:

- а) конструктивный – стремление с помощью психотерапевта разрешить конфликт;
- б) симптоматический – склонность лишь к ликвидации симптомов;
- в) манипулятивный – попытки использовать ситуацию для получения выгод;
- г) демобилизирующий – пассивная позиция с отказом от помощи.

М. Я. Соловейчик (2002) [13] дает следующие советы консультанту, работающему с суицидальным клиентом:

- 1) не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным;
- 2) не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор;
- 3) не стремитесь преуменьшить боль, пережитую другим; высказывания типа: «нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы его не понимаете;

- 4) не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента; ему больно, и важно показать, что вы это понимаете;
- 5) не предлагайте простых ответов на сложные вопросы; принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого человека, а не со своей собственной или общепринятой;
- 6) не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!»; эти слова не решают проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому могут принести только вред;
- 7) никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

При работе с суицидентом И.А. Акиндинова [1] описывает эмоциональные реакции, возникающие у психотерапевта и снижающие эффективность оказываемой им помощи:

1. Паника: «Я не в силах чем-либо помочь».
2. Страх: «Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?».
3. Усталость: «Опять длинный и тяжелый разговор».
4. Злость: «Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?».
5. Обида: «Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня?».
6. Внутренний конфликт: «Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе его остановить».
7. Безвыходность: «Эта ситуация безнадежна, что я могу сделать?».
8. Отречение: «В такой ситуации я вел бы себя так же».

Отслеживание своих реакций в разговоре с клиентом – необходимое условие работы консультанта; при работе с такими ситуациями консультанту рекомендуется посещать супервизорские группы, а также прорабатывать собственное отношение к смерти и суициду со своим личным психотерапевтом.

К. Дернер и У. Плог (1997) [16] указывают на наиболее частые ошибки при проведении кризисной терапии:

- 1) недостаточное внимание к заявлениям пациента о его суицидальных намерениях, которое обычно связано со страхом психотерапевта перед смертью;
- 2) навязывание пациенту позитивного решения, чтобы успокоить собственный страх;
- 3) бесконечные расспросы, скрывающие от пациента страх и недостаточную эмпатию;
- 4) взятие на себя полной ответственности за жизнь пациента, активные профессиональные воздействия без учета их влияния на пациента, которому остается пассивная роль.

Данные авторы подчеркивают, что терапевт должен воспринимать пациента более серьезно, чем он воспринимает сам себя. Кризис следует не смягчать словами и лекарствами, а углублять. Смысл кризиса предстоит найти

самому пациенту. Выписывать больничный лист и тем самым лишать пациента рабочего места можно в самом крайнем случае. Необходимо выявить партнера пациента по кризису и оказать ему соответствующую помощь. В кризисной терапии должны быть восстановлены трудности, которые привели пациента в его обыденной жизни к кризису. Альтернативные решения надо опробовать в терапевтической среде и затем перенести в повседневность.

Групповая кризисная терапия (ГКТ) имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной [14]. Группа дает возможность пациенту преодолеть иждивенческие ожидания, центрированные на психотерапевте. Попытки повысить самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются малоэффективными, так как доводы психотерапевта нередко воспринимаются как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, пациент при этом переживает чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса. В качестве показаний для проведения ГКТ выделяются следующие [14]:

- 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
- 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;
- 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания для ГКТ устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с его участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных переживаний. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия [14].

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корректируются неадаптивные полоролевые установки. Основу группы обычно составляют пациенты без выраженного суицидального риска.

В кризисную группу включают практически здоровых и больных пограничными состояниями, из которых 3-7 человек имеют суицидальные мысли и замыслы, и двое – суицидальные намерения, а также одного с расстройством личности (возбудимого или истерического типа) с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией и суицидальными мыслями или замыслами [14].

Занятия проходят 5 раз в неделю и длятся 1,5-2 ч. Курс групповой кризисной терапии рассчитан на один месяц, так как срок разрешения кризиса составляет около 4-6 недель.

Группа является открыто-конечной, то есть из нее еженедельно выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один-два пациента («конечность») и, соответственно, она пополняется новыми участниками («открытость»). В открыто-конечной группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса [14].

Проблемная ориентация ГКТ требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением.

ГКТ осуществляется поэтапно в отношении каждого участника группы: кризисная поддержка, кризисное вмешательство, тренинг навыков адаптации. В то же время, в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются методы, соответствующие различным этапам кризисной терапии [14].

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности и отчаяния, а также представления об уникальности и непереносимости собственных страданий. Для одиноких беспомощных людей, испытывающих в кризисном состоянии исключительно высокую потребность в психологической поддержке и практической помощи, в том числе, вне групповых занятий, кризисная группа становится последним шансом для выживания.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. Следует отметить, что благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации пациентов при ГКТ обогащается более существенно, чем при индивидуальном

взаимодействии. В группе пациент лучше принимает советы партнеров по лечению и, поддержанный ими, смелее опробует новые способы адаптации. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации. Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в кризисной группе, является установка на сохранение «во что бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными. Достижению пациентами этой жизненной цели препятствуют сформировавшиеся у них в детстве нереалистические идеалы спутника жизни – например, как опекающего и одновременно послушного.

Этап тренинга навыков адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте, и у него возникает потребность в расширении своих адаптационных возможностей. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда доминирующих установок, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, преобладание любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д. Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевой тренинг, психодрама и аутогенная тренировка. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить с ним отношения. Тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует тому, что стиль общения пациента становится более адаптивным. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной половой привлекательности.

Следует отметить, что, создавая ряд ценных возможностей для купирования кризиса и профилактики суицидоопасных тенденций в будущем, ГКТ одновременно значительно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же, ему необходимо одновременно фокусировать индивидуальные кризисные ситуации членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного добавления к собственным проблемам пациента кризисных проблем других членов группы, предупреждать распространение в группе депрессивных и аутоагрессивных тенденций.

С целью уменьшения перечисленных трудностей практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом, функции которого заключаются в следующем. На 1-м этапе ГКТ котерапевт совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов. На 2-м этапе ГКТ котерапевт обеспечивает

включение участников группы в дискуссию, контроль за их состоянием и оказание необходимой психологической помощи при ухудшении состояния. На 3 этапе ГКТ котерапевт в процессе ролевых игр выполняет функции ассистента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировкой, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.

Окончание кризисной терапии является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долгосрочной терапии и, в случае необходимости, вырабатывается мотивация к ее проведению.

Окончанию кризисной терапии посвящается одна-две беседы, так как преждевременное начало этой работы может усилить тревогу пациента по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тревога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, выяснить причины тревоги, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, договориться о поддерживающей терапии или передаче пациента другому психотерапевту, а также о возможности возобновления лечения, если в будущем возникнет такая необходимость.

Пациенту может быть предложено посещать межличностно-ориентированную группу или группу «захода», функционирующую при кабинете социально-психологической помощи или в клубе бывших пациентов. Группа «захода» является проблемно-ориентированной, открытой, временно неограниченной, не требующей заключения терапевтического договора и регулярного участия. Пациенты могут делать сколь угодно длительные перерывы в занятиях. Ведущую роль играет наличие «ядра» группы – наиболее постоянных членов группы, посещающих ее месяцами и выполняющих функции котерапевтов.

Поощряется сохранение связи выписанных пациентов друг с другом и членами терапевтической группы, продолжающими лечение, оказание необходимой взаимной помощи. Для лиц с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть пациентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в своих силах и помогает в будущем избегать занимать излишне зависимую позицию в межличностных отношениях.

В течение последующих 3-6 месяцев функционирования послекризисной группы у ее участников «дозревают» навыки адаптивного общения. С помощью приемов взаимной коррекции и самокоррекции, усвоенных в процессе лечения, бывшие пациенты окончательно освобождаются от неадаптивных установок. Указанные позитивные изменения облегчают пациентам разрешение проблем социально-психологической адаптации в их естественных малых группах.

До широкого распространения методов кризисной терапии основной формой превенции суицидов являлась госпитализация в психиатрическую больницу, которая практически не влияла на повторность суицидных попыток. Отто Кернберг [7] при решении вопроса о госпитализации особое внимание обращает на терапевтическую установку пациента и отношение к нему окружающих. Когда есть показания для госпитализации, а пациент от нее отказывается, терапевт должен мобилизовать все социальные и юридические ресурсы, чтобы минимизировать суицидогенные аспекты ситуации.

Попытки амбулаторной терапии суицидента нередко отражают бессознательное желание «быть Богом» или опасную наивность, которая мешает увидеть серьезность разрушительных тенденций пациента и его семьи [14].

Определенное значение для риска повторной госпитализации придается внутрисемейным конфликтам. Так, среди живущих с родителями регистрируется 90% повторных госпитализаций против 30% живущих отдельно [29]. В связи с этим, а также с ведущей ролью семейно-личных конфликтов в происхождении кризиса большое значение придается семейной форме терапии [14].

Предполагается, что особое значение семейно-личных конфликтов состоит в том, что кризисный индивид лишается поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции. Можно выделить два варианта указанной ситуации: супружеский конфликт (или шире – конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе, – детско-родительский, причем дети могут быть уже взрослыми).

Супружеский конфликт. В отличие от клиентов семейных консультаций кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидоопасные тенденции, и, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного конфликта. Соответственно семейная кризисная терапия отличается от традиционной семейной терапии тем, что направлена на купирование суицидоопасных тенденций путем быстрого разрешения семейного конфликта. Задача обязательного сохранения семьи при этом не ставится.

Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи. Данная форма кризисной терапии предполагает три установки партнеров:

- 1) продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне;
- 2) сохранение неустойчивого равновесия;
- 3) четкое и окончательное разделение.

1. Улучшение докризисных отношений. В этом случае оценивается, какие способы адаптации применялись до кризиса, почему они отсутствуют теперь, что мешает реализовать потребность в примирении. Если выявленная угроза отношениям носит внешний характер (вмешательство или недостаточная помощь родителей, нарушение баланса в результате изменения состава семьи и

т.д.), помощь должна быть нацелена на формирование более эмпатичного отношения близких к пациенту и его партнеру. В случае внутренней угрозы отношениям (непосредственное ухудшение отношений партнеров) применяется тактика, направленная не только на разрешение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу.

У некоторых пациентов можно выявить симбиотические отношения с лицом противоположного пола в раннем детстве, глубокую привязанность к нему. Пациенты этой группы отличаются завышенным уровнем притязаний по отношению к объекту привязанности, прежде всего, ожиданием от него максимального внимания. Эти пациенты видят причину своего кризисного состояния в недостаточном внимании к ним со стороны партнера, пытаются использовать авторитет психотерапевта для того, чтобы улучшить отношение партнера к себе. Их конфликт с партнером нередко развивается из-за того, что они пытаются играть лидерскую роль вопреки нарастающему сопротивлению партнера или осуществлять две противоположные тенденции одновременно – например, директивную в семейно-бытовой сфере и иждивенческую в материальной или психологической.

В других случаях, напротив, пациенты с детства страдают из-за отсутствия теплых отношений и испытывают повышенную потребность в них (по механизму сверхценной значимости фрустрированной потребности). Пациенты данной группы характеризуются чрезмерной ранимостью, завышенными требованиями к себе, склонны винить себя в разрыве отношений, переживая при этом чувства унижения и собственной несостоятельности. Им нередко свойственны альтруистические и пуританские установки, под влиянием которых они склонны к замене важного для партнера сексуального компонента отношений гиперопекой, приближающейся к родительской. Конфликт возникает из-за неспособности пациентов этой группы строить равноправные отношения с партнером, которого они лишают возможности проявлять доброту, заботу, а также из-за недостаточных навыков полоролевого поведения.

2. Сохранение неустойчивого равновесия. В ситуации неустойчивого равновесия обращение за помощью происходит обычно в период временного разделения. Партнеры в ходе терапии вовлекаются во взаимные контакты – очные или заочные, посредством телефона, переписки, родственников, друзей и консультирования их в этой роли. Содержанием контактов является выяснение нерешенных проблем во взаимоотношениях; при этом не обсуждается, какой ущерб партнеры нанесли друг другу, так как это может привести к повышению эмоциональной напряженности кризисного пациента. Не даются рекомендации относительно сохранения или прекращения отношений. Напротив, подчеркивается, что ответственность за решение этого вопроса лежит на пациенте и его партнере. Нередко разделение супругов в определенной степени провоцируется их родственниками. В этих случаях у супругов достигается осознание роли указанного фактора, им предлагается перестроить отношения с

родственниками с учетом собственных интересов.

3. Четкое и окончательное разделение. Данный вариант встречается чаще всего у женщин. Эта группа пациенток испытывает, во-первых, неудовлетворенность имеющимися интимно-личными отношениями, во-вторых, страх расставания с объектом эмоциональной привязанности, отвержения и одиночества, утраты матримониального статуса, а также опасения по поводу возможности воспитать детей без отца и, в-третьих, неверие в свою способность вновь сформировать взаимозависимые отношения с другим партнером. В подобных случаях в качестве неадаптивных установок выступает неприятие – даже на непродолжительное время – статуса одинокой женщины, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для того, чтобы с помощью создания и сохранения пары избежать неприемлемых для себя и непереносимых переживаний отвержения и одиночества. Ригидность данных установок, сверхценное эмоциональное отношение к сохранению пары у большинства пациенток обусловлено их симбиотическими тенденциями. При этом, партнер нереалистически, без достаточных оснований, воспринимается как «родной».

В случае принятия окончательного решения о разрыве отношений при сохранении эмоционально-сексуальной привязанности к партнеру семейная кризисная терапия заключается в следующем. Аналогично приемам кризисной терапии в ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью членов семьи и друзей обеспечивает пациентке сочувственное разделение эмоций горя и тревоги, а при отвержении пациента партнером – и чувств обиды и унижения. Содержанием тревоги в ряде случаев являются опасения по поводу возможности устроить свою будущую личную жизнь, связанные со страхом одиночества и сомнениями в своей сексуальной привлекательности. В этих случаях на этапе кризисной поддержки особое внимание обращается на восстановление пониженной самооценки, а на этапе кризисного вмешательства – на создание мотивации к выработке эффективных форм полоролевого поведения, которые помогут в будущем установить новые высокозначимые отношения. Вмешательство психотерапевта в данном случае заключается в перестройке сознания кризисного индивида, а именно представления о себе как о существе, немислимом вне пары.

Конфликт с родственниками. В фазе установления терапевтического контакта психотерапевт выполняет функции посредника, избегая роли третейского судьи и, тем более, принятия чьей-либо стороны в конфликте, а также обсуждения хронических проблем семьи. Активность психотерапевта должна быть направлена на улучшение семейной атмосферы в интересах как кризисного индивида, так и остальных членов семьи.

В процессе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным проблемам. В

случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных конструктивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор. При необходимости проводится психологическая коррекция симптомов тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатичных отношений. Следует указать на особую трудность коррекции директивной позиции родителей молодых суицидентов, которые не могут самостоятельно освободиться от навязчивого гиперконтроля родителей.

Семейная кризисная терапия проводится для детей и членов их семей, а также в группах, составленных из конфликтных семей или пар, переживающих супружеский конфликт. Осуществляется также групповая кризисная терапия подростков с семейным конфликтом и отдельно родителей с проблемами в отношении детей, групповая кризисная терапия одиноких матерей малолетних детей после развода или разделения.

Г.В. Старшенбаум [14] описывает различные психотерапевтические методики, используемые в зависимости от нозологической принадлежности суицидальных больных, указывая, что отсутствие или наличие клинических проявлений, а также характер последних относятся к наиболее важным типобразующим факторам суицидоопасных проявлений.

При острой реакции на стресс описана процедура *дебрифинга* – группового обсуждения, нацеленного на минимизацию психических страданий. При этом применяются: расспрос, эмпатическое выслушивание, эмоциональное отреагирование, информирование, когнитивное структурирование, в результате чего у пострадавшего возникает чувство контроля происходящих событий. Дебрифинг является формой краткосрочной психологической скорой помощи, он проводится непосредственно на месте катастрофы и позволяет решать следующие задачи:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- помощь в когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение чувства уникальности и патологичности собственных реакций, то есть, нормализация состояния путем обсуждения чувств и реальной возможности поделиться друг с другом своими переживаниями;
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

При проведении дебрифинга выделяют три задачи (проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса команды; детальное обсуждение симптомов, обеспечение чувства защищенности и поддержки,

мобилизация ресурсов; обеспечение информацией и формирование планов на будущее) и семь фаз.

1. Вводная фаза. Ведущий представляет себя, свою команду, обозначает цели и задачи работы, определяет правила дебрифинга.

2. Фаза контакта. Каждый человек кратко описывает то, что с ним произошло. Причем, ведущий поощряет уточняющие вопросы членов группы, которые помогают восстановить объективную картину происшедшего.

3. Фаза мыслей. Дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления. Обсуждаются мысли, приходившие в голову во время события. Часто эти мысли кажутся неуместными, причудливыми, отражающими чувство страха.

4. Фаза разочарования. Исследуются чувства, поэтому фаза эта наиболее длительна. Ведущему важно помочь людям рассказать о переживаниях, так как обсуждение их в группе может вызвать дополнительную поддержку, чувство общности и естественности реакций.

5. Фаза симптомов. Обсуждаются реакции (эмоциональные, физические, когнитивные), которые люди пережили на месте действия, после его завершения спустя какое-то время.

6. Завершающая фаза. Ведущий обобщает реакции участников, пытается нормализовать состояние группы.

7. Фаза адаптации. Обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления. Создается внутригрупповой психологический контекст, рассматриваются дальнейшие способы поддержки друг друга. Обсуждаются возможность и необходимость обращения к профессиональной помощи.

При пограничном расстройстве личности используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного «Я». Поведенческая терапия применяется с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Может понадобиться непродолжительная госпитализация. При этом, следует предусмотреть распространенную ошибку персонала отделения, который стремится вовлечь пограничного пациента в интересную продуктивную деятельность, не замечая его манипулятивного поведения. Больной должен знать, что его угрозы суицида не имеют власти над врачом, который, безусловно, будет огорчен, но не будет нести ответственность за суицид.

Амбулаторная аналитическая терапия нарциссических пациентов, совершающих повторные суицидные попытки, возможна лишь при строгом соблюдении сеттинга. Следует предупредить пациента, что при возникновении риска суицида он должен обратиться в психиатрическое учреждение или, если он уже принял с целью отравления лекарства, в скорую помощь. Психотерапия возобновится, когда пациент вернется в ясное психическое состояние. Вместо того, чтобы действовать под влиянием суицидальных импульсов, пациенту следует откровенно обсуждать их во время психотерапевтических сессий. Если

пациент позвонит психотерапевту до того, как потеряет сознание при попытке самоотравления, психотерапевт сделает все возможное для спасения его жизни, но закончит лечение и направит его к другому специалисту. Психотерапевту можно звонить по телефону в случае крайней необходимости в любое время, но, если пациент позвонит при отсутствии такой необходимости, то психотерапевт не будет отвечать на последующие телефонные звонки в течение недели. Если подобное поведение пациента повторится, то терапевт не будет отвечать на его звонки в течение месяца; если это будет продолжаться далее – то в течение года, хотя при этом пациент рискует умереть, потому что не сможет дозвониться терапевту в случае реальной угрозы его жизни.

Р. Ассаджиоли [3] описывает предложенную им апеллирующую к лучшей стороне пациента и демонстрирующую доверие к нему технику восстановления межличностных отношений применительно к больным, совершившим попытку суицида. В таких случаях, как указывает автор, обычная процедура предписывает соблюдать осторожность и поместить суицидента в специальное заведение; Р. Ассаджиоли же, напротив, обращался к пациентам следующим образом: «Вы сознаете всю серьезность того, что совершили. Правила (а также мой долг) предписывают для вашей же безопасности поместить вас в закрытое заведение. Но я предлагаю вам другой вариант: если вы дадите мне слово чести не предпринимать больше попыток суицида в течение определенного периода времени (обычно назначается месяц; в серьезных случаях – неделя), я охотно начну с вами интенсивный курс психотерапии. Вы осознаете серьезнейшие последствия, которые будет иметь для вас, а косвенно и для меня, ваша новая попытка во время этого периода. Так что, если вы чувствуете, что достаточно контролируете себя, чтобы честно пообещать мне не предпринимать дальнейших суицидальных попыток за этот короткий период, то я пойду на риск. И в конце этого периода вы будете знать о психотерапии и тех возможностях, которые она предоставляет, достаточно, чтобы судить самому, готовы ли вы и хотите ли вы продолжать держать свое обещание – и, если вы не захотите, то сможете спокойно отправиться в клинику. Там лечение будет продолжено, но у вас будет лишь внешняя защита от собственных аутодеструктивных импульсов». Во всех случаях применения этого метода результаты были положительными. Лечение, при этом, было интенсивным, сеансы проводились ежедневно или два раза в день.

В суицидологии в качестве критериев эффективности превентивных мероприятий обычно используются два: совершение повторной попытки самоубийства и госпитализация [14]. Выделены факторы, предрасполагающие к повторению попытки: межличностные конфликты, семейная дезорганизация, плохая социальная адаптация, склонность к правонарушениям. Существует также корреляция между необходимостью в интенсивных мерах реанимации после попытки самоубийства и высокой вероятностью суицида в будущем.

Эффективность комплексной (индивидуальной, семейной, групповой) психотерапии, проведенной суицидентам, составила 87% против 72% в контрольной группе [14].

И.В. Полякова (1987) [14] указывает на наиболее быстрое становление периода реадaptации и его устойчивость после перенесенных реакций дезорганизации и демобилизации, что почти исключало риск повторных суицидальных действий. Однако, при реакциях демобилизации адаптация пациентов отличалась пассивными личностными установками, что требовало продолжения психотерапии. В случаях пессимистических реакций наступление стойкого адаптационного периода затягивалось, в связи с чем сохранялся риск совершения повторного суицида, особенно при отсутствии адекватной медико-социальной помощи. У больных психогенными депрессиями риск повторных покушений на самоубийство наиболее высок при «отставленной депрессии».

В целом же, следует отметить, что кратковременная кризисная психотерапия может быть эффективной для лиц, впервые переживающих суицидальный кризис, но явно недостаточной для пациентов с многократными эпизодами суицидального поведения [12].

В настоящее время поиск эффективных психотерапевтических методик помощи суицидентам продолжается. За последние 30 лет был накоплен значительный объем исследований относительно использования психотерапии для управления суицидальным поведением [44]. Большинство этих исследований основывалось на предпосылке, что суицидальное поведение должно рассматриваться как проблема, отличная от первичного диагноза (например, депрессии), и что техники должны использоваться как для управления риском в настоящем, так и для предотвращения рецидивов в будущем. При этом, большинство клиницистов не знают, что риск суицида следует рассматривать как особую проблему и отдельно от первичного психиатрического диагноза.

В ходе исследований лиц с суицидальным риском установлена эффективность двух целенаправленных психотерапевтических подходов: когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) – терапии решения проблем; диалектической поведенческой терапии (ДПТ) – терапии модулирования эмоциональных реакций [12].

В нескольких систематических обзорах были проанализированы имеющиеся данные о влиянии терапевтических вмешательств на снижение риска самоубийств. В 2008 году Tarrier N. et al. [45] исследовали 28 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с участием взрослых и подростков. Исследователи пришли к выводу, что вмешательства, основанные на когнитивно-поведенческой терапии, продемонстрировали эффективность в снижении суицидального поведения. Последующий систематический обзор, проведенный Mewton L. и Andrews G. [38] в 2016 году, ограничился РКИ, в которых изучались преимущества применения стандартной КПТ у взрослых. Их заключение согласуется с наблюдением Tarrier N. et al. [45]: лечение более

эффективно, если направлено непосредственно на суицидальные мысли и поведение, а не предназначено для психического заболевания в целом, с предположением, что его преимущества также будут влиять на суицидальное поведение. Следовательно, в литературе подчеркивается необходимость конкретных вмешательств, направленных на суицидальное поведение.

Мета-анализ, проведенный Ougrin D. et al. [40] в 2015 году, подтвердил эффективность терапевтических вмешательств, включая КПТ, диалектическую поведенческую терапию и терапию, основанную на ментализации, в снижении количества самоповреждений у подростков. Недостаток независимо воспроизведенных исследований помешал сделать надёжные выводы о сравнительных преимуществах конкретных терапевтических стратегий. В независимых исследованиях изучалась эффективность ДПТ у подростков с высоким риском совершения самоубийства. В РКИ Mehlum L. et al. [37] и McCauley E. et al. [35] предполагаются определенные преимущества использования краткосрочной ДПТ у ранее предпринимавших попытки самоповреждения и самоубийства подростков с пограничными личностными чертами. Последнее исследование также показало превосходство ДПТ в отношении удержания в лечебном процессе.

Когнитивно-поведенческая терапия имеет существенные достоинства, состоящие в её краткосрочности (5-10 сеансов) и широком влиянии не только на способность разрешения проблем и снижения частоты суицидальных попыток, но и на снижение выраженности психопатологии, депрессивных расстройств и чувства безнадежности [42, 48].

Диалектическая поведенческая терапия также уменьшает частоту суицидальных попыток, однако имеет ряд негативных сторон: сложность пакета техник, существенные затраты времени психотерапевтом (несколько сеансов в неделю в течение длительного времени), незначительное влияние на психопатологию [12].

Возможно, перспективной окажется межличностная терапия, пока еще недостаточно изученная и редко используемая суицидологами. Эта терапия уделяет основное внимание работе с межличностными проблемами и изменениями ролевого функционирования пациента, она также оказалась эффективной при лечении депрессии [32].

Суицидальное поведение пациентов связывается с недостаточностью навыков разрешения проблем и возвращением к обобщенной памяти негативных событий, которые способствуют возникновению чувства безнадежности. Целью КПТ решения проблем является обеспечение пациента возможностью целенаправленного (гибкого) применения в дальнейшем в различных трудных ситуациях знаний и навыков, полученных в процессе психотерапии. Психотерапевт стимулирует мотивацию пациента на совместное участие в попытках решения проблем.

КПТ состоит из трех фаз: начальной фазы, способствующей вовлечению в лечение, промежуточной фазы, ориентированной на когнитивные и

поведенческие стратегии, направленные на суицидальные мысли и мобилизацию причин жить, а также заключительной фазы, нацеленной на предотвращение рецидивов и консолидацию способности эффективно использовать стратегии в условиях будущих суицидальных кризисов [44].

Алгоритм стратегии решения проблем в общем виде может выглядеть следующим образом [12]:

- 1) составление перечня проблем;
- 2) выбор приоритетных проблем, которыми следует заняться не только с точки зрения важности и влияния, но и возможной кратковременной эффективности;
- 3) выбор ряда возможных решений, обычно методом свободного «мозгового штурма», в котором суицидента поощряют учитывать любое возможное решение;
- 4) выбор конкретного решения путем систематического исследования всех «за» и «против» в наиболее доступных вероятных решениях;
- 5) преобразование процесса воплощения выбранного решения в более мелкие и выполнимые этапы;
- 6) предвидение и определение препятствий, которые могут возникнуть при реализации каждого этапа (включая не только трудности, связанные с обстоятельствами, но и когнитивные, эмоциональные проблемы);
- 7) систематическое исследование между этапами достигнутого прогресса перед началом реализации нового этапа.

Процесс научения носит повторяющийся характер и завершается желаемым конечным результатом, заключающимся в освоении пациентом не только навыков разрешения специфических проблем, но и умений решения проблем, возникающих в процессе их решения. Этот способ терапии может исправить как недостаточность навыков разрешения проблем, так и нарушение специфической памяти. Вероятно, эти навыки обладают эффектом уменьшения чувства безнадежности у тех людей, которые не видели какого-либо выхода из ситуации, казавшейся неразрешимой.

М.М. Linehan (1993) [33], предложившая диалектическую поведенческую терапию для лечения пациентов с пограничным расстройством личности и хронической суицидальностью, указывает, что данный подход разделяет многие черты и процедуры когнитивно-поведенческой терапии решения проблем, однако его теоретическая основа и спектр терапевтических воздействий являются более широкими. При этом, ключевой проблемой она считает эмоциональную дисрегуляцию, которая возникает в раннем возрасте, когда биологически уязвимые пациенты испытывают травматическое воздействие семьи и близкого окружения. В итоге формируется эмоциональная лабильность, которая затем дополняется поведенческой, межличностной и когнитивной нестабильностью, и их взаимодействие обуславливает выработку характерных моделей решений, включающих парасуицидальное поведение. Таким образом, пограничное расстройство личности становится обобщающим понятием для

описания широкого спектра весьма длительных проблем, способов, которыми некоторые люди пытаются справиться с межличностными и эмоциональными трудностями.

В отличие от многих других подходов к лечению расстройств личности, ДПТ настойчиво избегает «обвинений жертвы». Целью ДПТ является оказание помощи пациенту в модулировании эмоциональных реакций, уменьшении проявлений дезадаптивного поведения и принятии своих собственных реакций. Основная стратегия терапии – выработка навыков решения проблем, дополненная рядом вспомогательных терапевтических методик, поддерживающей работой в группе и консультациями по телефону. Гораздо больше внимания уделяется терапевтическим отношениям (как их понимает скорее когнитивная, а не психодинамическая психотерапия). Другими основными навыками, которым обучает ДПТ, являются тренинг сенситивности, эффективности в межличностных отношениях и техники преодоления психологического дистресса (включающие эффективные когнитивные и бихевиоральные техники работы с депрессией, тревожными расстройствами и посттравматическим стрессом). Применение тренинга сенситивности, включающего ряд адаптированных техник медитации, показало, что он может быть эффективным у больных хронической депрессией. Эти структурированные техники применяются на основе интеграции способов, адаптированных для конкретной группы пациентов и учитывающих их особую чувствительность.

На протяжении последних десятилетий развитие поведенческой и когнитивно- поведенческой терапии радикально изменило взгляд на психологическое лечение суицидентов. Сегодня перспектива кратковременного, целенаправленного и эффективного лечения стала реальной. Дальнейшее изучение факторов, определяющих суицидальное поведение, исследование причин и механизмов суицидальных действий, совершенствование их диагностики и профилактики позволит лучше понять сущность данного феномена и решить практические вопросы помощи суицидентам.

Сегодня совершенно очевидно, что активное психологическое лечение нуждается в критериях успешности в отношении снижения частоты повторных суицидальных попыток и самоубийств [12]:

а) оно должно возвращать пациенту взаимопонимание (путем применения «неспецифических» терапевтических факторов, подобных эмпатии, искренности и теплоте, и использования внутренних ресурсов пациента);

б) основные терапевтические усилия следует сосредоточить на установленных факторах, определяющих переживание и поддержание затяжного интенсивного дистресса в конкретных группах (состоящих преимущественно из однородных в клиническом отношении пациентов);

в) терапия должна быть нацелена на характерные, в том числе специфические, проявления обычных факторов поддержки (т.е., способов, которыми они влияют на конкретного пациента, нуждающегося в психотерапевтической помощи);

г) следует продемонстрировать эффективность нового вида терапии по сравнению с «листом ожидания» или лечением «по старинке».

В настоящее время всем этим критериям соответствуют лишь КПТ в форме терапии решения проблем и ДПТ – модулирование эмоциональных реакций. Стандартная когнитивная терапия депрессии и межличностная терапия удовлетворяют лишь первым трем критериям [12].

Детальное исследование четырех критериев успешности терапии позволяет говорить о наличии следующих общих элементов [12]:

- 1) сосредоточение на ситуации «здесь и сейчас»;
- 2) внимание к негативным эмоциям, раскрывающим соответствующий фокус терапии;
- 3) включение в терапевтический пакет как основы тренировки способности решения проблем и базовых навыков;
- 4) терапевтические отношения, основанные на эмпатии и сотрудничестве, предоставляющие пациенту возможности осуществления изменений в актуальной ситуации.

Указанные психотерапевтические стратегии могут применяться любым врачом. Все они основаны на фундаментальном принципе работы терапевта как эмпатического партнера, формирующего прочный терапевтический альянс с пациентами и признающего их суицидальные мысли и поведение в качестве ответа на невыносимую боль или острый субъективный дистресс. Пациент вовлекается в качестве активного партнера в процесс понимания личных рисков будущих суицидальных кризисов и разработки средств защиты для таких случаев. Кроме того, четыре, общие для этих подходов, конкретные стратегии, включают: ограничение смертельных средств, планирование безопасности, развитие причин для надежды и вдохновляющую задержку [44].

Ограничение смертельных средств.

Ограничение смертельных средств – это процесс оценки того, имеют ли пациенты доступ к огнестрельному оружию или другим смертоносным средствам для самоубийства, а затем работы с ними и их сетью поддержки для ограничения доступа к таким средствам. Это одно из самых важных и наиболее признанных вмешательств по сокращению попыток самоубийства. Сотрудничество с пациентом, заключающееся в выражении искренней обеспокоенности по поводу его или ее безопасности, в объяснении, что ограниченный доступ снизит риск суицидальных действий и, в дальнейшем, ведение переговоров с пациентом и поддерживающими его лицами о том, чтобы сделать окружающую среду более безопасной, имеет решающее значение для успеха. В случае, если доступным смертоносным средством является огнестрельное оружие, необходимо выявить наличие различных его видов, а затем настаивать на их устранении. Блокировка оружия, изъятие боеприпасов или оружейные сейфы также являются возможными способами ограничения доступа, если пациент отказывается удалять оружие из дома.

Методичный опрос о возможных способах и о том, что может ограничивать пациента/семью в их устранении, является центральной задачей клинициста. Если пациент колеблется, оценить плюсы и минусы ограниченного доступа ему помогает напоминание о том, что это может быть сделано как можно скорее. Как и во всей работе с суицидальными пациентами, наилучшим является максимально возможное сотрудничество с поддерживающими больного лицами.

Планирование безопасности.

Как правило, суицидальное поведение возникает как рефлексивный ответ на определенные триггеры. Пациенты, которым присуще такое поведение, обычно считают самоубийство средством решения проблем, рассматриваемых ими как неразрешимые. Такие пациенты часто имеют значительный дефицит, относящийся к способности решения проблем. Когда пациенты не испытывают облегчения при неослабевающем беспокойстве или встревоженности по поводу проблем и думают о самоубийстве, облегчение, которое оно может обеспечить, усиливает суицидальное мышление и увеличивает риск дальнейших действий. Недостатки навыков, которыми обладают пациенты – в решении проблем, переносимости дистресса, регулировании эмоций и разрешении конфликтов – могут увеличить риск будущей уязвимости к суицидальному поведению.

Особенно хорошая стратегия заключается в том, чтобы планировать альтернативы, которые обеспечивают безопасность пациента, пока не будут изучены навыки или не найдены другие решения. Планирование безопасности, как его описывают Stanley B. et al. [43], – это вмешательство, при котором клиницист активно и коллаборативно определяет с пациентом приоритетный и персонализированный список предупреждающих признаков того, что кризис начинает проявляться. Затем клиницист находит стратегии совладания, а также внутренние и внешние ресурсы, которые пациент может использовать в это время. Этот план составляется на основе оценки риска и повествовательного описания кризиса пациента. Он предназначен для практического освоения (подобно отработке действий при пожаре) и поэтому будет доступен для использования в экстренной ситуации самоубийства. Создание плана безопасности начинается с анализа цепочки ежеминутных мыслей, эмоций и поведения, которые привели к суицидальным мыслям или попытке и их последствиям. Пациент должен понять, что мысли о самоубийстве преходящи и варьируют по интенсивности.

План предусматривает время, чтобы эти побуждения уменьшились до того, как будет причинен непоправимый вред. Пациента привлекают к консультации в качестве эксперта по его или ее собственному суицидальному поведению: «Что вы сделали самостоятельно, чтобы уменьшить суицидальные побуждения?» и «Как вы отвлекаетесь от этого?» Если пациент не в состоянии представить собственные варианты, клиницист может выдвинуть свои предложения. Они могут включать отвлекающие действия, альтернативные мысли или стратегии для уменьшения болезненных эмоций. После составления плана отвлечения пациента просят определить две группы социальных

контактов: группу, с которой он или она может отвлекаться от суицидальных мыслей, и группу, которая может помочь при суицидальных мыслях. Наконец, определяются службы экстренной помощи, к которым пациент может получить доступ в случае приближения кризиса.

Пациента на каждом этапе вмешательства по планированию безопасности спрашивают о перспективности использования данного вмешательства, ожидаемых им или ею препятствиях при его использовании и тех препятствиях, которые устранены. Если пациент не может преодолеть препятствия или взять на себя обязательство использовать данный план, то намечается более ограниченная помощь. План, после его составления, в письменном виде передается пациенту, которого спрашивают, где данный план будет храниться для просматривания и использования.

На дальнейших сессиях терапевт может провести обучение навыкам, которые отсутствуют, что повышает уязвимость пациента к самоубийству, а затем в уме репетировать использование этих навыков при аналогичных ситуациях в будущем. Пациенты должны постоянно практиковать новые способы мышления и поведения, чтобы у них были другие, помимо самоубийства, решения, доступные им при стрессе в будущем. Пациенты, которые осваивают лучшие, чем раньше, способы справиться с кризисом и постоянно используют такие навыки (даже в своем воображении), обладают большей сопротивляемостью в стрессовых ситуациях и уменьшают свою зависимость от самоубийства как решения.

Клинический пример [44]. 45-летний строитель получил травму правой руки 2 года назад. Ему были проведены четыре хирургических вмешательства и интенсивная физиотерапия, но он продолжал испытывать непреодолимую боль и не мог вернуться к работе. Его семья изо всех сил пыталась свести концы с концами. С момента несчастного случая он принимал опиатные обезболивающие, но всегда в рекомендованных границах. Ему нужна помощь во всех его повседневных делах, включая переодевание.

После последней операции он был более, чем раньше, подавлен. Его состояние соответствовало всем критериям диагноза большой депрессии. Он начал пить, чтобы заснуть ночью. Жена привела больного в ОНП после высказанной мысли о том, что ей и семье будет лучше без него.

После обследования его в ОНП психиатр определяет, что в доме нет оружия. Пациент указывает, что на этой неделе строил планы передозировать принимавшийся им оксикодон при получении ежемесячно выписываемого рецепта. Он и его жена согласны с тем, что она будет держать таблетки на своем рабочем месте, закрытом ключом, и предоставлять ему доступ к ним только один раз в день. Психиатр затем обращает ее внимание на создание совместно с мужем плана безопасности. Сначала они обсуждают все триггеры, которые вызывают его интенсивные мысли о самоубийстве. Пациента спрашивают, что мешает ему использовать план. Он говорит, что, если не сможет связаться с другом или своей женой, у него могут возникнуть проблемы. Они рассматривают варианты

профессиональной помощи, за которой он может обратиться. Он обсуждает свое чувство того, что это делает его «слабым», но, в конце концов, обязуется так и поступить.

Когда его спрашивают, для чего ему нужно жить, пациент говорит: «Мои дети». Психиатр спрашивает более подробно: «Что важно для ваших детей из того, что вы делаете вместе? В чём для вас ценность того, чтобы быть со своими детьми? Что связанное с жизнью своих детей вы бы упустили, если бы умерли сегодня?». Когда он более подробно рассказывает об их отношениях, то начинает плакать, и психиатр продолжает исследовать, что из связанного со своими детьми пациент мог бы пропустить в будущем, если бы умер. После этого обсуждения больной становится намного увереннее в использовании плана безопасности.

Развитие причин для надежды. Большинство вмешательств КПТ/ДПТ используют в отношении суицидальных пациентов подход, обращающий их внимание на управление безнадежностью. Краеугольным камнем ДПТ является идея о том, что больной должен строить жизнь, достойную того, чтобы жить, даже если у пациента имеются много жизненных проблем и желание умереть. В КПТ основной предпосылкой является мониторинг и управление безнадежностью, потому что наличие безнадежности является значительным фактором риска самоубийства даже в отсутствие депрессии.

Методы, которые уменьшают безнадежность, обычно связывают пациентов с основными ценностями и привязанностями, чтобы вдохновить больного переносить текущую боль и продолжать оставаться в живых. Составление списка причин жить обычно является частью плана безопасности. Психиатр должен попросить пациента правдиво описать свою приверженность этим причинам, чтобы усилить решимость.

Другой метод – построить ящик надежды. Это реальная коллекция предметов, напоминающих пациенту о причинах оставаться в живых. Он может содержать фотографии, вдохновляющие религиозные или другие цитаты, стихи, письма, значимые сувениры и напоминания о том, что пациент хочет сделать в будущем. Эти предметы вызывают большее количество эмоциональных связей с обязательством оставаться в живых. Такие вещи могут быть действительными или виртуальными (т.е., в приложении для телефона) – лишь бы они были легкодоступными для пациента.

Вдохновляющая задержка. Как правило, импульс к самоубийству является мгновенным. Если пациент может задержать импульсивное действие, это может спасти его жизнь. Несколько стратегий облегчают такую задержку. Во-первых, пациента можно попросить подумать о вещах, которые будут пропущены, год за годом, если он умрет. Это проясняет окончательность смерти и реальность того, что пациент упустит. Во-вторых, пациента можно попросить «убрать самоубийство со стола». Многие пациенты, склонные к самоубийству, сталкиваются со значительным количеством психосоциальных проблем и испытывают облегчение, когда думают о смерти как о бегстве. Больному нужно

время, чтобы начать решать указанные проблемы. Работа с такими пациентами является сложной задачей из-за отсутствия возможности обсуждать что-либо, кроме самоубийства, если и это действительно возможно. Поэтому часто необходимо согласиться с тем, что пациент совершит задержку, чтобы определить, можно ли что-то улучшить настолько, чтобы это позволило начать работу над психосоциальными проблемами.

Следует отметить, что вовлечение и удержание пациентов является серьезной проблемой в управлении суицидальным поведением. Часто такие пациенты не обращаются за амбулаторной терапией и выявляются в процессе неотложной помощи при суицидальных кризисах. Поэтому отделение неотложной помощи (ОНП) должно быть ключевым местом для вмешательства. Miller I.W. et al. [39] в исследовании «Оценка безопасности в отделения неотложной помощи и последующее исследование» (ED-SAFE) разработали меры для проверки и предоставления планов безопасности с последующими телефонными звонками пациентам и другим значимым лицам. Stanley B. et al. [43] обсуждали преимущества таких вмешательств на базе ОНП в снижении суицидального риска. Их сравнительное когортное исследование показало, что вмешательства по планированию безопасности в сочетании с последующим структурированным наблюдением снизили риск суицидального поведения на 50% и обеспечили двукратное увеличение шансов на участие в лечении в течение 6-месячного периода. Вмешательство по планированию безопасности состояло из шести особых стратегий: выявления ранних предупреждающих знаков, поощрения внутренних стратегий совладания, установления контактов с семьей/друзьями, выявления других лиц, которые могут оказать поддержку во время суицидальных кризисов, обращения к специалистам по охране психического здоровья и планирования устранения смертоносных средств. Это крупномасштабное исследование является иллюстрацией выполнимого, прагматичного подхода к суицидальному поведению, который не требует обширных ресурсов и может быть легко осуществим в условиях ОНП [44].

Литература

1. Акиндинова И.А. Суицид и его предотвращение / И.А. Акиндинова // Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи: Пособие для практических психологов / Под ред. Е.П. Кораблиной. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; Изд-во «Союз», 2001. – С. 212-221.
2. Амбрумова А.Г. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР. В кн.: Научные и организационные проблемы суицидологии. Сборник научных трудов / А.Г. Амбрумова. М.: Изд-во Моск. НИИ психиатрии, 1983: 7-20.
3. Ассаджиоли Р. Психосинтез. Принципы и техники [пер. с англ.] / Р. Ассаджиоли – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 416 с.

4. Барыльник Ю.Б. Превенция самоубийств и организация суицидологической помощи / Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило, А.А. Антонова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2015. – Т.5, №2. – С. 95-99.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология / В.Ф. Войцех. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
6. Гулин К.А. Суицидальное поведение населения: факторы риска и возможности управления / К.А. Гулин, М.В. Морев // В кн.: Материалы XI международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. М.: «Издательский дом ВШЭ», 2011: 217-229.
7. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии [пер. с англ] / О.Ф. Кернберг. – М.: Класс, 2000. – 464 с.
8. Корнетов Н.А. Модель и динамика развития антикризисной неотложной социально-психологической (суицидологической) службы / Н.А. Корнетов Л.Н. Дубовская, А.Н. Корнетов // Материалы Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием «Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение». – Томск, 2011: 284-289.
9. Линдемманн Э. Клиника острого горя / Э. Линдемманн // Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. – М., 1996. С. 225-233.
10. Мосолов С.Н. Неотложная помощь в психиатрии / С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи, Д.И. Малин // Неотложная помощь в медицинской практике // под ред. Верткина А.Б., Брискина Б.С. – М.: «Литера», 2007. – с. 57-93.
11. Мосолов С.Н. Неотложная терапия в психиатрии / С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи, Д.И. Малин // Медицина критических состояний, 2005, 6: 36-42.
12. Психотерапия: учебное пособие / под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова. – 2-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 501 с.
13. Соловейчик М.Я. Кризис и основы кризисной интервенции // Мастерство психологического консультирования / Под ред. А.А.Бадхен, А.М.Родиной. – СПб: Европейский дом, 2002. – С. 82-96.
14. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия /Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
15. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – №2. – С.30-39.
16. Человеку свойственно ошибаться: [Учеб. пособие по психиатрии и психотерапии: Перевод] / Клаус Дёрнер, Урсула Плог. – СПб.: С.-Петерб. психоневрол. ин-т, 1997. – 519 с.
17. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Э.С. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

18. Agency for Healthcare Research and Quality. CUSP Toolkit. <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/>. Accessed January 25, 2019.
19. Agency for Healthcare Research and Quality. Understanding the Science of Safety. http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/videos/04a_scisafety/index.html. Accessed October 4, 2016.
20. Appleby L. Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 749-758.
21. Asarnow J.R., Fogelson D., Fitzpatrick O., Hughes J. Child and adolescent suicide and self harm: treatment and prevention // *Psychiatric Times*. – 2018. – Vol. 35, №12. – P.9-11.
22. Breslow R.E., Ericson B.J., Cavanaugh K.C. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. *Psychiatr.*, 2000; Q71: 101-121.
23. Brown J. Suicide in Britain. *Arch Gener Psychiat* 1979; 36(9): 1119-1124.
24. Busch K.A., Fawcett J., Jacobs D.G. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:14-19.
25. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. N.Y., 1974.
26. Cheng T.A. Depression and suicide: a case-control study in Taiwan. In: II Abstracts of X World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, August 23-28, 1996. – Vol.1. – P.48-49.
27. Chou Y.H., Wu C.C., Liu M.L. et al. Risk factors for attempted suicide among Taiwan conscripts. In: Abstracts of X World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, August 23-28, 1996. – Vol.2. – P.183.
28. Farberow N. Prevention and therapy in crisis. In: *Suicide and attempted suicide*. Nordiske Bokhandelus, Forlang, Stockholm, 1972: 303-316.
29. Feierstein A. et al. A crisis model for inpatient hospitalization // *Current Psychiatric Therapies*, 1971. № 11. P. 183-190.
30. Heirich M. Integrierte suizidprophylaxe. *J Allgemeinmed* 1977; 53(35): 2205-2210.
31. Kassel N., McCulloch J., Hendry J., et al. Hospital management of attempted suicide in Edinburgh. *Scot Med J* 1964; 9(8): 333-334.
32. Klerman G.L., Weissman M.M. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15):2229–2235.
33. Linehan 44Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. – New York: Guilford, 1993. – 558 p.
34. Litman R.E. Predicting and preventing hospital and clinic suicides. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 1991; 21: 56-73.
35. McCauley E., Berk M.S., Asarnow J.R., et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:777-785.
36. McHugh P.R., Slavney P.R. *The Perspectives of Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1998.

37. Mehlum L., Tørmoen A.J., Ramberg M. et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:1082-1091.
38. Mewton L., Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:21-29.
39. Miller I.W., Camargo C.A. Jr, Arias S.A. et al; ED-SAFE Investigators. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:563-570.
40. Ougrin D., Tranah T., Stahl D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:97-107.e2.
41. Rapoport L. The state of crisis: some theoretical considerations. – *Social Service Review*. – 1962. – 36 (2) . – P. 211-217.
42. Salkovskis, P. M., Atha, C. & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 157, 871-876.
43. Stanley B., Brown G.K., Brenner L.A. et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:894-900.
44. Sudak D.M., Rajalakshmi A.K. Reducing suicide risk: the role of psychotherapy // *Psychiatric Times*. – 2018. – Vol. 35, №12. – P.12-13.
45. Tarrier N., Taylor K., Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008;32:77-108.
46. Tingey L., Cwik M.F., Goklish N. et al. Risk pathways for suicide among Native American adolescents. *Qual Health Res*. 2014;24:1518-1526.
47. Triplett P.T. Suicidal Patients: Defining and Addressing Emergencies // *Psychiatric Times* Nov 22, 2016 Volume: 33 Issue: 11. <http://www.psychiatrictimes.com/suicide/suicidal-patients-defining-and-addressing-emergencies>. Accessed January 25, 2019.
48. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*. Washington, DC: APA Books; 2009.
49. Zero Suicide. zerosuicide.sprc.org. Accessed January 25, 2019.

2.8 Детское и подростковое самоубийство и самоповреждение: лечение и профилактика.

С.В. Титиевский

Среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет самоубийство является второй по значимости причиной смерти. Более 6000 человек в возрастной группе от 10 до 24 лет погибли в результате самоубийства в 2016 году [8]. Хотя статистически это все еще редкое событие (почти 15 000 человек того же возрастного диапазона

умерли от непреднамеренных травм в 2016 году), многие из нас, оказывая психиатрическую помощь, будут терять пациентов из-за самоубийства [8]. Несмотря на признание того, что, как бы мы ни старались, невозможно предотвратить все самоубийства, были достигнуты значительные успехи в знаниях о лечении данных пациентов [3].

Вопросы развития.

Подростковый возраст предлагает окно развития, когда раннее эффективное вмешательство может помешать установлению потенциально смертельных паттернов. Несмотря на редкую встречаемость в детстве, уровень смертности от самоубийств в США увеличивается вдвое, начиная с подросткового до юношеского возраста и, в отличие от других причин смертности среди подростков (например, от транспортных аварий), уровень самоубийств возрастает [8]. Первые проявления суицидального поведения часто встречается в подростковом возрасте, и частота суицидальных попыток и самоповреждений в более общем плане (включая несуицидальное самоповреждение, самоповреждение с неоднозначным намерением и суицидальную попытку) также увеличивается. Для тех, кто работает с подростками и/или их родителями, надежда заключается в том, что раннее выявление и вмешательство могут предотвратить суицидальное поведение и преждевременную смерть [3].

Хотя направление в отделение неотложной помощи (ОНП) часто является предпочтительным вариантом, когда есть сомнения относительно безопасности пациента, этот путь оказания помощи, однако, слишком часто ассоциируется с негативным опытом, который может снизить желание молодых людей использовать его в будущем, когда у них появятся суицидальные побуждения, и готовность родителей обращаться за помощью, когда у них возникают проблемы [3]. Растущее число детей и подростков, обращающихся в ОНП с кризисами, связанными с психическим здоровьем, сочетается с ограниченным количеством психиатрических коек, создает нагрузку на ресурсы ОНП, часто приводит к увеличению длительности пребывания в ОНП и, как показано в следующей цитате, может способствовать неадекватному лечению и плохим исходам [1]: «Как только я сказал своему школьному консультанту, что принял таблетки, чтобы убить себя, она не разрешила мне уйти. Потом пришла полиция, надела на меня наручники и вывела из школы на глазах у всех остальных детей. Они отвели меня в отделение неотложной помощи, где продержали 12 часов. Затем они отправили меня в больницу. Это было ужасно. Одна вещь, которую я узнал, – никогда не говорить никому, если вы думаете о самоубийстве».

Как усиленные психиатрические вмешательства в ОНП, так и стационарная госпитализация из ОНП, связаны с более высокой частотой связи с последующим амбулаторным лечением по сравнению с выпиской домой, что является первым шагом к адекватной непрерывности оказания медицинской помощи [1, 2]. Это важная цель, и она значится как Цель 8.4 в Национальной стратегии США по предотвращению самоубийств из-за относительно низких

показателей последующего лечения среди пациентов с суицидальными идеями и суицидальными попытками [1, 17]. В некоторых случаях необходима госпитализация для дальнейшей оценки, лечения и безопасности. Тем не менее, госпитализация может привести к упущенным возможностям поддержки копинга пациентов в их привычном окружении и, возможно, к худшим результатам, если пациенты узнают, что они могут избежать стресса в своей жизни посредством госпитализаций. Кроме того, пребывание в больнице является дорогостоящим. Краткая терапевтическая оценка в ОНП или в других условиях может быть, как более эффективной, так и обеспечить экономически более эффективную помощь [3].

У молодых людей, не требующих более интенсивных обследования и защиты, врачи могут применять краткие неотложные вмешательства, такие как «Семейное вмешательство для предотвращения самоубийств/Безопасные альтернативы для подростков и молодежи» (SAFETY), терапевтическую оценку и другие подходы. Эти краткие экстренные вмешательства, как правило, направлены на мобилизацию защитных процессов у молодежи и окружающих лиц, а реакция пациентов и родителей/опекунов (далее именуемых «родители») в ходе этих интервенций предоставляет возможности для дальнейшей оценки безопасности молодежи и способности родителей обеспечить безопасность молодежи [1, 2, 18]. Более конкретно, эти подходы к вмешательству/оценке направлены на оценку и укрепление качеств молодежи и окружающих лиц (например, мобилизацию надежды и причин для жизни, вовлечение в процесс планирования безопасности, решение проблем по мере необходимости, повышение безопасности в окружающей среде, консультирование по поводу оружия и консультирование по вопросам, связанным с запрещением употребления психоактивных веществ). Они также нацелены на обеспечение поддержки непрерывности медицинской помощи (например, быстрое направление/составление графика посещений, повышение мотивации к лечению, устранение барьеров на пути лечения, лечебные контакты) и могут быть интегрированы в процесс лечения и модель сортировки, когда есть возможность выписки домой (см. рис.2.1) [1].

Исследования также указывают на преимущества интенсивного лечения, основанного на сообществе, такого как мультисистемная терапия (МСТ). Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), которое сравнивало МСТ с госпитализацией среди детей и подростков с острыми психическими расстройствами, показало лучшие исходы и меньшее количество суицидальных попыток/самоповреждений у молодых людей, получающих МСТ [12]. Эти данные, в сочетании с чрезмерной нагрузкой на ОНП, особенно в сельских и отдаленных районах, внесли свой вклад в возникновение интереса к развитию догоспитальных программ, таких как команды неотложной помощи и кризисные группы.

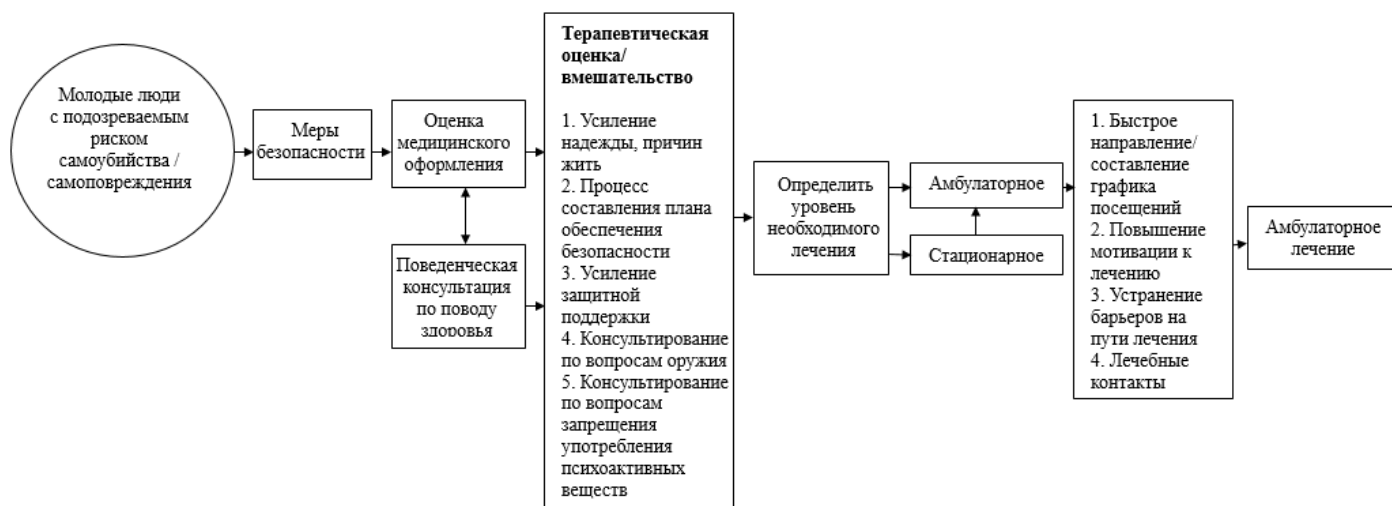


Рис. 2.1 Модель процесса лечения молодых людей с риском самоубийства и самоповреждения

Психосоциальное лечение. Наиболее многообещающими являются результаты интенсивной амбулаторной психотерапии с выраженной семейной направленностью, такой как диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) «третьей волны». ДПТ начинается со стратегий КПТ и добавляет акцент на принятии и проверке (валидации), диалектических процессах, таких как необходимость достижения баланса между стратегиями принятия и изменения, рассматривает поведение, которое мешает терапии, и выделяет терапевтические отношения в качестве ключа к исцелению [3].

Первоначально разработанная/протестированная для лечения суицидальных взрослых с пограничным расстройством личности, ДПТ для подростков включает индивидуальную психотерапию с некоторыми семейными сессиями, многосемейный групповой тренинг навыков с подростками и родителями, доступность терапевта для телефонного коучинга 24 часа в сутки для молодежи и родителей и еженедельные консультации команд терапевтов, чтобы помочь терапевтам сделать все возможное для обеспечения эффективного лечения и оставаться в рамках лечебной модели [13, 15, 16]. В отличие от ДПТ у взрослых, которая была разработана как одногодичный курс лечения, ДПТ для подростков является более краткосрочной (16 недель, 10 или 6 месяцев) и включает родителей [13, 15, 16]. Существуют два РКИ, демонстрирующие преимущества ДПТ по сравнению с условиями сравнения (поддерживающая терапия, обычное лечение) для снижения самоповреждений, и одно исследование показало преимущество ДПТ для снижения суицидальных попыток [15, 16]. Репликация преимуществ ДПТ посредством двух независимых РКИ делает ДПТ первым хорошо зарекомендовавшим себя лечением самоповреждений у подростков. Кроме того, результаты обоих РКИ указывают на преимущество ДПТ для снижения самоповреждений в течение 1-летнего

периода наблюдения, и одно исследование поддерживает экономическую эффективность ДПТ по сравнению с обычным лечением [11, 15, 16].

Другие методы лечения показали эффективность в снижении количества суицидальных попыток в отдельных испытаниях, хотя необходима репликация. К этим методам относятся: SAFETY – ориентированное на ДПТ, центрированное на ребенке и семье лечение, которое, как было установлено, приводит к снижению риска суицидальных попыток по сравнению с обычным лечением после суицидальной попытки или повторного самоповреждения; интегрированная КПТ (integrated-CBT) для молодых людей с наличием злоупотребления психоактивными веществами, суицидальных попыток или суицидальных идей, которая способствовала меньшему количеству суицидальных попыток по сравнению с обычным лечением; основанная на ментализации терапия для снижения самоповреждений [4, 9, 19]. Мета-анализы, оценивающие существующие испытания методов терапии самоповреждений, демонстрируют важность семейных интервенций в снижении самоповреждений [18]. ДПТ, SAFETY и интегрированная КПТ содержат сильные семейные компоненты и используют модель двух терапевтов, когда один терапевт работает, в основном, с подростком, а другой – преимущественно с родителем(-ями)/опекунами. Хотя назначение двух терапевтов для конкретного случая на практике может оказаться сложной задачей, эта модель позволяет более интенсивно работать с родителями и семьей в течение короткого периода времени, что может потребоваться для молодых людей с высоким риском самоубийства и самоповреждения. Повышение способности семьи обеспечивать безопасность молодежи и способность молодежи принимать эту защиту позволяет родителям функционировать подобно «защитным ремням безопасности», когда молодой человек испытывает сильную боль и дистресс [4].

Психофармакологическое лечение.

Поскольку, по крайней мере, 50% людей, которые умирают в результате самоубийства, соответствуют критериям диагностики психических расстройств, логический подход заключается в лечении сопутствующего расстройства с помощью лекарств, подходящих для этого расстройства. У молодых людей с самоубийствами/самоповреждениями часто встречается депрессия (и назначение антидепрессантов), а также биполярное расстройство, пограничное расстройство личности/личностные черты, злоупотребление психоактивными веществами, острые психозы, тревога и травматический стресс. При разработке плана лечения необходимо учитывать данную патологию, коморбидные заболевания, сопутствующие проблемы, потенциальную летальность лекарств и их побочные эффекты [3].

«Предупреждения черного ящика» FDA относительно возможного увеличения риска появления суицидального мышления и поведения у детей, подростков и молодых людей (<25 лет), получавших антидепрессанты, привели к снижению назначения антидепрессантов [6]. Эти предупреждения были основаны на доказательных обзорах, указывающих на небольшое увеличение

частоты суицидальных идей и суицидальных попыток после лечения антидепрессантами. Анализ различий в риске «клинического ответа» и «суицидальных мыслей и попыток», однако, позволяет предположить, что польза от лечения антидепрессантами выше, чем риски от суицидальных идей и суицидальных попыток, причем от 4% до 11% более депрессивных подростков получают пользу от антидепрессантов по сравнению с вовлеченностью в суицидальное событие [6]. Наконец, в отличие от клинических испытаний, которые обычно исключают пациентов с высоким риском суицида, результаты более крупных и более репрезентативных фармакоэпидемиологических исследований указывают на защитный эффект лечения антидепрессантами, причем несколько исследований указывают на более низкую частоту самоубийств при большем применении антидепрессантов [6].

Учитывая эти коллективные данные, Американская академия детской и подростковой психиатрии рекомендует основанное на данных доказательствах лечение депрессии с использованием медикаментозного лечения и психотерапии. Кроме того, основываясь на этих фактических данных, она поддерживает комбинированное медикаментозное и психотерапевтическое лечение как наиболее эффективное средство [5]. Аналогично этому, Общество подростковой медицины (SAM) поддерживает надлежащее использование антидепрессантов в лечении подростков с наличием депрессии и необходимость баланса между риском самоубийства и клинической необходимостью [14].

Профилактика.

Результаты использования общинного, школьного и системного подходов к профилактике также являются многообещающими. Мемориальная программа Гаррета Ли Смита (Garret Lee Smith) по предотвращению самоубийств среди молодежи (GLS) в США является крупной инициативой, финансирующей многочисленные основанные на общинах программы по предотвращению самоубийств по всей стране. Хотя в программах использовались различные компоненты (например, тренинг, партнерские отношения в общине, инфраструктура для улучшения связи между службами, кризисные горячие линии), основной их функцией был тренинг первичных лиц, в ходе которого преподаватели/другие люди, с которыми часто общаются молодые люди, обучались выявлять и направлять суицидальных подростков; при исследованиях данный тренинг служил показателем программного воздействия. Сравнение данных из округов, где использовались программы GLS, с данными аналогичных/контрольных округов показало значительно более низкую частоту как смертности от самоубийств, так и несмертельных суицидальных попыток в округах, применявших GLS [10]. Основанные на школе профилактические программы, которые предлагают навыки и работу по снижению стигмы, связанной с обращением за помощью, также демонстрируют перспективу снижения суицидальных попыток [7]. Инициатива «Zero Suicide» в США направлена на поддержку систем здравоохранения в принятии общесистемных обязательств по предотвращению самоубийств с использованием непрерывного

процесса улучшения качества для выявления, лечения и оказания помощи пациентам из группы риска, с использованием основанных на доказательных данных инструментов и стратегий (<https://zerosuicide.sprc.org/toolkit>). Этот подход проистекает из многообещающих результатов системы здравоохранения Генри Форда, свидетельствующих о том, что, когда система здравоохранения организовывала вокруг нулевой суицидальной цели и предоставления «идеальной помощи при депрессии», наблюдается снижение частоты самоубийств [17].

В настоящее время разработаны психотерапевтические и профилактические стратегии для снижения самоповреждений и суицидальных попыток с продемонстрированными преимуществами, эффективные медикаментозные методы лечения расстройств, связанных с риском самоубийства, а также новые модели процесса лечения и сортировки для улучшения экстренной оценки и лечения подростков с риском самоубийства и самоповреждения. Комбинация, состоящая из основанной на доказательствах психотерапии, дополняемой, когда это необходимо, медикаментозным лечением при наличии психического расстройства, вероятно, будет полезной. Варьирование рисков и защитных процессов у отдельных молодых людей и сложность путей суицидального поведения создают проблемы и подчеркивают важность персонализированных подходов к лечению для соответствия индивидуумов терапевтическим стратегиям, которые будут наиболее полезными, и для оптимальных временных рамок интервенции. Сочетание клинической мудрости, навыков и знаний, может позволить изменить тенденцию к росту частоты самоубийств, успешно предотвращать суицидальные попытки и преждевременную смерть молодых людей, а также помочь им строить жизни, которые они хотят жить [3].

Литература

1. Asarnow J.R., Babeva K., Horstmann E. The emergency department: challenges and opportunities for suicide prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;26:771-783.
2. Asarnow J.R., Baraff L.J., Berk M. et al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatr Serv.* 2011;62:1303-1309.
3. Asarnow J.R., Fogelson D., Fitzpatrick O., Hughes J. Child and adolescent suicide and self harm: treatment and prevention // *Psychiatric Times.* – 2018. – Vol. 35, №12. – P.9-11.
4. Asarnow J.R., Hughes J.L., Babeva K.N., Sugar C.A. Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56:506-514.

5. Birmaher B., Brent D.; AACAP Work Group on Quality Issues et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-1526.
6. Brent D.A. Antidepressants and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39:503-512.
7. Brent D.A., Brown C.H. Effectiveness of school-based suicide prevention programmes. *Lancet*. 2015;385:1489-1491.
8. Centers for Disease Control and Prevention. 10 leading causes of death by age group, United States – 2016. https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2016-508.pdf. Accessed November 7, 2018.
9. Esposito-Smythers C., Spirito A., Kahler C.W. et al. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79:728-739.
10. Godoy Garraza L., Walrath C., Goldston D.B. et al. Effect of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program on suicide attempts among youths. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:1143-1149.
11. Haga E., Aas E., Grøholt B. et al. Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018;12:22.
12. Huey S.J. Jr, Henggeler S.W., Rowland M.D. et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:183-190.
13. Linehan M.M. *Diagnosis and Treatment of Mental Disorders. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press; 1993.
14. Lock J., Walker L.R., Rickert V.I., Katzman D.K. Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2005;36:92-93.
15. McCauley E., Berk M.S., Asarnow J.R. et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:777-785.
16. Mehlum L., Ramberg M., Tørmoen A.J. et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55:295-300.
17. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. A prioritized research agenda for suicide prevention: An action plan to save lives. 2014:1-172. www.suicide-research-agenda.org. Accessed November 7, 2018.
18. Ougrin D., Tranah T., Stahl D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:97-107.e2.

19. Rossouw T.I., Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51:1304-1313.e3.

2.9 Практика телефонного консультирования в кризисной ситуации.

Е.Г. Максименко, А.А. Охмат

Рабби Нахман из Брацлава, автор хасидских историй, в том числе о принце-индюке: «Однажды некий принц сошел с ума и решил, что он индюк. Раздевшись, он сел голым под стол и стал клевать косточки и крошки хлеба. Шло время, все королевские врачи утратили надежду вылечить его от сумасшествия, отчего король-отец был в страшном горе. Тогда к нему пришел некий мудрец и сказал: «Я возьмусь вылечить принца». Он тут же разделся, сел рядом с ним под стол и стал клевать косточки и хлеб. «Кто ты? — удивленно спросил принц. — Что ты здесь делаешь?» — «А ты? — отвечал мудрец. — Что делаешь здесь ты?» — «Я индюк», — убежденно сказал принц. «И я тоже индюк», — ответил мудрец. На этом знакомство состоялось, и день за днем они проводили время под столом, пока не стали добрыми друзьями. И тогда мудрец подал знак королевским слугам, чтобы им бросили пару рубашек. Принц выразил удивление, а мудрец сказал: «Почему ты думаешь, что индюк, такой как я или ты, не может носить рубашку? Можно одеть её и остаться индюком». Возражений не последовало, и они оба оделись. Через некоторое время по знаку мудреца слуги бросили под стол штаны. И вновь, как и раньше, мудрец спросил: «Почему ты считаешь, что нельзя быть индюком и носить штаны?» И, против этого, принцу было трудно возразить. Таким образом, мудрец продолжал действовать, пока они не оделись. И тогда был подан еще один знак, и пища с королевского стола оказалась рядом. И снова был вопрос к принцу: «Что заставляет тебя думать, что ты перестанешь быть индюком, если станешь есть хорошую пищу? Ты можешь есть все, что тебе понравится и оставаться индюком». Друзья прекрасно отобедали, и на следующий раз мудрец дал сигнал, чтобы еда была поставлена на столе: «Неужели ты все еще думаешь, что индюк обязательно должен сидеть под столом, ведь он может сидеть и за ним». И еще долго мудрец продолжал действовать таким образом, пока принц совершенно не излечился».

Эта история является прекрасной иллюстрацией того, что означают присутствие, идентичность и соответствие языка и поступков собеседника в диалоге, а также того, к каким переменам они могут привести. Мудрец открыл принцу свой мир, не осуждал его, но в то же время не отказывался от собственного Я. Оставаясь самим собой, он настойчиво строил отношения доверия, на основе которых принц, по сути, сам возвращал себе здоровье шаг за шагом [3].

История возникновения службы телефонной помощи населению.

Телефонная психологическая помощь была создана 2 ноября 1953 г. Первоначально службы телефонной помощи организовывались как центры по предупреждению суицидов. Впервые объявили свои служебные телефонные номера для того, чтобы люди одинокие, растерянные или имеющие суицидальные намерения, могли обратиться за помощью, два священника из Лондона - Питер У. Уэст и Чад Вара.

В разных странах эти службы называются по-разному. Например, в Испании — «Надежда», в Германии — «Духовная Помощь», в Швейцарии — «Протянутая Рука», в Австралии — «Линия Жизни», в США работают «Кризисные Линии», «Горячие Линии» и другие. В славянских странах (Россия, Украина) закрепилось название «Телефон Доверия»

Телефон доверия (далее ТД) — это служба, которая оказывает населению экстренную психологическую помощь по телефону. Она считается одной из форм психопрофилактической работы, социально-терапевтической помощи. ТД — неотложная психологическая помощь в ситуациях, не терпящих отлагательства; адресована лицам, находящимся в кризисных состояниях, тем, у которых возникли, по их мнению, непреодолимые препятствия.

ТД главным образом предназначен для того, чтобы испытывающий трудности человек мог найти собеседника, избавиться от возникшего эмоционального напряжения, поделиться своими переживаниями, получить поддержку для изменения своего угнетающего, непереносимого эмоционального состояния.

Психологическая помощь по телефону имеет ряд преимуществ. Во-первых, она доступна, так как большинство ТД работают ежедневно и круглосуточно, а само обращение по телефону возможно в тех случаях, когда нельзя встретиться с консультантом лично. Во-вторых, консультации по ТД бесплатны. В-третьих, соблюдается анонимность как абонента, так и консультанта. В-четвертых, конфиденциальность общения гарантируется. В-пятых, Телефон Доверия предназначен не для организации традиционной психотерапии, а главным образом для того, чтобы испытывающий трудности человек мог найти собеседника, избавиться от возникшего эмоционального напряжения, поделиться своими переживаниями, получить поддержку для изменения своего тягостного, непереносимого эмоционального состояния (дружеская поддержка). Разговор с консультантом позволяет многим не остаться один на один со своими чувствами.

Особенности службы телефонного консультирования.

В настоящее время телефон доверия используется лицами переживающими любой вид эмоционального кризиса.

Кроме того, ей свойственны:

1) элиминированность, «неявность» психотерапевтического характера телефонной помощи, что повышает чувство безопасности и самооценку (например, у лиц, находящихся в суицидоопасном состоянии);

2) возможность прервать контакт в любой момент, что очень привлекательно для лиц, чувствительных к психологической безопасности;

3) «эффект ограниченной коммуникации», т. к. общение осуществляется по единственному, акустическому каналу, что усиливает вербализацию переживаемой ситуации и тем самым способствует аффективному отреагированию, уменьшает чувство тревоги, а также позволяет в некоторой степени идеализировать психотерапевта, что повышает эффективность психотерапии;

4) «эффект доверительности»: свойство телефонной связи — звучащие в непосредственной близости голоса абонента и консультанта — способствует быстрому формированию доверительной беседы.

Терапевтический контакт при психологической помощи по телефону доверия происходит в четыре последовательных этапа:

1. Установление контакта, эмоциональное принятие абонента-клиента.

Первая цель — это установление отношений доверия — достигается эмпатическим выслушиванием и отражением чувств абонента. При этом важно не только сочувствовать, но также выразить это сочувствие (эмпатию) хорошо подобранными словами. Абонент должен знать, что консультант его понимает и готов работать вместе с ним в поисках разрешения кризиса.

2. Интеллектуальное овладение ситуацией (структурирование ситуации, раскрытие её связи с контекстом жизненного пути, «снятия остроты» переживаний).

Установление характера и деталей кризиса. Абоненту нужно дать возможность выразить ясно и подробно, что случилось, что послужило причиной кризиса. Необходимо сфокусировать рассказ абонента так, чтобы в конечном итоге кризисную ситуацию можно было описать одним предложением.

3. Планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации.

В процессе диалога необходимо отделить те аспекты проблем, которые могут быть изменены, от тех, которые изменить нельзя. Стоит также попросить абонента описать какие-либо предыдущие попытки найти решение, а затем исследовать другие возможные решения. Например, можно спросить: «Что случится, если вы...», «А как вы будете себя при этом чувствовать?». То есть нужно помочь абоненту обдумать различные вероятные последствия возможных его решений, а также способы, которыми он может выполнить свое решение. Необходимо постараться подключить внутренние, духовные силы личности и, возможно, найти какие-либо внешние силы, способные помочь выйти из кризиса.

4. Активная психологическая поддержка.

Дать возможность абоненту действовать: помочь наметить определенный план действий и убедиться в том, что он реален и достижим. Если это так, и

клиент принял на себя ответственность за реализацию плана, то консультант должен его ободрить и поддержать решение. Каким бы ни было это решение, клиент почувствует себя лучше после того, как примет его и начнет действовать.

Основные принципы работы службы кризисного психолого-психотерапевтического «Телефона доверия»:

- доступность в любое время суток. Предполагает круглосуточный режим работы и наличие достаточного количества каналов на одной телефонной линии;
- анонимность;
- конфиденциальность, причем двухсторонняя;
- недирективность, то есть отсутствие какого-то ни было бы давления на собеседника (депрессивные, суицидальные намерения - необходимость директивности);
- толерантность, отказ от политических, религиозных, идеологических и прочих установок в беседе;
- управление разговором;
- элиминированность, «неявность» процесса психотерапии;
- консультации являются бесплатными.

Общие правила работы:

1. Во время дежурства консультант должен быть сыт: голод зачастую оказывается сильнее мыслей об абоненте или своевременного проявления сочувствия.
2. Консультант должен быть принят в команде своих коллег.
3. Консультант должен быть откорректирован: в противном случае никак не избежать навязчивых проекций своих проблем на абонента или контрпереноса.
4. Консультант должен быть в ясном сознании: не допустимы сонливость или прием алкоголя.
5. Консультант должен чувствовать себя независимым, в частности от взаимоотношений с вовлеченными в консультирование коллегами.
6. Консультант не должен манипулировать абонентом.
7. Консультант не должен бояться эмоций клиента и своих собственных.
8. Консультант не должен оценивать клиента или давать советы: главное — довести проблему клиента до того уровня, когда он сможет ее осознать.
9. Консультант обязан участвовать в текущих учебных сессиях, которые должны проводиться службой не реже 2 раз в месяц.
10. Консультант должен периодически работать с сотрудниками, являющимися супервизорами службы: это является неплохим средством для профилактики феномена «сгорания» и возникновения «идеи величия».

Если абонент находится в состоянии депрессии и существует опасность суицида, консультант занимает активную директивную позицию. Иная тактика при кризисных взаимоотношениях в семье, на работе и т. д. В этом случае беседа ведется недирективно, сообща обсуждается проблема, совместно ищутся пути её

решения, при этом консультант ни в коем случае не дает прямых советов, что должен делать абонент.

Существуют и определенные неудобства телефонной службы: помехи и шум на линии могут затруднить контакт; консультант лишен невербальной информации, что значительно затрудняет работу; возможность для абонента в любую минуту прервать разговор усложняет работу консультанта. Всё это предъявляет повышенные требования как к технической оснащённости станций ТД, так и к квалификации её работников.

Содержание профессиональной деятельности и основные действия (операции) консультанта заключаются в следующем:

Выслушивание, консультирование, информирование абонентов ТД, при необходимости – применение приемов психотерапии в рамках телефонного консультирования. Ведение необходимой служебной документации. Участие в работе группы консультантов (обучение, повышение квалификации, тренинг, супервизия). Участие в выездных мероприятиях (конференции, семинары, школы, тренинги).

Трудовой день проходит в бытовых условиях, в специально оборудованном помещении. Продолжительность смены регламентирована. Существуют ночные смены, работа в выходные и праздничные дни. Характер труда аритмичный, нагрузка в течение смены неравномерная и непрогнозируемая. Рабочая поза: сидя, с ограниченным передвижением, в комфортных условиях.

Работа на телефоне доверия предъявляет определенные требования к качеству подготовки консультанта. Консультант ТД должен иметь определенный уровень образования. Наиболее предпочтительны специалисты – психиатры, психотерапевты, психологи, педагоги, социальные работники.

Практика показывает, что консультант службы ТД имеет дело с чрезвычайно разнородной по возрасту, полу, уровню своего развития группой населения.

Классификация проблем абонентов ТД.

Каждый звонок на ТД уникален, не похож на другие и перед консультантом стоит задача по возможности быстро войти в проблему, понять её суть, попытаться снять эмоциональное напряжение и помочь клиенту найти пути выхода из кризисной ситуации.

Для успешного осуществления кризисной психолого-психотерапевтической помощи психологи придерживаются следующих правил телефонного консультирования:

- 1) создание для абонента условия, в которых он готов высказаться. Эффект доверия. Хотя общающиеся по телефону могут находиться на значительном расстоянии друг от друга, их голоса звучат в непосредственной близости, т. е. абонент и консультант в определенном смысле находятся рядом. Это свойство телефонной связи способствует быстрому формированию доверия в беседе, облегчает включение в обсуждение глубоко личных проблем.

«Эффект доверия» помогает консультанту в работе и способствует ее успешности.

- 2) дать выход эмоциям абонента, для чего необходимо создать ситуацию, способствующую эмоциональному реагированию. Эмоциональный выход позволяет в дальнейшем работать над когнитивным овладением абонентом психотравмирующей ситуацией, поиском причин ее возникновения, повышением возможностей адаптации.
- 3) дать возможность абоненту выговориться, чему способствует особая атмосфера доверия, взаимопонимания, открытости между собеседниками, способствующая диалогу уважающих и принимающих друг друга людей, возникновению «очищающей исповеди». Достаточно редкое явление в обычной жизни, которое предусматривает полную погруженную в собеседника, максимальную искренность и честность.
- 4) помощь абоненту в осознании альтернативных возможностей его поведения. Консультирование клиента по поводу принятия им собственного решения, жизненного выбора зачастую является главной целью работы консультанта ТД.
- 5) расширение у абонентов диапазона социально приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепление уверенности в себе;
- 6) направление абонентов к иным службам, организациям, учреждениям, где их запросы могут быть удовлетворены более полно и квалифицированно, содействие обращениям населения за помощью к профессиональным психологам (на очное консультирование). Информирование абонентов о структуре и распределении отделений Медико-психологического центра, амбулаторной службе психотерапевтического отделения, в которых им может быть оказана специализированная помощь.

Все обращения на ТД можно разделить на две группы:

1. «Проблемные» звонки (большая часть), когда абонент; обращается на ТД за помощью в поисках выхода из конфликтной ситуации.
2. Использование ТД для решения различных проблем, не связанных с чрезвычайной ситуацией (меньшая часть обращений), сюда относятся информационные, бытовые запросы, мастурбанты, «зависимые» клиенты и др. В этой группе велик процент неадекватных задачам ТД обращений: «Дайте номер телефона аптеки», «Познакомьте меня с девушкой», «Помогите с уроками по математике» и т.д.

Обращения клиентов на ТД имеют широкий диапазон стрессовых ситуаций, среди которых: проблемы соматического и психического здоровья; любовные, дружеские и супружеские взаимоотношения; поиск смысла жизни; недовольство собой, желание изменить себя; отсутствие и поиск партнера; сексуальные проблемы, в том числе и мастурбация; конфликты с родителями, учителями и сверстниками; профессиональные и учебные проблемы; трудности, связанные с беременностью и методами контрацепции; проблемы соответствия

референтной группе; административно-правовые вопросы; одиночество; физическое и сексуальное насилие; проблемы, связанные с суицидальными действиями и мыслями; эзотерические и метафизические проблемы; неумение организовать свое свободное время в связи с недостаточной информированностью о способах и средствах организации досуга и т. д.

Все эти обращения можно классифицировать на 3 крупных блока:

1. Экзогенные проблемы.
2. Эндогенные проблемы
3. Непосредственное использование ТД клиентом.

1. Экзогенные проблемы («человек — окружение»).

Эта наиболее многочисленная группа обращений включает в себя проблемы, возникающие как в партнерстве (дружеском, любовном, семейном), так и в контактах с малым (ближайшее окружение) и большим (государственные институты, церковь и пр.) социумом.

А. Взаимоотношения партнеров в разнополой диаде

Б. Сексуальные проблемы

В. Проблемы, связанные с беременностью

Г. Семейные отношения

Д. Контакты с ровесниками

Е. Учеба

Ж. Выбор профессии и самоопределение

З Работа

И. Административно-правовые проблемы

2. Эндогенные проблемы («человек сам с собой»).

К. Соматическое здоровье:

Л. Психическое здоровье:

М. Психофизиологическое развитие:

Н. Общее развитие:

3. Непосредственное использование ТД клиентом.

О. Обращения с целью манипулирования консультантом

П. Использование ТД как справочной службы:

Р. Использование ТД как помощника в текущих делах:

С. Попытки использовать ТД для решения своих проблем:

Т. Интерес к ТД:

У. Постоянные клиенты (ПК):

Методика работы (техника телефонного консультирования).

Основные правила телефонной беседы.

Прежде всего, консультант должен помочь клиенту выразить словами вопрос, который его занимает, или проблемную ситуацию, в которой он оказался. Целенаправленными вопросами надо добиться максимальной ясности в восприятии ситуации, осваивая мысли и чувства собеседника. Через какое-то время можно резюмировать полученную информацию. Благодаря этому, клиент

получает доказательство того, что его внимательно слушали, и одновременно – возможность с большей ясностью увидеть свою проблему как бы со стороны.

Тем временем консультант решает следующий вопрос: что клиент ожидает от разговора, с какой целью он позвонил на телефон доверия. Когда это становится ясным, необходимо попытаться выработать стратегию совместного поиска решения. Эти решения и действия, связанные с ними, должны быть под силу клиенту. Надо развернуть перед ним картину возможных последствий тех или иных решений. Его выбор, тем самым, будет взвешенным и продуманным.

Различные фазы беседы, разумеется, не всегда следуют в строгой временной последовательности. И, конечно же, большое значение имеет цель общения: получить информацию или совет, или же обсудить проблему. В первом случае говорить придется больше консультанту, во втором же – следует говорить меньше, направляя клиента к уяснению проблемы и поиску путей выхода из проблемной ситуации. Большинство бесед этим и заканчивается. Но в некоторых случаях у клиента нет возможности что-либо предпринять. Тогда следует поискать для него поддержку в его ближайшем окружении. И только в том случае, если и это невозможно, допустимо направить его в соответствующее учреждение. Другой возможный исход – установление с ним долгосрочных контактов по телефону по взаимной договоренности.

Психотехнические аспекты телефонного консультирования.

1. Психология активного слушания

Активное слушание осуществляет одну из главных потребностей человека в принятии. В экзистенциальном смысле слушать активно – это значит открывать свое сердце другому, чувствовать его боль и страдания, понимать и осознавать значимость и ценность его жизненных проблем.

Почему не каждый человек способен к активному слушанию?

Что мешает? Какие его качества? Тревожность, неуверенность в себе, суетливость, привычка давать советы и рекомендации (сильный родитель), морализаторство, желание назидательно поучать, эмоциональная вовлеченность с потерей понимания реальности «здесь-и-теперь», отсутствие готовности деятельно слушать и, одновременно, страдать вместе с человеком.

Активное слушание невозможно без:

- желания консультанта выслушать, а значит он должен понимать, что для этого ему потребуется время;
- его желания помочь «здесь-и-теперь», в пространстве телефонного диалога;
- искреннего стремления принять чувства собеседника такими, каковы они есть в данный момент;
- веры в то, что человек сам может управлять своими переживаниями и находить собственные решения;
- понимания того, что эмоциональные проявления собеседника преходящи: гнев может смениться унынием, а ярость перейти в надежду;

- принятия уникальности личности собеседника, имеющего неотъемлемое право на собственные чувства, мнения, побуждения, а также пути выхода из психологического кризиса.

При активном слушании консультант должен быть для собеседника поводырем, высвечивающим путь, нитью Ариадны в темной пещере, помогающим тем, кто идет.

Составные части активного слушания

Понимание. Понимать – значит принять собеседника и его систему ценностей, рассматривать его как человека, не имеющего неразрешимых проблем, без стремления обвинить, осудить или направить на путь истинный.

Эмпатия. Вчувствоваться – означает настроиться на эмоциональные переживания собеседника, помочь ему в определении своих чувств и работать с ними, через них и сквозь них, улавливая и всеми силами поддерживая момент их позитивного изменения.

Забота. Заботиться – значит проявлять доверительность, оказывать поддержку и, искренне уважая уникальность личности абонента, укреплять возникающие у него надежду, позитивные чувства, мнения и позиции, не стремясь стать экспертом в проблемной ситуации.

Открытость. Быть открытым означает дать возможность собеседнику выразить свои чувства, принять его, разрешить ему облегчить свою душу, все время давая понять, что его слушают.

Объективность. Быть объективным – значит сохранять независимость от проблем собеседника, чрезмерно не отождествляться с ним и ни в коем случае не манипулировать его переживаниями и поведением.

Выяснение. Выяснить – означает помочь собеседнику определить и понять его проблемы; не отвергать его, даже если обсуждаемая тема окажется придуманной, помочь выразить проблемную ситуацию словами, обратить внимание на имеющиеся противоречия, расхождения в мыслях и чувствах, чувствах и поступках.

Исследование. Исследовать – значит работать вместе с собеседником над поиском внешних и внутренних возможностей выхода из проблемной ситуации; оказать помощь в определении альтернативных решений, их вероятных последствий и предполагаемого стратегического плана разрешения жизненных сложностей.

Завершение. Завершить – означает уверить в преимуществах преодоления ситуации, поддержать вновь обретенную уверенность и положительные эмоциональные изменения.

Активное слушание – это искусство понимания.

Активный слушатель должен уверить говорящего, что все произносимое будет верно понято им. Понимающий слушатель как бы сообщает говорящему: «Я забочусь о Вас, я принимаю Вас. Я хочу понять Ваш опыт, Ваши чувства и, особенно, Ваши потребности». Такое послание, данное человеку в качестве

базовой основы разговора, повлияет на его образ мыслей и чувства (по отношению к себе и другим).

В результате активного слушания:

- повысится самооценка клиента;
- возрастет его эмоциональная зрелость;
- шире станет доступ к собственному опыту;
- увеличится настойчивость в достижении личных целей;
- снизится защита;
- снизится авторитарность;
- повысится готовность услышать других;
- человек станет более чувствителен к другим.

Таблица 2.3

Основные приемы активного слушания

Приемы	Цели	Реализация	Примеры
Поощрение	Продemonстрировать заинтересованность. Поддерживать у собеседника стремление к рассказу	Не надо соглашаться или не соглашаться с тем, что Вы слышите. Используйте благожелательный тон и уклончивые	Я понимаю... Угу... Это интересно Я слушаю... Пожалуйста, продолжайте
Повторение	Показать, что Вы слушаете и заинтересованы. Показать, что Вы улавливаете факты	Повторяйте основные мысли собеседника, подчеркивая важные факты	Если я правильно понимаю, Вы считаете... Другими словами, Вы решили...
Отражение	Показать, что Вы слушаете и заинтересованы. Показать, что Вы понимаете чувства собеседника	Отражайте ведущие чувства собеседника	Вы чувствуете, что... Вы были сильно этим встревожены... Вы расстроены этим

Продолжение табл. 2.3

Обобщение	Собрать воедино все важные мысли, факты и т.п. Заложить основу для дальнейшего обсуждения	Повторяйте, отражайте и обобщайте основные мысли и чувства	Похоже, из того, что Вы сказали, самое главное... Если я правильно понимаю, Вы испытываете по этому поводу...

Рассмотрим более подробно приемы, представленные в таблице 2.3.

1. Поощрение. В очном консультировании поощрение может выражаться улыбкой, внимательным теплым взглядом, доброжелательным кивком, иногда касанием руки и т.п. В ТК необходимо максимально использовать интонацию голоса, который должен выражать теплоту, поддержку, внимательность консультанта к абоненту.

2. Повторение (переформулировка). Воспроизведение того, что сказал абонент, но другими словами, при этом стараться не изменять смысл. Поэтому переформулировать лучше в виде вопроса. Помогает получить обратную связь о взаимопонимании. Всегда лучше переспросить, с тем чтобы быть уверенным в правильности понятого.

3. Отражение (рефлексия). Отразить, значит определить ведущие чувства или отношения, о которых абонент может и не говорить, но которые лежат в контексте. Для этого мы слушаем и анализируем тон, экспрессию, манеру говорить. Правильное отражение вызывает доверие к консультанту.

4. Обобщение. Итог, резюме, суммирование всего, что было сказано. Иногда эмоциональная взволнованность абонента не дает ему возможность уловить пути решения, которые консультант ему уже наметил. И обобщение позволяет сфокусировать клиента на понимании ситуации в точке конструктивного решения.

Основные цели активного слушания.

Активное слушание – это, прежде всего, понимание, которого чтобы достигнуть мы должны:

- 1) хотеть понять абонента, его переживания и проблемы,
- 2) создать в диалоге атмосферу понимания,
- 3) быть готовым запрашивать информацию и проверять услышанное, чтобы прояснить то, что мы «понимаем».

Отсюда следует, что цель активного слушания – создать и поддерживать доверительную атмосферу в разговоре. Для этого мы должны быть принимающими и заботливыми и, одновременно, уважающими говорящего.

«Я о'кей. Вы о'кей». «Все, чем вы поделитесь со мною, останется в тайне». «Я хочу понять вас». Мы должны искать информацию и слушать, чтобы понять, без выдвижения гипотез и действий.

«Я буду думать и чувствовать с вами – а не о вас и не для вас». Это значит - обрабатывать и возвращать обратно то, что мы услышали, чтобы прояснить

смысл сказанного. «Я надеюсь, что пояснения, которые я у вас попрошу, помогут вам самому лучше понять то, о чем мы говорим».

Какие навыки необходимы для овладения активным слушанием?

Обеспечивать поддержку, используя:

- подлинный интерес к тому, что Вам сообщают;
- минимальная поддержка, «знаки» понимания: короткие вербальные высказывания – «Да», «Угу» и т.п.
- выражение поддержки, более длинные вербальные «связи» – «Я с вами», «Я вас слышу», «У меня много времени. Я никуда не спешу».
- валидизация: давайте чувствам говорящего статус нормальных и естественных, имеющих право на существование – «Я могу понять то, что вы испытывали именно такие чувства. Если бы подобное случилось со мной, я бы тоже чувствовал злость».

Искать информацию, используя:

- повторение - повторять сказанное дословно;
- парафраз - новые слова с тем же смыслом, особенно в связи с чувствами, которые необходимо прояснить – «Я слышу, что вы говорите...», «То есть вы хотите сказать, что...»
- открытые вопросы – вопросы, требующие ответа без «нет» или «да». Вопросы, начинающиеся на «Что...», «Кто...», «Как...», «Когда...»;
- рефлексия – ваши интуитивные догадки и эмоциональные ощущения, которые не выражаются словами. «Выразите, как вы ощущаете это, по-другому»;
- метафоры и сравнения – используйте сравнения с реальным, чтобы помочь лучше определить чувство или ощущение. «Это похоже на ощущения маленького ребенка, которого бросили одного на вокзале».

Пример активного слушания:

а) Слушание, которое создает напряженность и непонимание:

С.: «Дорогая, я плохо себя чувствую. Обязательно ли нам идти обедать с А.?»

К.: «Бывало ли такое, чтобы ты пожелал выйти со мной куда-нибудь? Я ненавижу сидеть дома. Раз ты не желаешь идти со мной, видимо, мне придется идти без тебя».

б) Активное слушание, которое направлено на понимание, эмпатию и поиск решения:

С.: «Дорогая...».

К.: «Ты плохо выглядишь. Что случилось?»

С.: «Ничего, просто немного болит голова».

К.: «Похоже, у тебя температура, ты устал. Сильно болит?»

С.: «Да нет, пустое. Дело не в головной боли. На самом деле, это из-за А. Мне не очень по душе. Он всегда придирается ко всему, что я делаю или говорю. У меня сегодня был трудный день и совсем не хочется проводить вечер с А.».

К.: «Да, А. действительно бывает придирчив. Иногда, находясь рядом с ним, я ощущаю себя маленьким ребенком, ожидающим, когда папа вернется домой и отшлепает его. Я испытываю определенное беспокойство».

С.: «Вот, это как раз то, что чувствую и я!»

К.: «Хорошо. Если общение с А. сегодня для тебя слишком тяжело, давай сходим без них. Что ты думаешь по этому поводу?»

С.: О, милая, спасибо, что ты поняла меня. Пойдем куда угодно!»

Условия, при которых активное слушание полезно:

- когда вам необходимо проверить, верно ли вы воспринимаете эмоциональное состояние другого человека;
- когда вы имеете дело с сильными эмоциями;
- когда проблема другого человека эмоциональна по своей сути;
- когда клиент пытается вынудить вас принять то же решение, что и он/она сам/сама;
- когда идет исследование и взаимодействие с «открытым концом».

С помощью активного слушания вы сможете:

- прояснить для себя чувства другого человека,
- структурировать сложные эмоциональные состояния,
- определить проблему более точно,
- позволить клиенту решить проблему или понять, в каком направлении ее нужно решать,
- повысить самооценку клиента.

Требования успешного активного слушания:

- искренний интерес к человеку и желание помочь,
- большое внимание к малейшим проявлениям эмоционального состояния клиента,
- временно отбросить любые мнения, суждения, чувства,
- верить в способность человека самому принять решение и справиться со своей проблемой, давая ему время и создавая благоприятные условия.

Сложности при использовании активного слушания:

1. Ответ клиента «Да» с последующей паузой. Задайте информационный вопрос (Что-Где-Когда-Как), дабы побудить клиента говорить дальше.
2. Ответ клиента «нет». Если клиент не дает пояснений, задайте информационный вопрос. Если вы получили ряд ответов «нет», то, видимо, клиент не желает говорить о своей проблеме или же не старается тщательно разобраться в ней.

3. Вы шагнули слишком далеко вперед, выразив свой анализ, а не чувства клиента. Вернитесь в ситуацию общения и проследите за состоянием клиента.
4. Клиент говорит, говорит и говорит. Если он выражает очень сильные чувства, слушайте его не прерывая, даже ради выражения своих мыслей, чувств.
5. С. заканчивается, когда проблема определена или достигнуто решение, клиент на определенное время сосредоточился на данной проблеме, диалог становится цикличным и повторяется.

Коммуникативные барьеры в телефонном консультировании:

- давать абоненту советы, предлагать другому человеку конкретное решение его проблем. Советы редко бывают приняты, предполагают превосходство советчика, лишают человека возможности взять на себя ответственность за принятое решение.
- анализ или интерпретация – объяснения абоненту, что же на самом деле представляет из себя его/ее проблема. Объяснение, почему она/он чувствует или почему он/она имеет ту проблему, которую имеет. Часто интерпретация создает новую проблему, вызывает защитные реакции, часто не принимается, мешает пониманию, даже если ваш анализ правилен. Вопросы «Почему?» обращены не только на поиск информации, но и ведут к оправданиям, порождающим защитные реакции, побуждают человека к рационализации (движению от выражения чувств к выражению мыслей), уводят абонента от реальной ситуации, требуют информации, которой он часто не имеет; лучше использовать вопрос
- логическое убеждение – использование последовательности вопросов, имеющих логичные ответы, направляющие абонента, который испытывает сильные эмоциональные переживания, к решению или совету консультанта. Людям несвойственно рационально размышлять, часто они неспособны следовать логике, консультант контролирует диалог, клиент чувствует, что вопросами его загоняют в ловушку. Этот метод уводит абонента от его/ее чувств, порождает защиту, фрустрацию, чувство обиды.
- наставления и резонерство – объяснения абоненту, насколько хорошо или плохо согласуется то, что он/она делает с вашей системой ценностей, обычно начинающееся словами «надо бы», «следовало бы». Это порождает защитные реакции, чувство вины, если принимается; чувство обиды, если отвергается; подразумевается превосходство «проповедника».
- угрозы, намеки и прямое заявление, что клиент испытает тяжелые последствия, если не примет определенное решение. Порождает защиту, враждебность, обиду, уводит от проблем.

Некоторые напоминания для хорошего слушания:

- Прекратите говорить. Вы не можете слушать, если говорите.
- Помогите клиенту расслабиться.
- Помогите ему почувствовать, что он может говорить свободно. Создайте «раскрепощающую обстановку».
- Покажите абоненту, что вы хотите слушать.
- Используйте паравербальные компоненты, выражающие ваш интерес «стоны, вздохи». Слушайте, чтобы понять, а не чтобы ответить.
- Не отвлекайте абонента.
- Не шуршите бумагой, не стучите карандашом. Будет спокойнее, если вы закроете дверь.
- Эмпатируйте клиенту.
- Постарайтесь поставить себя на место абонента, и вы поймете его точку зрения.
- Будьте терпеливы.
- Дайте абоненту высказаться. Не прерывайте его.
- Уклоняйтесь от агрессии. Агрессия не может повредить вам лично - абонент вас даже не знает.
- Избегайте критики и спора.
- Это вызовет у абонента защиту. Он/она может «закрыться» или разозлиться. Не спорьте: даже если вы победите, вы проиграли.
- Задавайте вопросы. Это придает абоненту смелости и показывает, что его слушают. Это помогает прояснить и развить произносимое.
- Будьте личностью, будьте ответственны.
- Выделяйте ваши личностные реакции. Используйте послышки с «Я».
- Будьте подлинны.
- Не высказывайте знания того, чего не знаете.
- Не притворяйтесь.

Особое значение в активном слушании придается эмпатическому пониманию. Когда консультант ощущает чувства и личностные смыслы клиента в каждый момент времени, когда он сможет воспринять их как бы изнутри так, как ощущает сам клиент, когда он способен успешно передать свое понимание клиенту, тогда эмпатическое понимание достигнуто.

Признаки плохого слушателя:

- Он перебивает меня или течение моих мыслей.
- Он меняет тему беседы.
- Он думает о своем ответе, когда я еще говорю.
- Он дает совет, а не занимается совместно поисками ответа.
- Он обобщает, говоря, что я такой же, как все остальные.
- Он приходит к скороспелым выводам или перебивает.

- Он старается «решить» мою проблему.
- Своим умом и эмоциями он находится вне моей ситуации.
- Он перебирает руками, ногами или много суетится, изменяя положение тела.
- Он говорит: «То же самое случилось со мной».
- Он считает своим долгом заполнять все паузы в беседе.
- Он игнорирует мои вопросы.

Признаки хорошего слушателя:

- Он говорит мне – «Да», открывая себя и принимая меня.
- Я и он общаемся друг с другом тепло и естественно.
- Он слушает паузы.
- Он не претендует на то, чтобы узнать всю правду
- Он переживает то же, что чувствую я.
- Он входит в мою ситуацию и положение.
- Он отражает мои мысли и чувства.
- Он принимает меня таким, каков я есть, и не осуждает.
- Он позволяет мне спотыкаться в словах.
- Он откладывает в сторону собственные заботы и проблемы.

Литература

1. Романова Е. С. Работа психолога на телефоне доверия. Метод. пос. / Е.С. Романова. – М.: МГПУ, 2001. – 69 с.
2. Хэмбли Г. Телефонная помощь / Г. Хэмбли. – Одесса: Версия, 1992.
3. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование / А.Н. Моховиков. – М.: Смысл, 1999. – 410 с.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь близким. Руководство по телефонному консультированию / И.Г. Малкина-Пых. – НПО «ЭГОС», Москва, 1994.

ГЛАВА 3

СПЕЦИФИКА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И СЕМЬЯМИ, СВИДЕТЕЛЯМИ ВОЕННЫХ СОБЫТИЙ

3.1 Экстренная психологическая помощь в кризисной ситуации.

А.А. Охмат

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 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 травматической ситуации и начинается оказание помощи пострадавшим.

Несмотря на всю важность и актуальность оказания психологической помощи населению вовремя и после экстремальных ситуаций, проблемы эти остаются относительно новыми и для практической психологии, и для психологической практики.

Правила оказания экстренной 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.

При осуществлении экстренной психологической помощи необходимо помнить, что жертвы страдают от следующих факторов, вызванных экстремальной ситуацией:

1. Внезапность. Лишь немногие бедствия ждут, пока потенциальные жертвы будут предупреждены – например, артобстрел. 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. Тем не менее у жертв некоторых длительных экстремальных ситуаций (например, зачистка города и ситуация боевых действий) травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем.

4. Недостаток контроля. Никто не в состоянии контролировать события во время военных действий; 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 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 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 невосстановимыми: 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 спасать, насколько рисковать, кого обвинять.

9. Поведение во время события. Каждый хотел бы выглядеть наилучшим образом в трудной ситуации, но удастся 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.

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.

3.2 Активизация самосознания как способ повышения устойчивости человека к травмам.

С.Б. Бажутина

Человек, в отличие от всех других живых организмов, характеризуется одной уникальной способностью – он может смотреть «со стороны» на самого себя, анализировать разные формы представленности своего Я в пространстве и времени, может даже менять себя, согласно своим представлениям об изменившемся Мире и своем положении в нем. Это уникальное образование человеческой психики, человеческой души, в русском языке получило название – самосознание.

Вместе с тем у этого образования есть и еще одно удивительное свойство: в самосознании заложен мощнейший ресурс выживаемости человека в самых сложных, самых непредсказуемых ситуациях нашей современной бытийности. Благодаря важнейшей способности, определяющей сущность самосознания, способности к саморефлексированию, человек может представить себя в любой наличной ситуации, понять особенности своего положения в ней, специфику всех значимых отношений и спрогнозировать возможные варианты выхода из создавшегося тупика. При этом, чем лучше, полнее и объемнее знания человека о самом себе, чем качественнее у него способность к саморефлексии, тем безболезненнее и эффективнее будут его выходы из жизненного тупика. Таким образом, это уникальное образование – самосознание человека – можно превратить в особый механизм самотерапии, который человек волен будет использовать по своей надобности при необходимости поиска новых решений в сложных ситуациях бытийности.

Однако здесь сразу же возникает несколько достаточно серьезных вопросов. Во-первых, мы обнаруживаем, что само самосознание даже у взрослых людей оказывается не всегда достаточно развито, и содержательная представленность его компонентов у индивидов тоже самая разнообразная. Что с этим делать и как в таких условиях заниматься актуализацией этого образования?

Во-вторых, уровневая и содержательная структура самосознания, составляющие ее компоненты до сих пор активно дебатировались в научном мире, причем относительно их представленности и понимания содержания частей этих структур имеются весьма разные, даже альтернативные толкования. Конечно же, подобного рода разногласия может существенно мешать в практической работе и психологу-терапевту, и обратившемуся к нему за помощью человеку. В

качестве иллюстрации этого положения достаточно сравнить в этом работы плане Р.Ассаджоли, Р.Бернса, У.Джеймса, И.Кона, В.Столина [2; 10;13; 15; 27].

В-третьих, чтобы работать с самосознанием человека, пытаться корректировать его содержательную сущность, развивать саморефлексию, надо хорошо понимать историю становления этого психического образования, особенности и условия его формирования в онтогенезе. Знание специфики возрастного развития самосознания, основных механизмов, определяющих его функционирование, позволяет лучше видеть индивидуальные проблемы клиентов, грамотнее оказывать им помощь.

Наконец, еще одно, самосознание как сугубо человеческое образование характеризуется еще и достаточной устойчивостью духовно-нравственной структуры, имеющейся у субъекта, ее включенностью в психическую реальность данного индивида, устойчивостью этой структуры, по сути и определяется вся жизнь человека, особенности его отношений с миром и окружающими людьми. Следовательно, надо найти способы диагностики и проработки индивидами еще и собственной духовно-нравственной составляющей самосознания.

Обозначив перечисленные выше проблемы, попробуем предложить их решение, чтобы помочь психологам, занимающимся терапией, результативно работать по активизации самосознания клиентов, обращая его в фактор самотерапевтической помощи.

Анализ психологического содержания феномена самосознания говорит о неоднозначности подходов к объяснению самого этого явления и всех составляющих его компонентов. Однако, нам представляется, что для организации работы с самосознанием клиентов, совсем не обязательно погружать их в нюансы научных споров по поводу сложностей структуры и функционирования этого образования, начиная с идей философа поздней античности Плотина (111 в. н.э.), дуалистической философии Рене Декарта и кончая современными отечественными философами, активно занимающимися этой проблематикой, А.Г. Спиркиным и Ф.Т.Михайловым[3; 4; 24; 26; 31]. Нам кажется, что выделение У.Джеймсом в структуре Глобального личностного Я двух его составляющих – «чистого Я» (познающего) и «эмпирического Я» (познаваемого) [13], споры о природе и содержании Самости как самого загадочного ядра личности и ее самосознания [7; 8; 9; 16; 23], трактовка феноменальной сути данного образования Берном, Ассаджоли [2; 10], выделение разными учеными разных структурных компонентов, исследуемого нами образования[15; 18; 19], мало что даст людям в плане практической работы с ним.

Думается, напротив, работающим с актуализацией самосознания людям, важно иметь строгую, четкую содержательно-функциональную модель данного феномена, понимать, как обнаружить проявления структурных компонентов этой модели у себя, уметь определять качество и уровень их развития, фиксировать особенности наличного состояния собственного самосознания в целом. Модель должна быть достаточно легко и быстро понимаемой людьми

разной профессиональной направленности и образовательного уровня. Вместе с тем в ней обязательно следует выделить все существенные характеристики данного психологического феномена, свидетельствующие о степени развития личности в целом.

Обратимся к описанию структурно-функциональной модели активизации самосознания. Начнем с выделения основной функциональной задачи самосознания – она, по нашему мнению, состоит в том, чтобы существенно помочь человеку в очеловечивании своей собственной субъектной сущности. Основным аргументом в пользу этой идеи является высказываемая многими учеными, начиная с К.Маркса, мысль о том, что человек становится человеком, только наблюдая перед собой человеческие проявления другого человека. Как очень точно писал об этом отечественный философ Ф.Т.Михайлов: «...человеку сама его субъективность не только не дана от природы, от Бога, но и вообще не дана, а всегда и в каждый данный момент задана. Задана как задача, как необходимость поиска постоянной опоры именно на личностно-мотивированное и целесообразное со-мыслие и сочувствие с другими людьми, а потому, как сие не странно, – с другим в себе, с самим собой.

Потребность каждого в слиянии осознаваемого переживания своего бытия с внутренним миром (субъективностью) других людей, – это и *natura naturans* (*творящая природа*) всех его жизненных сил, обеспечивающая активное воспроизводство самой его физической жизни, и, одновременно, – главное условие формирования его внутренне ощущаемой и осознаваемой самости – постоянно его заботившего, а подчас и удивляющего собственного «Я» [24, С. 4-5].

Обратим еще раз внимание на то, что в «со-бытии» с другими людьми индивид не просто становится субъектом, осуществляет сепарацию от других (в первую очередь самых близких ему людей), он через «со-причастность» к их жизни, через «со-чувствие» и «со-действие» их судьбе взрослеет душевно и духовно, мужает и действительно становится личностью, способной на выстраивание своей собственной героической судьбы во имя созидания и жизни людей. Однако, в этой же «со-бытийности с другими» может происходить и обратный процесс: когда формирующаяся личность, казалось бы, развивающаяся в себе богатые исследовательские и другого рода, потенции, теряет, в конечном итоге, свою человеческую сущность, превращая индивида в бездушного и циничного монстра. Произойти это может по двум причинам. Во-первых, в результате безграмотной, бездумной, а иногда и откровенно разрушительной организации или самоорганизации «со-бытийности» людей, во-вторых, по причине неполноценной, уродливой актуализации *Самости* и не сформированности в полном объеме гармоничной структуры *самосознания* человека.

Обозначим, хотя бы бегло, разницу между понятиями «Самость» и «самосознание». Начиная с работ З.Фрейда, а особенно К Юнга, Самость определяют, как глубинное образование, относящееся к области

бессознательного в психике, и составляющее ядро личности. Самость дает о себе знать в осознанных проявлениях «Я» субъекта, в его попытках понять себя, разобраться во внутреннем устройстве своей души. Самость, видимо, все же до конца никогда не познаваема, но она является основным источником и объектом поиска всех потенций, возможностей и путей развития человека, которые могут быть обнаружены и актуализированы им только при изучении Самости в условиях со-бытийности с другими людьми.

Самосознание – это специально организуемый взрослеющим субъектом процесс исследования себя и своих отношений с другими, это создание сложной концепции понимания своего внутреннего мира и его устройства, это поиск специальных способов изучения собственной Самости для обнаружения возможностей и перспектив развития своей личности и, наконец, это организация намеченного пути совершенствования и актуализации «Я».

Объемность и полнота гармоничной структуры самосознания предполагают наличие у человека двух моделей – достаточно качественной «Модели мира» (целостного и научного мировоззрения), а также «Модели собственного Я», понимаемой как неотъемлемая составляющая общей человеческой бытийности, которая может существовать и совершенствоваться как таковая, только благодаря существованию вокруг «Я» других людей, в их взаимном прогрессивно-деятельностном созидании.

Вторая идея органично вытекает из первой и связана с тем, что если мировоззрение человека формируется в процессе обучения в школе, а также под влиянием других видов образовательных воздействий, то в строительстве «Модели собственного Я» ему никто не оказывает никакого содействия. Она возникает как бы сама по себе. На самом деле это не так, и для того, чтобы у индивида «заработало» самосознание в процессе его взросления, должны соблюдаться некоторые условия.

Очень важны первые, физические ощущения своего Я, которые индивид получает еще в младенческом возрасте. Они непременно должны быть позитивными. Эти ощущения появляются у младенца в контакте с матерью или другими близкими, и если они приятны и желанны для индивида, то эти переживания становятся впоследствии базой для формирования аутоотношения в виде самопринятия. Если же в процессе начальных контактов ребенка с близкими ощущения по большей мере негативные, то у ребенка возникает отрицательное самочувствие, недоверие к себе и миру. Эти базовые переживания являются своеобразной стартовой площадкой для актуализации у человека Самости и развития в дальнейшем самосознания.

Еще одним условием для развития самосознания можно назвать особую выраженность эмоционально-чувственной сферы индивида: чем ярче в этой сфере представлены социальные эмоции, чем гармоничнее и дифференцированнее он их демонстрирует в контактах с другими людьми, тем больше у него окажется природной данности для актуализации интересующего нас образования. Только люди с гармонично выраженной системой

эмоциональной регуляции поведения могут адекватно включаться в разные формы «со-бытийности» [28]. Вместе с тем, говоря о развитии эмоционально-чувственной сферы и ее значении для активизации самосознания очень важно понимать, какими индивидуальными смыслами будут наполняться конкретные формы переживаний субъекта. Другими словами: насколько точно человек будет понимать свои собственные переживание, как их будет объяснять, с чем связывать.

Третье условие – развитость критического мышления и личностной рефлексии у индивида, способность оценивать себя и ситуацию своего общения с другими минимум с трех позиций: со своей, с позиции партнера по общению и глазами третьего субъекта как бы находящегося «над ситуацией» этого взаимодействия. Вообще критическое мышление и рефлексия как важнейшие формы интеллектуальной деятельности нужны индивиду в процессе всего моделирования мира и себя в нем.

Четвертое условие – это развитие у субъекта диалогичности, способности вести внутренний разговор не только с воображаемыми «партнерами» или «оппонентами», но и разговор своих собственных множественных «Я» с множественными «Не Я». [5; 6].

Наконец, пятое и, возможно, вообще самое основное условие для развития самосознания субъекта – это необходимость активно включаться в разные формы социальной жизни, быть активным соучастником совместного строительства, иметь взрослых наставников, которые помогали бы ему на этом пути.

Помимо понимания всех перечисленных условий актуализации самосознания для управления этим процессом человеку надо хорошо представлять и саму структуру этого психологического феномена. В научной литературе на этот счет тоже пока нет единства взглядов [15: 18: 19].

Мы считаем, что структуру для нашей модели следует взять традиционную, упоминаемую в учебниках психологии, в которой выделяются три стороны самосознания: когнитивная, эмоционально-оценочная и поведенческая (управленческая). Содержанием когнитивной стороны является формирование в сознании субъекта различных Я-образов, отражающих понимание индивидом представленности себя в разных сферах человеческой бытийности. Эти образы интергируются в общую картину Я и составляют когнитивную сторону «Я-концепции» человека. Все множество имеющихся у субъекта «Я-образов» предлагаем объединить в группы: «телесное Я», «Я как субъект познания», «Я как субъект общения», «Мое уникальное Я». Считаем такую систематизацию оправданной, так как она отражает систему нередко встречающейся у клиентов проблематики относительно своего Я. Это и проблемы с восприятием своего тела, влекущие за собой искривления, зажатости и даже болезни. Проблемы, связанные с неполноценным восприятием себя как субъекта познания, видение себя в качестве субъекта общения каким-то не таким, вызывающим протест и неприятие, или даже страх и зависть со стороны окружающих. Это почти

абсолютная неспособность ряда клиентов осознавать свое отличие от других, свою уникальную непохожесть на них, свои достоинства и редкие возможности реализации собственного Я.

Вторая сторона принятой нами структуры самосознания – эмоционально-оценочная. Ее содержание характеризуется отражением в сознании субъекта представлений, связанных с разными формами отношений к себе: за что-то мы себя особенно любим и почитаем, за что-то корим и ругаем, чему-то очень доверяем в себе, а чего-то даже боимся и пытаемся вытеснить из области нашего понимания Я. Эта сторона включает в себя также множественные самооценки индивида в разных видах его деятельности. Вся эта, хорошо осознаваемая субъектом или вообще не осознаваемая система отношений к себе, и составляет особую форму его глобального отношения к собственному Я. В этой форме может доминировать разный модуль отношений: принятие и доверие, или же, напротив, непринятие и недоверие.

Понять характер отношений индивида к самому себе чрезвычайно важно как для организации психотерапевтической работы, так и для обучения человека активизации его собственного самосознания, ибо продуктивно работать над собой может только субъект, принимающий себя и доверяющий себе. Эмоционально-оценочная сторона самосознания чрезвычайно сложна для осознания, а при малейших нарушениях позитивного отношения к «Я» у личности автоматически включается психологическая защита. Клиентов надо об этом обязательно предупреждать и настраивать на длительную и кропотливую работу в этом направлении.

Еще одна составляющая структуры самосознания – поведенческая (управленческая). Развитие этой составляющей в интересующем нас феномене предполагает выяснение особенностей локуса-контроля личности, понимание им характера собственного поведения в ситуации фрустрации, наличие у субъекта арсенала методов самоуправления и самовоспитания, а также банка ресурсов. Работая с этой стороной самосознания клиентов, мы пытаемся понять, что знают они про себя обо всем этом, как умеют пользоваться имеющимися у них знаниями, умениями и навыками. Опыт показывает, что представления людей в этой области самосознания еще очень и очень слабые.

В уровневой структуре самосознания мы обычно обращаем внимание на три временные ипостаси человека – прошлое, настоящее и будущее. Представления индивида о себе в прошлом, настоящем и будущем должны характеризоваться равнозначностью и равносцепленностью. Равнозначность будет проявляться в том, что субъект понимает: без прошлого – нет настоящего, в прошлом его взросление и становление Я, настоящее – это ступень в будущее, настоящим подготавливается реализация «Я» в перспективе будущей жизни, без представлений о себе в будущем – не будет и Я-настоящего, так как свой сегодняшний день Я «мерит» идеалами будущего. Временная равносцепленность будет характеризоваться представлениями субъекта о неразрывности временной связи и невозможности временных подмен: живя

сейчас – нельзя жить в прошлом, не приняв настоящего – невозможно думать о сколько-нибудь благополучном и реалистичном будущем. На важность временной перспективы в самоопределении личности, в выстраивании ею своего жизненного пути указывали многие авторы: К. Абульханова-Славская, В.С. Мухина, Д.А. Леонтьев, К.Г. Мамардашвили, Ф.Т. Михайлов и др. [4; 12; 17; 19; 24].

Наконец, последнее, о чем следует обычно говорить людям, намеревающимся заниматься активизацией самосознания: это о наличии в структуре самосознания бессознательной части Самости, неосознанного «Я» и его осознанной составляющей. Мы полагаем, что наша глубинная Самость и неосознанная часть Я могут быть познаваемы субъектом в процессе всей его жизни, они всегда хранят для него новые тайны и открытия. Сталкиваясь с непонятными, неожиданными для себя формами собственного поведения, человек должен понимать, что здесь, возможно, не обошлось без «шутки» глубинной Самости. С другой стороны, если личность «застряла» в каких-либо неприятных, вязких переживаниях, то причиной этого могут быть вытесненные в бессознательную часть «Я» иррациональные установки, приобретенные ею еще на ранних этапах взросления. Тогда помочь личности возможно только путем анализа ситуации и всех сторон представленности собственного «Я», то есть путем активизации самосознания.

С целью обобщения всего сказанного предложим схематическое описание модели активизации самосознания (Рис.3.1).

Самосознание	Условия развития самосознания				
	1. Сформированность выраженного самочувствия и глобального самоотношения. 2. Актуализация индивидуальных особенностей эмоционально-чувственной сферы. 3. Развитие критического мышления и рефлексивных способностей. 4. Активная «со-бытийность» человека в различных социальных сферах.				
	МОДЕЛЬ МИРА	Временная Перспектива «Я»	Когнитивное «Я»	Эмоционально-оценочное «Я»	Поведенческое (управленческое) «Я»
		БУДУЩЕЕ «Я»	1. Мое уникальное «Я» 2. «Я» как субъект общения 3. «Я» как субъект познания 4. Мое телесное «Я»		
		НАСТОЯЩЕЕ «Я»			
		ПРОШЛОЕ «Я»			
		МОДЕЛЬ МОЕГО «Я»			
	ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ				
	ЯДРО ЛИЧНОСТИ				

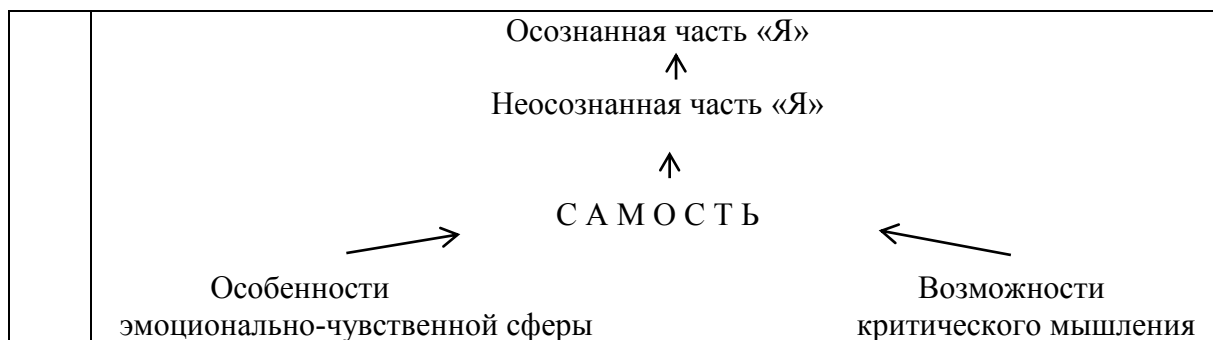


Рис. 3.1 Модель активизации самосознания

В качестве примера практической реализации идеи актуализации самосознания клиентов как способа повышения их устойчивости к травмам приведем программу разработанного нами группового тренинга «Самость и развитие Я». Программа создавалась на основе коррекционных техник И.А.Агеевой, рабочих материалов К.Фопеля, «Практикума по социально-психологическому тренингу» работ А.М.Васютина, Е.Т. Соколовой и тренинга сензитивности М.В.Осориной, который она проводила в конце 80-х годов на базе ЛГУ [1; 11: 22; 25; 29].

Программа рассчитана на людей от 16 до 60 лет, пол участников не имеет принципиального значения для работы в группе, однако опыт показывает, что чаще на такого рода тренинги идут женщины, хотя если в их среде появляется мужчина, это обеспечивает более динамичную, гибкую работу участников с неожиданными и любопытными поворотами в ходе тренинга. Опыт также показывает, что лучше, интереснее, содержательно разнообразнее и интенсивнее идет работа в разновозрастных группах, что обуславливается, на наш взгляд, значительной непохожестью жизненных установок обучающихся, качеством и характером их личностной бытийности и различиями в содержании Я-идентичности участников. Безусловно, все это делает работу каждого более увлекательной, обогащает всех членов группы новой информацией и значительно оживляет возможности актуализации содержания их внутренних «Я».

Основной целью, которая решается в ходе тренинга, являлась активизация процесса самосознания участников группы, по мере решения которой происходит формирование Я-идентичности субъектов, актуализация потенциальных возможностей всех участников тренинга. Вместе с тем ставится также задача улучшения взаимных контактов людей друг с другом, отдельных индивидов с группой в целом. Таким образом, в тренинговой группе создается довольно интересная социальная микросреда, способствующая коррекции ряда нарушений в структуре социальной идентичности обучающихся, в структуре их самосознания, в особенностях его представленности у субъектов.

Решение всех этих задач ставит психолога, ведущего тренинг, перед необходимостью с самого начала прилагать максимум усилий для создания в

группе особого эмоционально-психологического климата. Эмоциональная атмосфера, общий тон разговоров на протяжении всех занятий должен способствовать возникновению обстановки безусловного принятия для всех участников группы, обеспечивать им ощущения полной безопасности и защищенности, доброжелательного соучастия и поддержки. Это помогает людям снять психологические барьеры и ослабить действие психологических защит, которые очевидно присутствуют у каждого из участников на начало работы. Вместе с тем тренеру необходимо еще и удерживать достаточную степень напряжения интеллектуальной активности участников, чтобы способствовать сохранению у них внимания на обсуждаемых проблемах и обеспечивать включенность всех в реалии происходящего.

Работа в группе у нас начиналась традиционно – с обсуждения правил. Здесь же участники совместно выбирали какой-нибудь ритуал для наших «встреч» и «расставаний» (Встать в круг и всем взяться за руки, положить всем руку на руку и т.п.) Как правило, в начале и в конце занятия тренер этот ритуал проигрывал особым образом: создавал установку на доверие и открытость, концентрировал внимание на проблемах, которые будут разбираться или уже возникли в группе, усиливал состояние гармонии и умиротворения, радости и оптимизма.

После обсуждения правил, в ходе знакомства членов группы друг с другом, проводилась активная само- и взаиморефлексия. Для этого участникам группы предлагалось подумать, каким особым образом каждый из них презентует себя окружающим, что, как им кажется, окружающие чувствуют и понимают, глядя на этого человека, слыша его, наблюдая за его действиями и поведением. Выводы своей саморефлексии участник сообщал группе. Затем все остальные члены тренинга, по очереди говорили о том, как на самом деле они воспринимают этого человека, что «читают» в его внешнем виде, позах, мимики, речи и т.п.

Мы считаем, что тренер данное упражнение должен начинать с себя. Во-первых, это позволяет снять напряжение перед выполнением столь необычного для многих задания и показать, что конкретно им придется обдумать и о чем примерно говорить, во-вторых, психолог и сам получит сразу же информацию о том, как его принимает группа. Упражнение позволяет понять, насколько безопасно чувствует себя в группе каждый участник тренинга. Кроме того, по мере выполнения его всеми обучающимися тренер узнает еще и об уровне подготовленности участников к рефлексированию относительно своей собственной личности, своего Я, своей глубинной Самости, что может позволить психологу при необходимости видоизменять дальнейшую работу группы.

Обычно выполнение этого упражнения занимает довольно много времени, но оно с особым интересом воспринимается обучающимися, всем хочется не только высказаться, но и получить обратную связь о себе. В инструкции к упражнению тренер обязательно предупреждает участников, что необходимо отделять свое внутреннее Я и свою глубинную Самость от Персоны, которую мы

демонстрируем людям. Психолог, ведущий работу, внимательно следит за тем, чтобы не нарушались личные границы участников группы и разговор велся в тактичной и уважительной манере. Задача тренера – удерживать весь процесс в рамках «доброжелательного принятия», обострять и усиливать отмечаемые в высказываниях участников расхождения во мнениях, убеждать играющих, что окружающие люди могут воспринимать каждого гораздо объемнее и дифференцированнее, подмечать у других важные, значимые для качественного общения детали, что надо учиться *слушать* и *слышать*, что нам говорят окружающие.

Кроме того, на первом и втором занятии обсуждается «Модель активизации самосознания», ее психологическое содержание, особенности структуры, функционирование.

Результатом всей работы обычно является снижение остатков напряженности у членов группы, их самоуважение возрастает, так как в ходе рефлексии каждый видит внимательные взгляды окружающих, слышит много положительных отзывов о себе, а нередко обучающиеся сталкиваются еще и с совершенно неожиданными оценками себя. Кроме того, после выполнения тренинговых упражнений значительно повышается общая сплоченность группы, заметным становится рост доверия участников друг к другу, приходит понимание важности мнения других для более глубокого и точного осознания своей Персоны и особенностей собственной самопрезентации.

Если процесс взаиморефлексии оказывался очень долгим и очевидно начинает утомлять участников группы, мы его «разбавляем» работой с телом.

Состояние тела, его общее физическое функционирование, его здоровье, подвижность, гибкость имеют прямое отношение к гармонизации психики, души и духа. Из этой идеи произрастает вся телесная терапия, из нее выходят и многие постулаты гештальт-терапии. Мы также полагаем, что представления человека о себе, своем внешнем виде, которое возникает в самом нежном возрасте, базируются, в первую очередь, на качестве физических ощущений человека – хорошо ему в своем теле или нет. Приятные физические ощущения могли усиливаться еще и многочисленными положительными тактильными контактами с матерью, из чего, в конечном итоге, и формируется позитивное уатоотношение ребенка к себе. В нашем случае, это начинает проявляться в положительном аутопринятии клиента. И напротив, если человек чувствовал себя в детстве физически плохо, а мать не давала ему приятных ласковых прикосновений, поглаживаний, объятий – возникает аутонепринятие, такой ребенок уже в годовалом возрасте неосознанно отвергает себя.

Какой-то из вариантов этого опыта хранится в бессознательном каждого взрослого человека и представляет собой фундамент для структурирования сложной Модели самосознания субъекта, всех особенностей его проявляющейся Самости и формирующейся «Я-концепции» личности. С этим уникальным багажом приходят в группу и все наши клиенты. В ходе первых занятий, в результате само-, взаиморефлексии характер аутоотношения участников

становится очевидным. «Вкрапление» в этот процесс еще и упражнений по работе с телом не только разнообразит деятельность на занятии, но и позитивно влияет на аутоотношение всех членов группы.

Наблюдения за участниками тренинга показывают, что в массе своей пришедшие в группу, даже если они когда-либо занимались какими-либо видами спорта, или даже до сих пор делают утреннюю гимнастику, к физической форме своего организма обычно мало внимательны. Многие плохо управляют телом, имеют различные формы мышечной зажатости или, напротив, излишней расслабленности мускулатуры, не могут при необходимости гармонизировать свое внутреннее состояние и согласовать его с ощущениями и движениями собственного тела. Тело вообще и чувствуется, и ощущается многими очень плохо. Особенно это касается людей, так или иначе травмированных войной. Примечательно, что при этом каких-либо внешних деформаций фигуры и координации движений у них может быть даже незаметно, однако все эти люди бывают искренне удивлены и выражают полную растерянность, когда их просят рассказать о своих телесных ощущениях. Очевидно, что для них это является очень сложной задачей, таких клиентов мы терпеливо учим сканировать свое тело, «понимать его язык», получать удовольствие от дыхательных упражнений и разного рода разминок [20].

Вместе с тем, понятно, что такая «телесная глухота» частенько является следствием не только военной травмы, она «питается» еще и сформированным на ранних этапах развития индивида негативным отношением к своему физическому, да и психическому «Я», устойчивостью собственного аутонеприятия человека. Самость таких клиентов словно «не пускает» негативный телесный опыт человека в сознание, чтобы осознание его субъектом не разрушало своим деструктивным отношением самую целостность «Я», более того, глубинная Самость как бы «накладывает» на область тела своеобразное табу – замечать тело можно только тогда, когда оно уж очень сильно заболит, когда подвергнется явному физическому разрушению. Только тогда тело можно заметить и начинать лечить. Защищая Я, Самость как бы «уводит» тело от сферы психического, уводя вместе с ним и многие проблемы внутренней психической жизни человека.

Поэтому в нашей программе «Самость и развитие Я» подготовлена и специально применяется в работе с участниками группы небольшая гимнастическая разминка для «оживления» тела. Основной целью работы в этом направлении является пробуждение телесной чувствительности обучающихся, развитие у них навыков тестирования возникающих телесных ощущений и переживаний, а также мотивирование обучающихся на постоянные занятия по развитию своего физического «Я».

В небольшую серию отобранных нами физических упражнений, которые предлагаются участникам тренинга, входят: поиск опоры, «заземление», центрирование (создание внутри себя воображаемого энергетического центра),

наполнение себя радостью, работа с дыханием и достаточно простой вариант суставной гимнастики [20; 21].

После первого занятия участники тренинга получают задание – нарисовать три рисунка на темы: «Я в детстве, в своей семье», «Я – сейчас», «Я – в будущем». Рисовать предлагается в тихом, укромном месте, чтобы никто и ничто не отвлекало человека, рисовать нужно цветными карандашами, свободно «отпустив руку», то есть, позволив ей двигаться так, как ей «хочется». Можно при этом включить приятную, релаксирующую, не громкую музыку.

Рисунок относят к группе проективных методов, который можно успешно использовать как в диагностических, так и в терапевтических целях. О глубоком психологическом содержании проективных методов отмечает, в частности, Е.Т Соколова: «...в основе действенности проективного метода лежит факт пристрастности человеческого сознания. Психический образ действительности не просто находится в отношении подобия с воспринимаемым объектом, главная его особенность состоит в том, что он является «сколком» целостной, субъективно окрашенной и пристрастной «картины мира» – в присутствии Я» [25, с. 41].

Таким образом, в рисунке, как проективном методе, отображается субъективно воспринимаемая человеком картина реального мира, и именно в этом субъективизме восприятия отражаются скрываемые даже от сознания самого автора особенности «присутствия Я» индивида в изображаемой реальности так, как он на тот момент чувствовал, ощущал и понимал. В нашем случае есть сразу три рисунка, изображающих видение «бессознательным Я» субъекта его самого в разные периоды во временной перспективе.

На последующих занятиях проводится анализ результатов творчества всех участников группы по следующей схеме. Психолог-тренер кратко рассказывает участникам об общем содержании проективного метода, о том, что позволяет нам понять анализ предложенных авторами рисунков. Затем один из участников показывает группе свои рисунки в порядке их реального создания и рассказывает, как ему работалось над ними: долго ли он раздумывал над их содержанием, или картинки возникали легко и непринужденно. Участник также комментирует изображение: кого, как, где и зачем он, как ему кажется, рисовал и что в целом хотел отразить в своем произведении. Участнику предлагается выразить и свое отношение к изображенному – что понравилось, что вызвало беспокойство, что породило недоумение, вопросы и т.д.

Затем все остальные участники группы в свободном порядке говорят о том, что они «увидели» в рисунках коллеги. Перед началом этой групповой работы тренер-психолог дает обучающимся небольшой инструктаж. Он предлагает при анализе рисунков авторам их опираться на ощущения и чувства, которые этот рисунок у них вызывает, пытаться найти аргументы в самом изображении для подтверждения возникших у них переживаний. Кроме этого тренер учит основам «чтения» графических изображений, предлагает обращать внимание на общую композицию рисунка, его тему и особенности ее воплощения в образах, на тот

«текст», который «звучит» в изображаемом материале, предлагает искать общую идею или какой-то другой общий «подтекст» во всех трех рисунках, пытаться понять особенности динамики, содержания изображаемого от рисунка к рисунку. Психолог нацеливает обучающихся и на бережное отношение к форме рисунков, расположению фигур, качеству их прорисовки, величине, положению на листе, цвету, другим важным и «говорящим» деталям.

В ходе работы, как правило, удается выйти на скрываемые глубоко в бессознательном проблемы участников группы, обнаружить изъяны, которые мешают становлению здоровой Я-идентичности и развитию самосознания клиентов. Надо правда отметить, что в ходе работы обнаруженные проблемы далеко не всегда облекаются сразу в ясную, понятную клиентам вербальную форму. Чаще, возникает скорее вопрос, недоумение, тревога, которые обнаруживают себя в определенные моменты анализа, в каких-то ситуациях, в результате чьих-то неожиданных суждений, метких наблюдений, убедительных интерпретаций. Вместе с тем, опыт показывает, что сделанные участниками группы «открытия» – чрезвычайно важная часть всей групповой терапии, так как в ходе дальнейшей работы именно эти смутно понимаемые «открытия» облекаются в конечном итоге в ясные, четкие представления о том, что реально мешает устойчивости, цельности, возможности динамичного развития «Я» наших клиентов. Конечно же, корни многих проблем уходят в детство, а оттуда перемещаются в настоящее, помимо этого нередко еще и проецируется в будущее у многих участников группы.

Работа с рисунками помогает каждому человеку качественнее разобраться в своем наличном состоянии и подталкивает его к анализу и самораскрытию своих сложных жизненных ситуаций, а всех членов группы – к эмпатийной помощи. Разговор о содержании рисунков нередко плавно переходит в глубокий, терапевтирующий анализ какой-либо травмирующей ситуации кого-либо из присутствующих. Конечно, главная роль в этом процессе отводится психологу, однако и члены группы своей эмоциональной поддержкой, своими меткими замечаниями тоже оказывают огромную помощь. Особенно если группа разновозрастная и в ней соседствуют представители разных полов.

Аналитическая работа с рисунками имела еще одну важную цель: она помогала участникам выстроить свою «временную линию» – от прошлого, в настоящее, а от него в будущее, помогала понять, какой временная перспектива видится человеку сейчас [20]. Сохранение целостности и цельности «Я» – необходимое условие активизации и формирования самосознания. О необходимости временной перспективы в жизни человека, для повышения ее качества, давно и достаточно много говорили и отечественные, и зарубежные философы и психологи. Назовем хотя бы несколько имен: У.Джеймс, К. Левин, М.Хайдеггер, В.С.Мухина, К. Абульханова-Славская, И.С.Кон, А.С. Толстых. В их работах категория временной перспективы трактовалась по-разному, однако все ученые сходились, пожалуй, в одном – в том, что для человека жить в

настоящем невозможно без своего прошлого, также как нельзя выйти за «пределы самого себя» – не строя перспективы на будущее.

Яркие красочные, наполненные людьми, содержащие множество интересных деталей рисунки прошлого ряда наших клиентов при бедности изображения настоящего и будущего выразительно свидетельствуют о нарушении временной перспективы, о застревании человека в воспоминаниях прошлого. Реже встречаются другие варианты деформации: бледная, висящая в пространстве листа фигура себя в настоящем и фантазии в перспективе будущего – я в директорском кабинете, телефоны, компьютер, даже цветок на окне и дымящаяся чашка кофе на столе.

Главная задача работы с рисунками – помочь каждому члену группы приоткрыть для себя область собственного бессознательного с ее особыми, присущими только этому человеку установками, системой отношений к миру себе и другим. Такого рода работа позволяет осуществить своеобразное «путешествие» в бессознательное каждого, познакомиться с прошлым клиентов, с особенностями формирования их внутренней картины мира, а также с видением себя сейчас и в будущем. Кроме того, если в группах есть психологи, в ходе занятий они получают еще и колоссальный опыт интерпретации рисунков, опыт вовлечения в эту деятельность группы людей.

Почти каждое занятие нашего тренинга имело еще одну форму работы с его участниками, условно нами названную «Процесс погружения в Я». Данный «Процесс...» представляет собой серию релаксационных упражнений, связанных друг с другом общей тематикой – «погружение в Я» – и определенной строгой логикой всех этих погружений: от простого погружения в хранилище памяти собственной жизни до построения перспективы реализации собственного Я. Всего релаксационных упражнений было пять. Проводились они не сразу, а только после того, как группа была уже достаточно разогрета, в ней уже установилась устойчивая атмосфера безопасности и доверия друг к другу, то есть, примерно, с третьего или четвертого занятия.

Первое релаксационное занятие «Знакомство с «Храмом» или «Замком» собственного Я». Маленькое замечание: «Храм» – это символ любви, открытости миру, благодати, а «Замок» - символ защиты и обороны, создания для себя места индивидуальной, эгоистической комфортности. В наших группах последний использовался только два раза, что свидетельствует об общей альтруистической направленности участников наших тренингов.

Перед началом релаксационных упражнений участникам группы обязательно сообщалось, что «Процесс...» не является гипнотическим сеансом и не требует какого-то особого погружения в трансовое состояние. Нами давно замечено, что у некоторых людей есть предубеждения против всякого рода суггестивных способов воздействия на них, поэтому считаем необходимым обязательно «снимать» такого типа психологические барьеры для более спокойной и свободной работы участников группы с собственным подсознанием. Обучающимся сообщалось, что они могут, если захотят, даже не

закрывать глаза, а просто расслабиться (опять же, как у них это получится, не предпринимая для расслабления никаких особых усилий) и, если не возникает особого внутреннего сопротивления, «двигаться» за рекомендациями тренера. Если же участникам очень захочется как-то, по-своему модифицировать картинку, они вполне могут это сделать. Акцент делался лишь на том, что участникам просто следует получать максимальное удовольствие от всего, предложенного им «действия».

«Процесс» проводился в обычной учебной аудитории, с обычными передвижаемыми стульями. Участники группы удобно рассаживались на этих стульях, им предлагалось плотно, на полную ступню поставить ноги, ступни параллельно друг другу на расстоянии длины ладони, голень и бедро при этом должны образовывать прямой угол. Участники могли пофантазировать и представить, что их ноги как бы «прорастают корнями» до земли, чтобы «подпитываться» энергией недр. На стуле следует сидеть глубоко, упираясь спиной в спинку, позвоночник держать прямым, но без какого-либо особого напряжения, а мышцы тела постараться максимально расслабить. Далее тренер акцентировал внимание участников на их дыхании. Дышать следовало тихо, без какого-либо особого шума, дышать глубоко и по возможности – полными легкими. Участникам «Процесса...» тренером передавался примерно такой текст. Обращаем внимание на требования к тембру, темпу, мелодике и модуляциям голоса человека, который будет читать текст. Недопустим ни высокий, ни очень низкий регистр, никаких визгливых, скрежещущих, или глухих, пугающих ноток. Больше подходит глубокий, грудной голос и величавый тон. Хотя модуляции допустимы и зависят они от содержания текста, но их «вкрапления» не должны идти слишком быстро. Тренеру следует добиваться максимальной синхронизации между звучанием голоса, рисуемыми образами и эмоциями, которые они вызывают. Темп в целом должен быть ровный, спокойный.

Текст: «Ваше тело расслаблено, оно отдыхает. Вы дышите легко и свободно. Тело отдыхает. Вам хорошо. Представьте себе, что Вы в лесу, на большой зеленой поляне. Она вся залита теплым солнечным светом, над Вами голубое-голубое небо, по нему плывут легкие белые облака. Вы чувствуете запах травы, она такая сочная, зеленая. Слышите пение птиц. Ваших щек касается теплый ветерок, он слегка шевелит волосы на Вашей голове. Вам хорошо. Вы осматриваете поляну и видите едва заметную тропку, которая уходит куда-то в лес. Вы решаетесь идти по ней. Тропа уводит Вас все глубже и глубже в лес; лес становится гуще и мрачнее. Упавшие деревья преграждают Вам путь. Идти становится все сложнее и сложнее. Тропа начинает подниматься в куда-то вверх, в гору. Все чаще встречаются завалы упавших деревьев, все круче становится подъем. Идти становится уже совсем тяжело. Но Вы решаетесь не прекращать пути. Поднимаетесь все выше и выше, преодолевая завалы и крутые подъемы, Вы хотите во что бы то ни стало достичь вершины горы... И вот она, наконец-то, долгожданная вершина! О чудо! Вашему взору открывается удивительный

Храм, необыкновенной красоты... Вы подходите ближе и видите надпись: «Храм моего «Я». Да, да, это Храм Вашего Я, Храм Вашей души!.. Вы решаетесь сначала разглядеть его внешнее устройство: какой он, где и как расположен. Внимательно оглядываете все вокруг, медленно обходите здание со всех сторон. (Описывать «Храм» тренеру не следует, так как каждый из участников должен создать свой собственный Храм.) Какой он красивый!!! Подходите к двери. Она большая, тяжелая... Пытаетесь ее открыть... Она с трудом поддается Вам... и Вы входите – в Библиотеку... Повсюду лежат книги. Кое-какие из них открыты. Другие книги стоят на полках. Но везде беспорядок, пыль. Видно, что долгое время сюда никто не приходил... Берете одну из книг. Она о вас, о каком-то из эпизодов Вашей жизни... Смотрите другую – она тоже о Вас... Догадываетесь, что это Библиотека Вашего Я... Вы решаетесь убрать в Библиотеке. Находите ведро, тряпку и начинаете уборку... Вам радостно наводить порядок в Библиотеке своего Я... Иногда Вы останавливаетесь и читаете какую-нибудь книгу... О какой-то ситуации Вашего прошлого, о Ваших переживаниях того периода, Ваших мыслях... В голове проплывают воспоминания... (Тренер делает паузу, чтобы дать возможность участникам, что-либо «почитать» в книгах о своем Я). Вы вспоминаете далекие или совсем недавние эпизоды собственной жизни... Что тронуло Вас тогда, удивило, обидело, обрадовало, вдохновило... Убирая в Библиотеке, Вы обнаруживаете, что многие книги имеют еще совершенно чистые страницы. Догадываетесь: в них будет записан какой-то новый день Вашей будущей жизни... Завершаете уборку. Придирчиво осматриваете все вокруг. Чего-то не хватает. О, надо оборудовать место для чтения... Вот теперь хорошо!.. Вы понимаете, что обязательно еще не раз придете сюда – в Библиотеку Вашего «Я»... Выходите наружу. Вас встречает голубое небо, солнце и знакомая тропинка...»

После того, как участники группы «возвратились» в рабочую аудиторию, им дается несколько минут для переживания и некоторого упорядочивания всего, что увидели и пережили во время «Процесса...». И только после этого начинается сложная саморефлексия. Каждый участник рассказывает о своем «походе в «Храм». Всем остальным рекомендуется максимально погружаться в проблемы повествующего. Группа начинает активно участвовать в саморефлексии рассказчика, поддерживая сочувствием, адекватными репликами, а иногда и помогая удачной интерпретацией различных моментов увиденного и пережитого субъектом действия или возникшего переживания.

На последующих занятиях «путешествие» по «Храму моего «Я» продолжается. Второй поход члены группы совершают в главную залу «Храма моего «Я». Задача тренера помочь им создать в подсознании залу, наполненную красотой, величием и мощью. Светлую и солнечную. Зала – важная часть Я каждого члена группы, в ней ассоциированно отражается отношение к себе обучающихся в тренинге. Тренер может откорректировать это отношение, делая залу уютной и теплой, рождающей в душе каждого гордость за свою личную историю, особую торжественность и мощь. Для этого в процессе путешествия

обязательно звучит любимая музыка участников, звучит с разной громкостью и значимостью. Тренер, наблюдая по ходу «Процесса» за мимикой лица членов группы, может видеть, какая глубокая и серьезная борьба начинается и происходит во внутреннем мире некоторых участников. Заметим, что за динамикой этой обратной связи необходимо всегда очень внимательно следить, так как подчас возникает необходимость достаточно быстро «вмешиваться» в характер эмоциональных переживаний кого-либо из клиентов и уметь «менять» их, делая разные акценты в повествовании. Психолог-тренер вполне может вмешиваться в картинку и характер переживаний, изменив содержание изображаемого, его сущностное наполнение, а еще – просто используя богатство модуляций собственного голоса.

Во время второго «Процесса...» решается еще одна важная задача – обучающиеся создают галерею значимых для себя личностей. Тех, кто сыграл позитивную роль в их жизни, научил многим важным, добрым и полезным вещам, и тех, кто принес им боль, слезы, разочарование, познакомил с подлостью и предательством, унижением и потерей. Надо вспомнить всех, так как эти люди помогали участникам тренинга понять Мир, выстроить по отношению к нему собственное смысловое поле значений, наполнить это поле важными для себя ценностями, учили определяться в нем и выбирать позицию и смыслы для определения бытийности своего собственного «Я». Завершается создание этой галереи обычно благодарностью всем.

Нам представляется, что это чрезвычайно важная часть работы с подсознанием наших клиентов. Так как в ходе данного сеанса значительно усиливается положительное отношение участников тренинга к своему «Я», растет доверие к себе, своим силам и возможностям, выстраивается вокруг личности достаточно большой ансамбль людей, помогавших ей в создании модели Мира и модели собственного «Я». Участники действительно начинают чувствовать гордость за себя и их саморефлексия после такого «путешествия» обычно проходит с большим подъемом, часто на явно позитивном фоне.

Третий «Процесс...», как правило, бывает эмоционально самым трудным для многих участников тренинга. Психолог может даже предупредить их об этом, тем самым подготавливая клиентов к серьезной и глубокой работе души. Сюжет «Процесса...» следующий: из главной залы «Храма моего «Я» через маленькую дверь члены группы входят в «кинотеатр», в котором они смотрят драматичный фильм, построенный на самых тяжелых эпизодах собственной жизни. Во время просмотра фильма посетителям предлагается активно вмешиваться в происходящее на экране: высказывать то, что было не сказано когда-то, делать то, что чего они не сделали в той реальной ситуации. По ходу фильма участники не раз специально предупреждаются психологом-тренером, что это действие – всего лишь кино, фантазия, выдумка, в нем можно вести себя так, как им почему-то нестерпимо сейчас хочется, допустима любая форма поведения и «говорения». После просмотра «фильма» члены группы снова возвращаются в главную залу «Храма моего «Я». Очень важно, чтобы в ней

вновь «зазвучала» любимая музыка каждого, чтобы она помогла клиентам восстановить в душе гармонию и покой, в недрах которых зарождались бы сила, величие и милосердие.

Заметим, что в процессе саморефлексии этого «Процесса...» нередко поднимается много тяжелых переживаний, гнетущих чувств, иногда делаются открытия: проблема, которая в качестве предположения обозначалась еще при анализе рисунков, вдруг начинает пониматься и человек неожиданно для себя делает открытие. Поэтому обязательно на анализ «фильмов» надо оставлять достаточно много времени. Проводить его следует тщательно и грамотно, помогая клиентам проговаривать все, что их взволновало, вместе с ними обозначать важные «повороты» в восприятии ими некогда тупиковых ситуаций, наполняя клиентов уверенностью, что все произошедшее уже в прошлом, что оно ушло, а впереди их ждет другая, важная и нужная жизнь.

В четвертый раз «Процесс...» посвящен вновь посещению главной залы «Храма моего «Я». Это завершающее путешествие в подсознание надо провести на особом подъеме, торжественно и даже величаво. Основная суть его – осмыслить перспективы будущей жизни всех участников тренинговой группы. «Процессу...» обязательно предшествует работа с целями наших клиентов. Она проводится сначала в игровой форме. Участникам предлагается представить, что они полностью свободны от всяких обязательств, могут свободно распоряжаться своим временем и выбирать по своему усмотрению занятия для себя, участникам предлагается выбрать пять каких-либо любимых дел.

Затем идет обсуждение составленных списков дел. После этой простой игры участникам дается задание подумать еще и над основной системой своих жизненных целей: целей, выбираемых ими, исходя из понимания смысла собственной жизни и особой индивидуальной миссии в этом мире, а также целей ближайшего будущего, и целей тактических – «на сейчас». Эта работа дается членам тренинговой группы нередко заранее в качестве домашнего задания. На занятии обсуждаются трудности, возникшие в ходе этой работы, а также вопросы, появившиеся у участников. Если есть желающие в группе обсудить свои цели – тренер организует такой совместный анализ. Кроме того, участникам тренинга предлагаются технологии по проверке истинности выбираемых ими целей [5].

В группе психолог-тренер проводят проверку отдельных целей, выбранных участниками, на истинность и готовность к их достижению. Вся эта работа создает у членов группы настрой и осознанную установку на поиск решения проблемы целей. Только после выполнения такого рода заданий можно начинать последний «Процесс...».

В ходе последнего «Процесс...» психологом-тренером решается еще одна задача: участникам предлагается «друг и соратник», который будет сопровождать их по жизни и помогать им во всех начинаниях. Этим верным соратником и другом является собственная Совесть каждого члена тренинговой группы. Она появляется во время посещения главной залы «Храма моего «Я» и

вступает в беседу со своим носителем о его будущем. Чтобы эта беседа прошла эффективно и плодотворного у каждого, психологу-тренеру важно помнить, что в нашей ментальности многие люди Совесть воспринимают как некий внутренний «карательный» орган, призванный вызывать чувство вины и неполноценности. Поэтому задача тренера – снять эту непродуктивную установку. Опыт показывает, что это делается достаточно просто, если в ходе всего «Процесса...» продолжать сохранять торжественность момента, а при появлении Совести в главной зале сразу же объявить ее другом и помощником, акцентировать внимание на доброжелательности, с какой Совесть обращается к своему «хозяину», на ее стремлении помогать и сочувствовать ему. Эту встречу неплохо также окрасить в теплый желтый цвет, а разговор о будущем участников вести еще и на фоне уходящего в бесконечность голубого купола главной залы «Храма». В качестве итогового «резюме» всего разговора важно, чтобы прозвучала жизнеутверждающая музыка, убеждающая в возможности и исполнимости всех намеченных свершений.

Заметим, что в ходе сеанса участники не всегда осуществляют конкретный выбор перспектив своей дальнейшей жизни. Но на этом и не стоит настаивать. Результат решения данной проблемы, как показывает опыт и последующее наблюдение за судьбой участников группы, может быть отсроченным во времени. Важно, что каждый прошедший тренинг, начинает осознавать значимость стратегической цели для полноты актуализации возможностей своего Я и осуществления его смысложизненной роли. Выстраивание подобной перспективы чрезвычайно значимо для человека, оно позволяет ему почувствовать особую ценность и незаменимость своего бытия, увеличивает веру в собственные силы, укрепляет убежденность в необходимости своего пребывания в сообществе людей.

Таковы вкратце основные составляющие нашей программы по работе с активизацией самосознания людей. Конечно, мы отдаем себе отчет, что результативность внедрения данной программы будет зависеть во многом еще и от личности самого тренера, от его жизненного опыта, способностей к эмпатии и рефлексированию, его образованности и человечности.

Однако стоит пробовать, ибо человек, у которого произошла активизация самосознания, который прикоснулся к глубинным, неиссякаемым возможностям собственной Самости, почувствовал себя живым, достойным, находящимся в связке с другими людьми, имеющим перспективы будущего, будет значительно выносливее, жизнеспособнее и деятельнее в любой травмирующей ситуацией.

Литература

1. Агеева И.А. Коррекционные техники в школе / И.А. Агеева. – СПб. : Речь, 2004. – 184с.
2. Ассаджоли, Р. Психосинтез / Р. Ассаджоли. – М. : Рефл-бук, 1997. – 316 с.

3. Абдуллин А.Г. «Образ Я» как предмет исследования в зарубежной и отечественной психологии / А.Г. Абдуллин, Е.Р. Тумбасова // Вестник ЮУрГУ, № 6, 2012. – С. 4-11.
4. Аронова Е.А. Типологическая структура самосознания и саморегуляции у старшеклассников / Е.А. Аронова, В.И. Моросанова // Теоретическая и экспериментальная психология – 2008 – Т. 1 – № 1 – С. 37-44.
5. Бажутина С.Б. Некоторые особенности диалогичности самосознания / С.Б. Бажутина // Психологія діалогу і світ людини. Збірник наукових праць Кіровоградського державного педагогічного університету ім. Володимира Винниченка / За ред. С.Д.Максименка, Г.В.Дьякова. – Том 4. – Кіровоград: ФО-П Александрова М.В., 2014. – 236с. – С. 66-73.
6. Бажутина СБ. Основы диалогичности самосознания / С.Б. Бажутина // Личность в культуре и образовании: психологическое сопровождение, развитие, социализация: материалы V Всероссийской научно-практической конференции (14–15 декабря 2017 года) / Южный федеральный университет; под общ. ред. А.В. Черной. – Ростов-на-Дону; Таганрог: Изд-во ЮФУ, 2017. – 720 с. – С. 611 – 617.
7. Бажутіна С.Б. Базові компоненти самосвідомості / С.Б. Бажутіна // Проблеми загальної та педагогічної психології / Збірник наукових праць Інституту психології Г.С.Костюка АПН України. / За ред. Максименка С.Д. – К.: 2003, Т.У, ч 5: – С.15-19.
8. Бажутина С.Б. Составляющие развития самости / С.Б. Бажутина // Духовність особистості: методологія, теорія і практика: Збірник наукових праць / Гол. редактор: Г.П. Шевченко – Вип. 1. – Луганськ: Вид-во Східноукр. нац. ун-ту ім. В.Даля, 2004. – С.14-26.
9. Бажутіна С.Б. Проблема співвідношень категорій „самість”, „самосвідомість" і „Я” / С.Б. Бажутіна // Проблеми загальної та педагогічної психології / Збірник наукових праць Інституту психології Г.С.Костюка АПН України. / За ред. Максименка С.Д. – К.: 2004, т. У1, випуск 4, – С. 6-15.
10. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
11. Васютин А.М. Наука радости, или как не попасть на лечение к психотерапевту / А.М. Васютин. – М.: Издательский дом «Ниола 21-й век», 2001. – 368с.
12. Власенко А. И. Временная перспектива как подструктура самосознания депривированной личности / А.И. Власенко // Молодой ученый. – 2014. – №8. – С. 921- 924. — URL <https://moluch.ru/archive/67/11380/> (дата обращения: 26.02.2019).
13. Джемс У. Психология / У. Джемс. – М.: Педагогика, 1991. – 368 с.
14. Ковалев С. В. Нейротрансформинг. Основы самоконсультирования. / С.В. Ковалев – М.: Профит Стайл, 2011. – 192 с.
15. Кон И.С. В поисках себя: личность и её самосознание / И.С. Кон. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.

16. Кохут, Х. Восстановление самости / Х. Кохут. – М.: Когито-Центр, 2002. – 320 с.
17. Леонтьев Д.А. Личность в непредсказуемом мире / Д.А. Леонтьев // Методология и история психологии. – 2010. – Том 5. – Выпуск 3. – С. 120-140.
18. Мерлин В.С. Структура личности: Характер, способности, самосознание: учеб. Пособие / В.С. Мерлин. – Пермь: ПГПИ, 1990. – 110 с.
19. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студ. Вузов / В.С. Мухина. – М.: Академия, 1997. – 456 с.
20. Норбеков С.М. Опыт дурака, или ключ к прозрению. Как избавиться от очков / С.М. Норбеков. – СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2001. 316с. – С. 246-286.
21. Бернхард П. Пробуждение телесного Эго: Часть1. Психология соматического развития / П. Бернхард, М. Бентцен, Дж. Исаакс. // Телесная психотерапия. Бодинамика: [пер. с англ.]/Ред. Сост.В.Березкина-Орлова. – М.: АСТ: Астрель, 2011. 409, [7] с. – С. 87-90.
22. Практикум по социально-психологическому тренингу. 3-е изд. испр. и доп. / Под ред. Б.Д.Парыгина. СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 2000. – 352 с.
23. Психология самосознания: Хрестоматия / ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2003. – 303 с.
24. Самосознание: мое и наше. К постановке проблемы. – М.: изд-во ИФРАН, 1997. – 235 с.
25. Соколова Е.Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах. // Е.Т.Соколова, В.В.Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: 1995.
26. Спиркин, А.Г. Философия / А.Г. Спиркин. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2011. – 832 с.
27. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: МГУ, 1983. – 286 с.
28. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1990. – 197 с.
29. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / Пер. снем. – 3-е изд., стер. – М.: Генезис, 2001. – 256 с.
30. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон [пер. с англ.] / общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 334 с.

3.3 Особенности эффективного взаимодействия с военнослужащими.

И.С. Гомозова

Особенностью нашего региона является большое количество военных, которые принимают участие в боевых действиях, так называемых комбатантов и военных, которые принимали участие в боевых действиях, но уже вернулись к гражданской жизни. Большинство нынешних военных, это вчерашние обладатели гражданских, мирных профессий, что в свою очередь объясняет неподготовленность психики к особенностям военной специфики. Такое большое количество военных, с одной стороны вселяет населению Республики ощущение защищенности, но с другой – обязывает учитывать в общении и взаимодействии особенности, которые происходят с личностью военного человека.

Участие в боевых действиях предопределяет стратегию дальнейшей жизни комбатанта в условиях гражданской жизни, вносит в нее приобретенный на войне опыт и навыки, меняет мировоззрение и систему ценностей.

Участие в боевых действиях сопровождается комплексным влиянием ряда таких факторов как:

- ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации;
- 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;
- воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна);
- невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания);
- утрата веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю [5].

Все это, безусловно, накладывает неизгладимый отпечаток в психике военного, оказывает психотравмирующее воздействие и увеличивает риск появления психических расстройств, социально-психологической дезадаптации ветеранов (отставников, воинов в отставке) и комбатантов к гражданскому обществу.

По мнению военного психолога Френка Пьюселика легко переместить физическое тело солдата и сложно вернуть психику к гражданской жизни. Вернуться к себе прежнему невозможно! Война либо создает из воина мужественного и мудрого мужчину, либо «убивает» его.

Бенджамин Колодзин в своей книге «Как жить после психологической травмы» пишет: «Человек умеет приспосабливаться к различным

обстоятельствам с изменением нашей жизни меняемся и мы сами. Происходящие в нас перемены помогают выжить, в какие бы условия мы ни попали. У людей, живущих высоко в горах, увеличивается объем легких, что дает им возможность получать достаточно кислорода из разреженного горного воздуха. В теле каждого человека вырабатываются особые защитные механизмы, чтобы противостоять воздействию микробов, проникающих внутрь нас с водой, пищей и воздухом. Многие из стереотипов поведения, пригодных только для боевой обстановки, так глубоко пустили корни, в сознании военнослужащего, что будут продолжать сказываться на протяжении многих лет. Нормальная психика в такой ситуации естественно стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший подобную реакцию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало хоть немного легче» [1].

Воздействие факторов боевой обстановки, изменение в системе ценностей, структуре мировоззрения военного человека, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. Для того, чтобы ее решить, обществу необходимо:

- понимать механизм влияния военных действий на психику и изменения в сознании личности военного;
- принимать военных в гражданском обществе учитывая их особенности с позиции воина-героя;
- содействовать социализации и трансформации, как ветеранов, так и комбатантов;
- научиться эффективным способам взаимодействия в семьях военных и в обществе в целом.

Участие в боевых действиях приводит к заметным качественным изменениям сознания воина. Многие из таких людей теряют интерес к общественной жизни, снижается их активность при решении собственных жизненно важных проблем. Нередко наблюдаются утрата способности к сопереживанию и снижение потребности в душевной близости с другими людьми. Нарушенная способность поддерживать социальные контакты сказывается и на семейных отношениях.

Необычайно острую психологическую драму испытывают военные, получившие увечья в ходе боевых операций, а также те из них, кто потерял близких. Жизненный опыт этих людей специфичен, 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 мирной жизни привычными силовыми методами. Ветераны подходят к гражданской жизни с фронтовыми мерками и переносят военный способ

поведения на мирную почву, хотя и понимают, что это неадекватно. Многим ветеранам трудно сдержаться, проявить гибкость, отказаться от привычки чуть что хвататься за оружие, в прямом или в переносном смысле.

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и искалеченных – каждый третий. Как правило, каждый из бывших военнослужащих спустя несколько месяцев после возвращения к гражданской жизни, начинает испытывать проявления различных психосоматических заболеваний.

Основные изменения психики бывших комбатантов проявляются в появлении страха (57%), демонстративности поведения (50%), агрессивности (58,5%) и подозрительности (75,5%) [5]. К их поведенческим трудностям 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 и трудности могут вызвать мысли о бессмысленности жизни и желание с нею покончить; 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, боязнь нападения сзади. 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, проявляющимся 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. Таким людям свойственна неспособность быть открытыми в общении с другими людьми, они тревожны, им жизненно важно иметь при себе средства защиты, в том числе оружие. Чаще всего бывшие комбатанты демонстрируют отношение к женщинам как к объекту удовлетворения сексуальных потребностей, проявляют склонность участвовать в опасных «приключениях» и зачастую им не дает покоя попытки найти ответ на вопрос, почему погибли его друзья, а не он сам. Бывшие военнослужащие проявляют обычно негативное отношение к представителям власти, их одолевает острое желание выместить на ком-либо злость за то, что произошло.

Выделяются следующие основные симптомы посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов войны (Б. Колодзин):

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.

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 «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.

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.

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 войны готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничижительного поведения.

Разнообразные отсроченные реакции на психотравмирующие события войны проявляются в зависимости от индивидуальных свойств комбатантов, мирного окружения ветерана, уровня поддержки, культурных особенностей, отношения окружающих к войне, социальной помощи [1].

По мнению ряда специалистов, изучавших ветеранов военных действий XX столетия, полное избавление от боевой психотравмы невозможно [3, 4]. 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.

По мнению автора книги «Как жить после психологической травмы» профилактикой посттравматических стрессовых реакций у бывших комбатантов является безопасность родного дома, атмосфера доброжелательности, любви и принятия его родными и близкими людьми, что дает ему возможность спокойно осмыслить пережитое, проанализировать свои ощущения, а затем внутренне принять свой опыт и примириться с прошлым и с самим собой, чтобы двигаться по жизни дальше [1].

На данном этапе жизни нашего общества необходимо расширять знания населения в области психологии военного человека. Уделять особое внимание, членам семей военнослужащих, учитывая существенные изменения в психике и сознании каждого ее члена. Принять тот факт, что прежней семья уже не будет, но она может быть крепче, лучше и мудрее. Содействовать в поиске личностных ресурсов для восстановления психики и личностной гармонизации.

Военные события, являются в большей или меньшей степени одним из факторов психологической травматизации всего населения Республики, особенно остро это ощущают военнослужащие и члены их семей. Ослабить степень воздействия психотравмирующих факторов возможно посредством формирования позитивного образа военнослужащего, защитника и героя своего отечества – носителя высших ценностей, понимания истинной сути героизма, отваги, доблести, мужественности. Немаловажно использовать исторические и современные факты и примеры героических поступков, преумножать культурные ценности, формировать патриотический настрой и уверенность в своих принципах.

Важно осознать обретение богатого жизненного опыта, взаимной поддержки и участия, полученного обществом благодаря тем трудностям, которые выпали на долю Республики. Извлечь уроки, переплавить боль в

жизненную мудрость, возродить дух и укрепить веру в будущее нашего государства.

Литература

1. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. «Шанс» 1997. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.e-reading.club/book.php?book=28562>
2. Караяни А.Г. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. Монография. / А.Г. Караяни, Ю.М. Караяни – М., 2013. –148 с.
3. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: Дис. докт. мед. наук. СПб., 1994. – 271 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/psikhologicheskaya-korreksiya-postreaktivnoi-lichnostnoi-izmenchivosti-u-voennosluzhashchik#ixzz5i8NukK3X>
4. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства. Учебное пособие / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрик. – СПб: Изд-во ВМедА., 1999.
5. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
6. Мороз Р. Памятка вернувшихся с войны / Р. Мороз, Т. Цуканова. – Николаев, 2015. – 64 с.

3.4 Психологическое сопровождение семьи в кризисных ситуациях.

И.В. Бабенко-Сорокопуд, А.Г. Фролова

Актуальность и постановка проблемы психологического сопровождения семьи в кризисных ситуациях, обусловлена ростом числа детей и взрослых, проживающих в зоне военного конфликта в Донецком Регионе, склонных к развитию кризисных состояний. К сожалению, уже на протяжении более пяти лет (2014 – 2019 гг.) жители Донбасса (ДНР) стали его свидетелями и участниками. Многие семьи пережили сложные времена неопределенности, столкнулись с материальными трудностями, с тревогой за свою жизнь и жизнь близких людей и, как свидетельствует статистика, целый ряд патологических факторов экзогенного происхождения, как физические и психические травмы, дестабилизация общества, проведение активных боевых действий дестабилизируют психику. Перечисленные факторы обладают способностью самостоятельно или совместно с другими причинами резко усиливать психологическое напряжение и детерминировать развитие кризисных состояний

у всех членов семьи [1, 2]. Длительное нахождение под влиянием стрессовых факторов способно повлиять на многие личностные особенности, изменить отношения с близкими, привести к кризису в семье. Возможность помочь семье преодолеть кризис – повысить потенциал обновления, с более устойчивыми и близкими связями внутри семейной системы. Использование психологического сопровождения семьи в кризисных ситуациях позволит профилировать возникновение кризисных состояний и повысить уровень социально-психологической адаптации.

Главная задача: рекомендовать методы и методики для повышения эффективности психологического сопровождения в кризисных ситуациях членов семьи, имеющих разную степень риска возникновения кризисных состояний и деструктивных изменений как расстройств адаптации и расстройств личности, которые затрагивают структуру ценностно-смысловой сферы.

Для детей, подростков и взрослых членов семьи, оказавшихся в кризисных ситуациях военного конфликта, характерны высокие показатели таких основных форм симптомов как «защитная» агрессивность, раздражительность, чувство страха и обиды, чувство вины и тревоги, изменения отношения к себе, к окружающим и к миру, злоупотребление психоактивными веществами, суицидальные мысли и попытки. Факторами, влияющими на формирование указанных симптомов, по данным собственного исследования, являются: переживание разрушения своего жилища и вынужденная миграция (64%); потеря близкого человека с чувством вины за пострадавших близких (с преобладанием аффективных расстройств и нарушения поведения) (56%); свидетель чужой смерти, трупов (47%); растерянность, испуг и лабильность настроения родителей (29%); нахождение в тяжелых бытовых условиях (отсутствие дневного света, достаточного количества чистого воздуха и воды, еды) (24%); несвоевременность адекватной медико-психологической помощи (74%) [2].

Психолог/психотерапевт, который проводит психологическое сопровождение семьи в кризисных ситуациях, должен уметь: установить контакт со всеми членами семьи, быть умелым наблюдателем, уметь оформлять наблюдения, быть технически подготовленным [3].

Главное условие эффективной работы с семьей, оказавшейся в указанной кризисной ситуации – создание «помогающих отношений» (термин К. Роджерса). Основные характеристики таких отношений это эмпатия, уважительное отношение к потенциальной возможности каждого члена семьи самому строить свою жизнь и искренность взаимоотношений. Не стоит забывать, что основным средством любого сопровождения становится не та или иная психотехника, а особая форма взаимоотношений в системе «психолог-клиент». Доверительные отношения дадут возможность помочь семье. Работая с семьей, психолог присоединяется к ней, в результате возникает терапевтическая система, делающая возможными семейные изменения. «Вхождение» психолога/психотерапевта в семейную систему вызывает «мини-кризис»,

имеющий важное значение: жесткие ригидные связи и отношения, которые были выработаны в критической ситуации для выживания, ослабляются и это дает семье шанс изменить состояние своих «границ», расширить их, а значит и изменить свою структуру, адаптироваться и восстановиться. (С. Минухин, В.Е. Рожнов) [3]. Основным видом дисфункции семьи проживающий подобный кризис – это смещение ролей, когда, возможно, ребенок «взрослеет на глазах» и начинает выполнять функцию взрослого, опоры и защиты, но в тоже время он не имеет возможности проявляться своими детскими трудностями и тревогами.

Вот некоторые рекомендации сотрудникам, которые проводят сопровождение семьи в кризисных ситуациях.

1. Постарайтесь убедить семью, что она находится в безопасном для жизни месте.
2. Для установления контакта предложите (молча) воды (стакан, бутылку).
3. Будьте готовы вообще не говорить. Пострадавшему может быть достаточно того, что вы рядом.
4. Не бойтесь, если пострадавший просит о более действенной помощи – например, обращении к профессионалу. И прибегайте по необходимости к такой помощи сами.
5. Поощряйте ребенка и родителя рассказать вам о чувствах.
6. Не ждите, что мужчина будет справляться с травмой лучше, чем женщина.
7. Говорите пострадавшему о своих чувствах и вашем сожалении о причиненной ему боли.
8. Напоминайте, что переживания человека нормальны.
9. Не пытайтесь уверять, что все будет хорошо, – это невозможно.
10. Не пытайтесь навязывать свои объяснения, почему все случилось.
11. Не говорите пострадавшему, что вы знаете, что он переживает. Вы не знаете этого.
12. Постарайтесь не проецировать ваши собственные чувства на происходящее вокруг. Каждый переживает случившееся по-своему.
13. Говорите семье о своих чувствах. Помните, что, хотя вы сами и не были жертвой травмы, помогая пострадавшему, вы можете тоже оказаться травмированным.
14. Говорите о тех необычных физических ощущениях, которые могут быть связаны с вашей работой.
15. Не бойтесь спрашивать, как человек справляется с травмой. Но не задавайте вопросов о деталях травмы. Если человек говорит об этом, слушайте его. Самое правильное – следовать за ним.
16. Не составляйте никаких планов восстановления для пострадавшего и для себя. Не привязывайте к себе (дайте телефон психологической службы, а не свой личный).

Существует несколько основных видов психологической поддержки семьи, прибывающей в кризисе военного времени:

Информирование. Психолог, согласно запросу, предоставляет необходимую информацию о процессах, которые происходят между членами семьи проживающей кризис и способах преодоления сложившейся ситуации.

Психокоррекция. Это индивидуальный процесс с каждым членом семьи, ориентированный на обучение совладением с кризистной ситуацией, поиску ресурсов и возможностей. В процессе психокоррекции должны происходить личностные изменения, что надлежащее повлечь за собой изменения отношений внутри семьи.

Все эти методы работают достаточно успешно, если соответствуют психическим особенностям всех членов семьи, а особенно, ребенка, а также при наличии необходимых условий для работы. Последний фактор оказывается немаловажным: обустройство помещения для игровой терапии, например, требует значительных организационных и финансовых затрат. В нашем опыте часто использовались недорогие мягкие игрушки, которые имели приятное на ощупь покрытие (шерсть, шелк). Младшие дети с удовольствием переключали свое внимание и с успокоением гладили их, переминали в руках.

По этим же соображениям в сложившихся условиях в реальности, прибегали к методам арт-терапии, в частности, психотерапии через рисунок, которые оказались наиболее эффективными и мало затратными. Имеется еще два довода в пользу терапии через рисунок: детский рисунок является основным коммуникативным средством ребенка, средством выражения чувств, а также традиционной для детской субкультуры спонтанной психотехникой; рисование легко совмещается с другими техниками, применяемыми в детской антикризисной психотерапии.

Эти рассуждения являются базой для разрабатываемой и апробированной в течение 5 лет методики коррекции постстрессовых эмоциональных нарушений у детей 5-9 лет. В основе методики лежат следующие принципы: рисунок рассматривается как сфера совмещения диагностики и коррекции; рисунок рассматривается как феномен, т.е. комплексно, когда любой отдельный показатель рисунка не может быть однозначно связан с какой-либо отдельной психологической характеристикой ребенка; любая характеристика рисунка со временем может изменять свое значение для одного и того же ребенка; рисование обязательно должно сопровождаться беседой специалиста с ребенком о его рисунке; главный персонаж рисунка является метафорой личности ребенка, а события, происходящие на рисунке – метафорами субъективного восприятия событий, в которые эмоционально вовлечен ребенок; принцип безопасности: использование метафорического пространства позволяет избежать прямого, грубого воздействия на психику ребенка; терапевтическая работа с ребенком через рисунок проводится только с согласия родителей или опекунов; присутствие родителей на сессии крайне желательно не только во избежание недоразумений, но также как своеобразный позитивный «якорь», необходимый при работе с негативными переживаниями; каждая сессия должна заканчиваться позитивными переживаниями ребенка [4].

Следует также добавить, что количество сессий, необходимых для успешной коррекции, может отличаться у разных детей. Кроме того, ребенок даже во время одной сессии может идентифицировать себя с разными персонажами своего рисунка, поэтому при работе специалист обязательно должен установить раппорт, чтобы чутко отслеживать все возможные изменения фокуса эмоций.

Перед началом работы необходимо информировать родителей о сути коррекционной работы, а также предупредить их о том, что их вмешательство допускается только в случае обращения к ним психолога/психотерапевта. Уже первая – диагностико-коррекционная сессия – дает обильный материал для индивидуальной консультации родителей. Присутствие или отсутствие родителей на последующих сессиях определяется обоюдным желанием ребенка и родителя.

Какие вопросы рекомендуем задавать ребенку, перенесшему стресс военного конфликта, в ходе сессии?

На стадии контакта: – Хочешь порисовать? Что ты будешь рисовать?..

После того, как ребенок освоился в кабинете и с рисованием в присутствии психолога/психотерапевта: – Ты придешь ко мне еще? А давай с тобой в следующий раз придумаем сказку (фильм)? И ты будешь самый главный сказочник! Как ты скажешь – так и будет в твоей сказке!

До начала совместного рисования и для «разогрева» можно использовать модифицированный тест Люшера: попросить ребенка проранжировать цветные карандаши (фломастеры) по степени привлекательности. Каждым карандашом ребенок рисует последовательно кружок в верхней части рисунка. Могут быть варианты (выбор цвета фиксируется, используя стандартный набор карточек). Такую же процедуру стоит проделать в конце сессии. Тест Люшера является лишь одним из индикаторов изменения эмоционального состояния, можно использовать любые другие, предпочитаемые специалистом и адекватные методы диагностики.

На стадии коррекционно-диагностической (сессия проводится обычно через несколько дней после первой встречи). – О ком сегодня будет наша сказка? Кого ты хочешь нарисовать? – Как его зовут? Чем он питается? Где он живет? В лесу, в море, в пустыне? На другой планете? Есть ли у него друзья? Нарисуй их. Как их зовут? Что они делают? Может быть, им надоело играть, и они решили погулять? Куда они пошли? – Есть ли кто-нибудь, кого боится персонаж? Или кто-нибудь, кто ему не нравится? Кто? Нарисуй его. Почему он не нравится персонажу? Что можно сделать, чтобы этого не было? Может быть, нам понадобится волшебная палочка? У кого она может быть? Покажи, как персонаж (или персонаж, символизирующий добрые силы) держит волшебную палочку. Персонаж хочет что-нибудь сказать? Ведь теперь у него есть волшебная палочка! Он все может! Он сильнее всех! Он может, к примеру, превратить Злодея во что угодно! Или уменьшить его! А потом уже поговорить. Альтернатива: – А может быть, персонажу не нравится то, что его окружает? Что именно? Как бы ему

хотелось это изменить, чтоб понравилось? (в том случае, если отсутствует персонификация негативной эмоции).

На стадии завершения. Если удалось выйти на позитивные переживания в ходе развития сюжета можно использовать методику «безопасное место». Ребенку предлагается представить хорошее безопасное место, где могут быть вещи, люди, животные, место, которое сочетается с четырьмя временами года, которые в реальности не сочетаются. Там могут быть персонажи из книг, сказок, нереально существующие животные незнакомые люди – абсолютно безопасные. Всё позитивное на 100%. Это место, которое не замечают другие, оно невидимо для чужих глаз. Ребенок должен связать это с каким-то цветом и т.д. В конце упражнения специалист спрашивает у ребенка какая мебель, дом, деревья и т.д. Место должно быть полностью безопасным во всех аспектах. Можно сказать, – Ну, теперь там все хорошо. И что же они стали делать? (Играть, гулять, учиться...)

В конце каждой сессии (длительность 30-60 мин., в зависимости от возможностей ребенка, при этом, если специалист чувствует, что ребенок переутомляется, можно завершить развитие сюжета на промежуточном этапе. Например, «И тогда они сели отдохнуть...») проводится экспресс-диагностика эмоционального состояния ребенка.

Целью сопровождения должно стать снижение риска перехода тревожной, постстрессовой активности детей и их родителей из внутреннего плана во внешний [3]. Система сопровождения состоит из взаимосвязанных занятий, включающие три цикла, каждый из которых имеет собственную направленность. Как правило, со взрослыми членами семьи, в ходе сопровождения, воздействие психокоррекции происходит на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом [4]. Следовательно, психологическая работа должна быть составлена с учетом воздействия на каждый перечисленный уровень. На когнитивном уровне у членов семьи необходимо формировать новые знания, позволяющие принимать адекватные решения в кризисных ситуациях, имевших место или возможных. Регуляция эмоционального состояния и позитивные изменения в когнитивной сфере с индивидуальным подходом – важное звено. На поведенческом уровне вырабатываются необходимые защитные механизмы и схемы взаимодействия в обществе с развитием их личностного потенциала. Членам семьи, склонным к импульсивному поведению, рекомендовано помочь выработать навыки, позволяющие произвольно снижать интенсивность и тормозить тревожные, агрессивные или аутоагрессивные импульсы. Для этого используются приемы психофизиологической саморегуляции, как антистрессовое дыхание, мышечная релаксация и др., различные формы отвлечения внимания, к примеру, его переключение на физическую деятельность, хобби, проф. ориентацию. Последующий цикл занятий должен быть направлен на позитивные изменения в личностной сфере: на формирование позитивной Я-концепции, адекватной идентичности, на выработку временной перспективы. Активно могут применяться методы арт-терапии

(психотерапевтические сказки, работа с метафорой), элементы психологического тренинга, направленного на личностный рост, а также релаксационные упражнения [3, 4, 5]. Начинать проведение занятий лучше в индивидуальной форме, а по достижению положительной динамики рекомендовано вовлекать к групповой форме работы, позволяющей корректировать деструктивные формы поведения. Заключительный цикл занятий направлен на модификацию поведения тех членов семьи, которые настроены на адаптацию, изменение своей позиции в сложившейся ситуации и закрепили новые способы ее решения. Основа работы на этом этапе: коммуникативный тренинг с использованием метафор для дискуссий на проблемные темы, ролевые тренинги, методы саморегуляции (элементы ауто-тренинга, медитативные техники, управление эмоциями с помощью телесной обратной связи и др.).

Пример: 1. Техника «Метафора». Цель: определение и проработка проблем в символической форме, зачастую более безопасной для семьи; описание различных параметров семейной системы в кризисной ситуации, при помощи символов и метафор; осуществление терапевтических интервенций в недирективной форме; фасилитация самопознания и самопонимания у членов семьи; изменение внутрисемейных взаимоотношений. Процедура проведения. Выбирать в качестве темы для обсуждения ситуацию, вид деятельности, историю, миф, которые бы отражали семейные проблемы, на фоне кризиса военного времени, но в метафорической форме. Технику целесообразно использовать в тех случаях, когда по каким-то причинам невозможно работать с проблемой напрямую. При выборе метафоры важно учитывать социокультурные особенности семьи и «принятие» ею метафоры в качестве экрана для проекции их жизненной истории.

Пример: 2. Техника «Изменение образа жизни» (И.Г. Малкина-Пых). Цель: профилактика деструктивного поведения.

Члену семьи (подростку, взрослому) предлагается в беседе (индивидуальной или групповой) письменно ответить на следующие 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 т.д., которые вы цените больше всего в жизни).
6. Каковы приоритеты моих ценностей? (Проранжируйте их в порядке важности или значимости).
7. Насколько мой образ жизни «здесь и сейчас» отображает те ценности, которые для меня важны?
8. Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить свою жизнь к лучшему?
9. Что ещё 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?
 - того, что регулярно доставляет мне удовольствие?

Эффективность работы характеризуется тем, что члены семьи, становятся менее раздражительны, реже испытывают трудности в сосредоточении на чем-то одном, личностные свойства становятся более сбалансированы, отмечаются позитивные изменения в эмоционально-личностной сфере на фоне снижения показателей депрессии и тревоги, становятся менее обидчивы, реже испытывают чувство вины, улучшается отношение к себе и к окружающим, реже испытывают чувство одиночества, разочарование жизнью, не возникает желание «не жить», отношение с окружающими «которые не испытали такое как мы» перестали носить болезненный характер, темы алкоголя, потери смысла жизни перестают привлекать внимание, проговариваются планы на будущее на темы «новый дом, хорошее образование, нужная работа, веселый отдых, интересные путешествия».

Таким образом, возможность использования мало затратных, но высокоэффективных методик в ходе психологического сопровождения семьи в кризисных ситуациях позволит повысить эффективность профилактики возникновения кризисных состояний у каждого члена семьи и сохранить их социально-психологическую адаптацию в сложившейся непростой ситуации.

Литература

1. Тарабрина Н.В. Основные итоги и перспективы направления исследований посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. 2003. – №4. – С.5 – 18.
2. Бабенко-Сорокопуд И.В. Влияние стрессовых факторов в зоне военного конфликтана менструальную функцию девочек-подростков / И.В. Бабенко-Сорокопуд, Э.Б. Яковлева, В. Яценко, Л.В. Желтоноженко // Медицина военного времени. Донбасс 2014 – 2015: материалы международной научно-практической конференции. ДНР, г. Донецк, 29-30 октября 2015 г. – Донецк: ДонНМУ им. М. Горького, 2015. – 244 с.
3. Свядощ А.М. Психотерапия невротических расстройств военного времени / А.М. Свядощ / Руководство по психотерапии // Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Т.: Медицина, 1985. – 719 с.
4. Иванов Н.Я. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО): крат. рук. / Н.Я. Иванов, А.Е. Личко – СПб. : ФАРМиндекс, 2001. – 68 с.
5. Идрисов К.А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта.: Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 2002. – 184 с.

3.5 Влияние профессиональной деятельности на личность психолога, работающего в структурных организациях.

В.Н. Тацкий

Профессия психолога интересна и дает немало полезного самому специалисту этой области. Какая другая профессия позволяет так глубоко и близко познать столько разных людей? Нередко она доставляет чувство удовлетворенности собой, особенно когда тебя ценят клиенты, уважают коллеги, когда ты уверен, что смог помочь.

Однако, несмотря на полезность профессии, зачастую она стоит занимающимся ею людям довольно дорого. Воздействие не всегда заметно со стороны, но его настоящую цену чувствует сам психолог. Еще в 1980 году А. Storr выделил несколько важных аспектов этой «платы», которые не утратили своей актуальности на сегодняшний день:

- угроза утратить идентичность и «раствориться» в клиентах;

- отрицательные последствия могут сказаться в личной жизни (семья, друзья);
- угроза психических нарушений из-за постоянных столкновений с темными сторонами жизни и психической патологией (С. Jung называет это «подсознательной инфекцией»).

Психологи нередко забывают, что их преимущество в познании клиентов относительно, поскольку они видят клиентов в специфических условиях и, как правило, непродолжительное время. Специалисты не имеют возможности наблюдать за деятельностью клиентов в реальной жизни и только с их слов знают об их тревогах, страхах, неудачах, и в меньшей степени — о достижениях. Зачастую психолог преувеличивает личностные нарушения клиента, и главным последствием ошибочного представления становится ориентация на лечение, а не на понимание и выявление позитивных аспектов жизни. Ориентация на лечение слишком связывает психолога с клиентом, требует от него больших усилий, чем нужно в действительности, и, наконец, заставляет смотреть на жизнь через «темные очки».

Излишняя вовлеченность в профессиональную деятельность нередко заставляет страдать семью психолога. Во-первых, требования этики не позволяют психологу делиться с семьей своими «психотерапевтическими» впечатлениями, поэтому члены семьи лишь приблизительно представляют, чем занимается психолог. Такова общая проблема семей, члены которых из профессиональных соображений должны думать, что и как говорить близким о работе. Во-вторых, психологическое консультирование и психокоррекция требует больших эмоциональных затрат, и иногда это значительно уменьшает эмоциональную отдачу в семье. Когда на работе весь день приходится выслушивать других людей и углубляться в их заботы, вечером бывает трудно проникнуться заботами жены или мужа и детей. И это не единственные проблемы, которые выдвигает профессия психолога.

Психологическое консультирование и психотерапия отнесены к профессиям, требующим большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеющим весьма неопределенные критерии успеха. Представителям этих профессий грозит опасность «синдрома выгорания» (Paine, 1981; Maslach, 1982; Corey, 1986), или говоря современным языком «синдром профессионального выгорания».

«Синдром выгорания» – сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки. Синдром, по описанию Corey (1986) и Naisberg-Fennig с соавт. (1991), выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способностей видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще. Существует мнение, что люди с определенными чертами личности (беспокойные, чувствительные, эмпатичные, склонные к интроверсии, имеющие гуманистическую жизненную

установку, склонные отождествляться с другими) больше подвержены этому синдрому (Edelwick, Brodsky, 1980).

Каковы наиболее часто встречающиеся причины «синдрома выгорания»? Не претендуя на полное перечисление, назовем лишь некоторые, важнейшие из них:

- 1) монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;
- 2) вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;
- 3) строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- 4) работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям психолога помочь им, и незначительные, трудно ощутимые результаты такой работы;
- 5) напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм;
- 6) нехватка условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации;
- 7) работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;
- 8) неразрешенные личностные конфликты психолога;
- 9) низкая заработная плата;
- 10) недостаточная информированность слоев населения о предоставляемой психологической помощи, отсюда и недоверие, настороженность к представителям этой специальности.

Одним из существенных факторов, преграждающих усугубление «синдрома выгорания», является принятие личной ответственности за свою работу. Если психолог из-за неудач или плохого самочувствия занимает пассивную позицию и обвиняет окружающих, чувство бессилия и безнадёжности лишь увеличивается. Ответственность может быть перенесена вовне различными способами: «мне не везет, потому что клиенты противятся консультированию и не хотят ничего изменять в жизни»; «во всем виновата организация труда, а все это от меня не зависит»; «у меня слишком много клиентов и мало времени для каждого из них» и т.п. Такая пассивная позиция психолога заставляет его капитулировать перед внешними обстоятельствами и чувствовать себя жертвой, что способствует возникновению профессионального цинизма. Поэтому психологу особенно важно испытывать чувство ответственности и уметь работать даже при наличии ограничений и препятствий. Вместо перекладывания вины за собственное бессилие на окружающих и обстоятельства, лучше направить свою энергию и внимание на реализацию существующих возможностей и подумать об изменении самих условий.

Существует также немало конкретных способов преградить путь «синдрому выгорания»:

- 1) культивирование других интересов, не связанных с психологическим консультированием и психотерапией; Szasz (1965) указывает, что у специалиста, принимающего ежедневно по восемь-десять пациентов, нет шансов работать на высоком уровне. Наилучшее решение этой дилеммы состоит в том, чтобы сочетать работу с учебой, исследованиями, написанием научных статей;
- 2) внесение разнообразия в свою работу, создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций;
- 3) поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания, овладение техникой медитации;
- 4) удовлетворяющая социальная жизнь; наличие нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс;
- 5) стремление к тому, чего хочется без надежды стать победителем во всех случаях, и умение проигрывать без ненужных самоуничтожения и агрессивности;
- 6) способность к самооценке без упования только на уважение окружающих;
- 7) открытость новому опыту;
- 8) умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни;
- 9) обдуманное обязательство (например, не следует брать на себя большую ответственность за клиента, чем делает он сам);
- 10) чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу;
- 11) участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;
- 12) периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;
- 13) участие в работе профессиональной группы дающие, возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с консультативной работой или психотерапией;
- 14) хобби, доставляющее удовольствие.

Итак, чтобы избежать «синдрома профессионального выгорания», психолог/психотерапевт должен изредка, но обязательно оценивать свою жизнь вообще – живет ли он так, как ему хочется. Если существующая жизнь не удовлетворяет, следует решить, что нужно сделать для положительных сдвигов. Только должным образом заботясь о качестве своей жизни, можно остаться эффективным в проведении психологического консультирования и психокоррекции.

Профессиональная подготовка психолога, работающего в структурных организациях.

Одно из важнейших требований профессиональной этики – это компетентность специалиста. В связи с этим возникают вопросы: «Какая профессиональная подготовка может обеспечить компетентное проведение психологического консультирования?» или «Какой опыт необходим претенденту на роль психолога/психотерапевта?»

Во многих странах статус психолога/психотерапевта определяется дипломом, лицензией, предоставляющей формальное право заниматься профессиональной деятельностью. Чтобы получить ее, надо пройти официальную академическую программу профессиональной подготовки, проработать определенное количество часов под наблюдением квалифицированного специалиста и иметь установленный минимум профессионального опыта. Такая система лицензирования ограничивает возможность заниматься практикой лицам, не имеющим соответствующей квалификации. Однако лицензия, к сожалению, не гарантирует, что психолог/психотерапевт эффективно и компетентно справится со своими обязанностями. При обучении психотерапии и психологическому консультированию наряду с необходимостью приобретения соответствующей теоретической базы под квалифицированным руководством часто подчеркивается важность углубления самопознания психолога/психотерапевта.

М. Сох (1988) говорит: «Жизненный опыт консультанта интегрируется с возрастающим багажом профессиональных знаний на основе углубленного самопознания. Даже отлично подготовленному консультанту не одинаково легко со всеми людьми, зато ему гарантирован душевный комфорт».

Развитию самопознания способствует обширный и интенсивный курс индивидуальной и групповой терапии, особенно в группах, ориентированных на совершенствование личности.

Каждый психолог/психотерапевт до начала профессиональной деятельности, а также в процессе работы должен пройти личную терапию, т.е. решать свои проблемы при содействии опытного профессионала. Как известно, в психоанализе длящийся до нескольких лет самоанализ является важнейшим звеном профессиональной подготовки психоаналитика. Опыт личной терапии важен по двум причинам. Во-первых, потому, что психолог/психотерапевт, как и любой человек, имеет в своей личности «белые пятна»: непознанные, неосознаваемые аспекты самости, внутренние конфликты, более глубокое познание и разрешение которых способствует своему становлению как профессионала. Психологу/психотерапевту очень полезно самонаблюдение под контролем другого профессионала за переживанием таких значимых событий в жизни, как любовь, секс, насилие, семейные отношения, власть, смерть и т.д. Это не означает, что личность психолога/психотерапевта должна быть «разобрана по косточкам». Имеется в виду необходимость достаточного самопонимания, прежде чем понадобится помощь. Тем не менее, было бы слишком крайним утверждение, что, приступая к психологическому консультированию, следует избавиться от всех внутренних конфликтов. Важно понимать суть конфликтов и

как они сказываются на отношениях с клиентами. Ведь если психолог/психотерапевт в своей личной жизни с трудом сдерживает злость или не понимает, почему постоянно испытывает вину, то велика вероятность аналогичных реакций и в процессе психологического консультирования и психотерапии. Если психолога/психотерапевта гнетет груз прошлых заблуждений или насущные заботы, разве сможет он помочь клиенту избавиться от подобных проблем? В действительности мы не продвинемся с клиентом дальше пройденного нами пути.

Психологическое консультирование у коллеги-профессионала ценно именно перед началом деятельности, поскольку постоянные столкновения с разнообразными проблемами клиентов нередко вскрывают наши старые конфликты, вытесненные чувства. Начинаящего психолога/психотерапевта нередко мучит чувство профессионального бессилия. Это тоже требует определенной помощи коллег. Другое важное преимущество личной терапии заключается в том, что психолог/психотерапевт входит в роль клиента и приобретает соответствующий опыт. Как утверждает А. Storr (1980), «доктор приближается к совершенству, если он тоже был пациентом». Так же А.П. Чехов, врач по образованию, говорил, что, если бы он учил студентов медицине, половину времени уделил бы усвоению психологии больного человека, его мироощущению.

Личная терапия представляет, уникальную возможность увидеть процесс психологического консультирования и психотерапии глазами клиента. Только таким образом психолог/психотерапевт может узнать, что такое беспокойство, связанное с самоанализом, что такое перенос и как он действует и т.п. Побывав в роли клиента, психолог/психотерапевт значительно лучше представляет весь спектр душевных переживаний, возникающий во время психологического консультирования и в процессе психотерапии.

Как в индивидуальной, так и в групповой терапии с будущими и уже работающими психологами/психотерапевтами важно также выделить вопросы, связанные с более глубоким осознанием специфики профессии, обратить внимание на причины и мотивы, приведшие в профессию. Профессия психолога очень специфична. Здесь нет лавров и публичного признания, результат работы видят только психолог и клиент. Именно поэтому для дальнейшего продвижения необходимы: достойная оплата; личная терапия; супервизии и интервизии.

Психолог должен продумать следующие вопросы:

- ✓ почему я выбрал профессию психолога/психотерапевта?
- ✓ какими потребностями обусловлен мой выбор?
- ✓ какую пользу я стремлюсь извлечь из своей профессии?
- ✓ как смогу я сочетать свои потребности с потребностями клиентов?

Возможны и другие вопросы, касающиеся личности психолога/психотерапевта и его проблем:

- ✓ какие у меня проблемы и как я их решаю?
- ✓ какое влияние эти проблемы могут оказать на мою работу?

- ✓ каковы мои ценности и как они сказываются на стиле психологического консультирования?
- ✓ как я использую свой ресурс? Приобретенные знания и опыт?
- ✓ каким людям я больше нравлюсь, и кто нравится мне?
- ✓ кому я не нравлюсь, и кто не нравится мне?
- ✓ какое впечатление я произвожу на других людей?

Попытка ответить на эти вопросы в процессе индивидуальной или групповой терапии поможет лучше познать и понять себя, а это значит – стать более эффективным психологом в работе.

3.6 Особенности применения проективных методов в процессе супервизии в условиях военного конфликта.

Е.Г. Максименко

В сложных условиях современности особенное значение приобретает профессиональная поддержка специалистов-психологов в их стремлении к самосовершенствованию, готовности к конструктивным изменениям, профессиональному росту. Важную роль в данном вопросе занимает процесс супервизии.

Супервизия как вид дидактической деятельности позволяет осуществлять профессиональную поддержку саморефлексии психолога собственной практики посредством совместного нахождения решения, поддержания его самооценки в сложных, проблемных ситуациях. Супервизор и супервизируемый в ходе совместной рефлексии рассматривают работу последнего с целью усовершенствования его когнитивной, эмоциональной и методической компетентности (Т. Ханкс, Й. Лансен, Н. Балке, К. Просс) [3-4, 10].

В условиях гражданских, военных конфликтов потребность в психологической помощи возрастает в несколько раз. Однако ряд факторов, специфичных для развития психологической практики в нашей стране несколько затрудняют удовлетворение вышеозначенной потребности. На ряду с относительной молодостью психологической деятельности в стране, культура обращения граждан к психологу находится на этапе построения. Фактически психологи Донбасса свой профессиональный уровень развивали в большей степени теоретически нежели практически.

Большое количество проблем, связанных с военным конфликтом в Донбассе – вынужденные переселенцы, разделенные семьи, безработица, утрата близких и страх этой утраты, рост числа людей с аддиктивными, депрессивными и суицидальными тенденциями – буквально вынудили психологов повышать свой квалификационный уровень, что называется в полях, «с колес». Часто сталкиваясь с сложными ситуациями, один-на-один психологи вынуждены активировать все свои ресурсы: эмпатию, сострадание, когнитивные процессы,

что несомненно приводит к чувствам истощения и выгорания. Особенно остро данная проблема заявляет себя в условиях дефицита времени.

Проективные методы в практике психотерапии используются достаточно длительно и успешно, позволяя последовательно раскрывать глубинные неосознаваемые детерминанты поведения субъекта, которые не могут быть открыто вербализованы. Психологические защиты, сопротивление, внутренняя цензура зачастую создают непреодолимый барьер в процессе осознания и рефлексии клиента. Проективные методы посредством активной созидательной деятельности способны проложить, перефразируя З. Фрейда [9], «королевскую дорогу в бессознательное», являясь носителем дериватов вытесненных переживаний субъекта.

Актуальность поставленной проблемы обусловлена поиском и апробацией методов супервизии, позволяющих в краткосрочном формате оказать профессиональную поддержку практикующим в особых условиях психологам. По нашему мнению, проективные методы в процессе супервизии позволяют выполнить данную задачу и в то же время соблюсти все основные этапы и элементы супервизии. К проективным методам в рамках нашего исследования мы относим построение пространственных моделей из цветных камней, ракушек, игрушек, а также рисунки, схемы и таблицы. В предложенных для критического анализа супервизиях отмечаются особенности использования проективных методов, их влияние на процесс супервизии и психологическое состояние супервизируемого [2, 5, 7].

В научно-практической литературе супервизия определяется как специфический метод поддержки специалистов, оказывающих профессиональную помощь в психиатрической и психосоциальной сфере (Н. Балке, И. Булюбаш, Р. Гринсон, П. Дэвис, Д. Мейер, Т. Хаанс, Е. Холлоуэй, Д. Якобс и др.); форма консультирования, осуществляемого для обеспечения и повышения качества профессиональной деятельности (С. Зонненберг, С. Лазар, Р. Урсано и др.); метод повышения профессионального мастерства и квалификации опытных психологов (С. Гледдинг, Р. Кочюнас, К. Краутер, А. Менегетти и др.), способ профилактики профессионального выгорания (Р. Шохет, П. Ховкинс и др.). Общим для всех исследователей является мнение, что супервизия есть процесс, который способствует повышению качества психологической помощи и является необходимой составляющей профессионального развития как начинающих, так и опытных психологов-практиков. Супервизор и супервизируемый в ходе совместной рефлексии рассматривают работу последнего с целью усовершенствования его когнитивной, эмоциональной и методической компетентности (Н. Балке, Й. Лансе, К. Просс, Т. Хаанс) [1, 3, 6, 8, 10].

Наша исследовательская практика подтверждает мнение, что супервизия обуславливает профессиональное становление и способствует развитию профессионально важных качеств личности психолога – эмпатии, критической рефлексии, гуманистического мышления, способности структурировать и

объективировать информацию, прогнозировать развитие ситуации, развивает индукцию и дедукцию и др.

Понятие проекции (от лат. *projectio* – выбрасывание) в его психологическом значении впервые появляется в психоанализе, в концепции защитных механизмов (З. Фрейд). Со временем проекция становится столь распространенным термином, что дифференцировать ее от явлений идентификации, перенесения и некоторых других психоаналитических феноменов стало чрезвычайно трудно. Например, Г. Мюррей, употребляя термин «идентификация» применительно к тематическому апперцептивному тесту, фактически имел в виду защитную проекцию З. Фрейда; отождествляя себя с «героем», клиент получает возможность неосознанно приписать ему собственные «латентные» потребности [2, 5].

Для нашего исследования важно понимание того, как соотносятся феномены проекции с процессами, имеющими место в супервизии.

Клиент, о котором беседуют супервизор и супервизируемый является реальной личностью, однако его образ создается на основе чувственных восприятий (наблюдений, эмоций, переживаний) терапевта. Степень понимания супервизором клиента зависит от способности супервизируемого дать клиенту и его ситуации полную характеристику [6].

Стимульный материал, который используется в проективных методиках неоднозначен и слабо структурирован, что позволяет допускать большое число вариантов восприятия и интерпретации. При этом, чем слабее структурирован стимульный материал, тем выше степень проекции. Супервизируемому могут быть предложены в качестве материалов игрушки, деревянные кубики, цветные камешки, шнурки, набор для рисования, психодраматические техники и др. Любой продукт деятельности супервизанта – рисунок, рассказ, создание конструкции или пространственной модели воспринимается вне зависимости от качества исполнения, не оценивается супервизором, чем создаются благоприятные условия для объективирования концепции кейса супервизируемого. Именно данная особенность, по нашему мнению, позволяет раскрыть видение и чувство супервизантом свои профессиональные особенности (методическую уверенность, профессиональные границы, роли, уровень самооценки, эмпатии). Гипотезы, догадки, полученные в ходе анализа продуктов деятельности супервизанта в процессе супервизии, приводят к интерпретациям, обладающим не только эффектом усиления рефлексии, но и прогнозирующим профессиональную позицию супервизируемого в будущем.

Примеры из практики.

Случай 1. Психолог Ю. работает в детском онкоцентре с мальчиком 3-х лет. Ребенок из многодетной семьи, болеет лейкозом. Семья ребенка проживает в районе близком к зоне боевых действий. Мальчик – пятый ребенок в семье, заболел лейкозом в период острой фазы военных действий, когда семье приходилось жить в подвале своего дома. В больнице он уже полгода. Мать его практически не проводит. Психолог испытала сильные материнские

чувства к мальчику и жалость. Ей кажется, что мать бросила ребенка и не хочет о нем заботиться. Приходя в отделение она все время проводит с этим малышом, что ее стало беспокоить, так как в отделении есть и другие нуждающиеся пациенты. Так же об этом ребенке психолог не переставала думать и дома, после работы.

После того, как Ю. познакомила со случаем (раунд «концепции кейса»), предоставляется время для уточняющих вопросов (раунд «вопросов»). На данном этапе использовалась техника пространственного моделирования из цветных камней. Форма, размер и цвет которых позволял супервизируемому лучше отразить свои восприятия случая. Супервизор предложила из камешков создать образ мальчика, его семьи и выбрать камешек (камешки), которые символизировали психолога (эмоциональное восприятие). Камни предлагалось расположить на листе белой бумаги (пространственное восприятие). Затем Ю. поставила вопрос на супервизию: Как правильно выстраивать процесс работы с малышом? надо ли ему материнские чувства от психолога? Нуждается ли он в них (в чувствах психолога)? Окончательным вопросом на супервизию остался вопрос: Как не выходить за пределы профессиональных границ? Совместная рефлексия, основанная на зрительном восприятии образов участников кейса, позволила супервизируемому прочувствовать эмоции и потребности ребенка, понять возможности матери и отделить собственные переживания, (которые нуждаются в личной терапии), от профессиональных задач.

Анализируя супервизионный процесс необходимо отметить значительное сокращение времени, отведенного на этап рефлексии. Объективирование восприятия кейса посредством пространственной модели позволило супервизируемому осуществить анализ работы с больным ребенком на эмоциональном, когнитивном уровнях, отстраниться от собственных переживаний, связанных с данной ситуацией и выработать стратегию дальнейшей работы.

Случай 2. Командная супервизия: 2 социальных работника, психолог, педагог, сопровождают уязвимые семьи, которые проживают на линии соприкосновения сторон конфликта.

Семья – мать и трое детей (младшему 1,5 года), муж считается без вести пропавшим, уже два года. Жена живет постоянными мыслями о муже, об их былом благополучии. Муж пропал в начале военного конфликта, жена подозревает местные власти, ненавидит все, что с ними связано, не принимает нового устоя. Не хочет (не может?) работать, вся семья живет за счет продажи накопленных материальных благ (драгоценностей и т.д.). Дети не присмотренные, брошенные. Пособия на детей не оформлены. Семья взята под патронаж. Вопрос на супервизию: Как мотивировать жену-мать вернуться к реальности, начать работать, заниматься детьми. У команды это не получается. После последней беседы, на которой они пытались учить ее «уму-разуму», клиент закрылась и не отвечает на их звонки.

Случай, был выбран общим голосованием. С данной семьей работала вся команда и все заинтересованы в конструктивном решении проблемы. Необходимо отметить гармоничное взаимодействие и сотрудничество в команде, продуктивную сплоченность. Раунд вопросов сопровождался использованием проективной методики «Рисунок структуры семьи», на котором прояснились особенности внутрисемейных отношений, рискованные обстоятельства и ресурсы семьи, прежде всего матери. Собранный за небольшой промежуток времени концепция кейса позволила команде понять переживания клиентки, ее личностные особенности, сформированные в родительской семье, затем развитые в «тепличной» атмосфере со стороны пропавшего супруга-отца. Команда осознала, что часто вели себя с молодой матерью как авторитарные родители, не столько поддерживали, сколько поучали. Социальные работники смогли вспомнить высказывания клиентки о неудовлетворенных желаниях в личностном и профессиональном росте, что позволило выстроить стратегию дальнейшей работы с клиенткой.

Анализ супервизионного процесса показал, что объективирование концепции кейса посредством проективного метода облегчает раунд идентификации (даже может его заменить) с клиентом.

Рассмотренные случаи иллюстрируют продуктивность использования проективных методов в процессе супервизии с целью сокращения временного формата, что особенно важно, учитывая условия военного конфликта.

В проведенных супервизиях использовались методы пространственного моделирования из цветных камней, ракушек, мелких стеклянных фигурок различной формы и размера, и рисунок структуры семьи. Проективный метод позволяет апперципировать переживания, чувства терапевта безопасно для его собственной личности и профессиональной самооценки. Создаются благоприятные условия для объективного восприятия терапевтической ситуации, сложившихся отношений между участниками терапевтического или социального процесса, что открывает перспективы снижения эмоционального напряжения супервизируемого, поддержки его самооценки и эмпатии.

Обобщая вышесказанное, отметим, что проективные методы в процессе супервизии позволяют объективно представить концепцию кейса, визуализировать внешние и внутренние (латентные) процессы проблемной ситуации, что способствует более точному определению и достижению целей и задач супервизии за более короткий промежуток времени. Супервизия является важным компонентом помощи помогающим, как средство поддержки специалистов и профилактики эмоционального выгорания. Однако, в нашей профессиональной среде супервизия воспринимается зачастую как часть мониторинга и требуются усилия по информированию и разъяснению.

Литература

1. Ауэрбах М. Травма и встречи с травмой. Материалы конференции: Травма и психосоциальная интервенция/ М. Ауэрбах. – С.53-70.
2. Беллак Л. Руководство по Тесту детской апперцепции / Л. Беллак, С. Беллак: пер. с англ. Е.Ю. Коржовой, Е.П. Савченко, Л. Ф. Бурлачука. – СПб.: Иматон, 2000. – 70 с.
3. Джейкобс Д. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преп.психодинамич. психотерапии и психоанализа / Д. Джейкобс, П. Дэвид, Д. Дж. Мейер. – СПб.: Б.С.К., – 1997.
4. Лансен Й. Жертвы нацистского и сталинского террора: аспекты проблемы и бережная забота в старости / Й. Лансен // Материалы конференции: Травма и психосоциальная интервенция. – С. 82-93.
5. Проективная психология / Под ред. Р. Римской, И. Кириллова. – М.: Апрель Пресс, Эксмо-Пресс, 2000. – 528 с.
6. Просс К. Травмированные помощники / К. Просс // Материалы конференции: Травма и психосоциальная интервенция. – С. 192-211.
7. Романова Е. С. Графические методы практической психологии / Е.С. Романова. – СПб.: Речь, 2001. – 416 с.
8. Усатенко О.М. Супервізорство у фаховій підготовці психолога-практика. Автореф. з кандид. дис. – Луцьк, 2010. – 20 с.
9. Фрейд З. Толкование сновидений / З. Фрейд ; пер. с нем. – Минск: Попурри, 1997. – 576 с.
10. Холлоуэй Е. Супервизия в психосоциальных сферах / Е. Холлоуей. – Jungferman, Падеборн, – 1998.
11. Яценко Т.С. Малюнок у психокорекційній роботі психолога-практика/ Т.С. Яценко, М.Г.Чобітько, Т.І.Донцевич. – Черкаси: «Брама», – 2003. – 216 с.

Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS)

(Posner K., Brent D. et al., 2007)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
<i>Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».</i>	
1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. <i>Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?</i> Если да, опишите:	Да Нет ☐ ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/ совершить самоубийство <i>«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»</i> при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. <i>Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя?</i> Если да, опишите:	Да Нет ☐ ☐
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: <i>«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это ... И я бы никогда не довел(а) дело до конца»</i>. <i>Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?</i> Если да, опишите:	Да Нет ☐ ☐
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о <u>некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями</u>, в отличие от подобного утверждения: <i>«Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать»</i>.	Да Нет ☐ ☐

Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:	
5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план. <i>Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства?</i> <i>Намереваетесь ли Вы осуществить этот план?</i> Если да, опишите:	Да Нет ☐ ☐

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ	
Тип идеи Тип № (1-5) Описание идеи Первое исследование Наиболее опасные идеи: _____ _____	Вся жизнь – Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой
Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идее (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота <i>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</i> 1. Реже одного раза в неделю 2. Раз в неделю 3. 2-5 раз в неделю 4. Каждый день или почти каждый день 5. Многократно каждый день	—
Продолжительность	—

<i>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</i> 1. Они мимолетны – несколько секунд или минут 2. Менее часа / недолго 3. 1-4 часа / долго 4. 4-8 часов / большую часть дня 5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	
Контролируемость <i>Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</i> 1. С легкостью может контролировать такие мысли 2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями 3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями 4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями 5. Не в состоянии контролировать такие мысли 0. Не пытается контролировать такие мысли	—
Сдерживающие факторы <i>Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?</i> 1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства 2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас 3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас 4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас 5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас 0. Данный пункт не применим	—
Основания суицидальных идей	—

Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое? 1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 2. Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль 4. Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали) 5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали) 0. Данный пункт не применим	

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)	Вся жизнь
Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замыслились как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение / желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому	Да Нет ☐ ☐

человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства.	
Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти. <i>Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?</i> <i>Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?</i> <i>Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?</i> <i>Что Вы предпринимали?</i> <i>Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?</i> <i>Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?</i> <i>Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?</i> <i>Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?</i> <i>Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)? (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство)</i> Если да, опишите: Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?	Общее количество попыток — Да Нет ☐ ☐ Да Нет ☐ ☐
Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное	Да Нет ☐ ☐

против самого себя (<i>иначе произошла бы истинная попытка самоубийства</i>). Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили. <i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i> Если да, опишите:	Общее количество прерванных попыток —	
Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее. <i>Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</i> Если да, опишите:	Да Нет ☐ ☐ Общее количество остановленных попыток	
Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида	Да ☐	Нет ☐

(например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).		
<i>Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?</i> Если да, опишите:		
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</i>	Вся жизнь	
Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.	Да ☐	Нет ☐

<i>Отвечать только для истинных попыток самоубийства</i>	Дата самой недавней попытки:	Дата наиболее тяжелой /опасной попытки:	Дата самой первой попытки:
Реальная опасность /ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени,	Ввести код —	Ввести код —	Ввести код —

покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть.			
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность= 0 Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал). 0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи	Ввести код —	Ввести код —	Ввести код —

Сценарий тренингового занятия «Мужество быть».

Бубнова А.Х., Игнатенко Т.И.

Тренинговое занятие «Мужество быть» было представлено в рамках Донецкой республиканской специализированной психологической конференции «Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий» 21-22 ноября 2018 г.

Занятие направлено на осмысление трудностей в жизни, выработке адекватного отношения к ним, активизации внутренних ресурсов личности. В ходе мастер-класса участники познакомятся с арт-терапевтическими техниками, которые могут быть использованы в работе с клиентами при проработке психотравмирующих ситуаций.

Цель: Осмысление трудностей в жизни как необходимого условия для саморазвития.

Задачи:

1. Актуализация знаний по теме «Кризисные ситуации», «Стресс»
2. Развитие рефлексивных навыков
3. Осознание внутренних ресурсов
4. Отработка арт-терапевтических техник

Оборудование: листы бумаги А4, флип-чарт (если это аудитория –наличие доски), бумага для флип-чарта, маркеры, гуашь, кисточки, соленое тесто, набор метафорических ассоциативных карт («Креатив 1», «Соре»).

Таблица Б.1

План занятия

№ п/п	Содержание	Время проведения(мин)
1	Приветствие. Знакомство. Правила группы	15-20
2	Упражнение «Притча о буре». Информационное сообщение, что такое «стресс», «психотравма»	10
3	Упражнение «Мужество быть»(с элементами тестопластики)	30
4	Упражнение «Проработка таблицы «Мои внутренние ресурсы»	20
5	Упражнение «Встреча с волшебником».	20
6	Упражнение «Спасибо, что ты есть».	10
7	Рефлексия.	15

Информационно-методический материал

1. Приветствие. Знакомство участников мастер-класса. Принятие правил группы.

Инструкция: психолог предлагает один из способов знакомства – с помощью метафорических ассоциативных карт (МАК). «Сейчас я попрошу Вас подойти к столу, где разложены карты и выбрать 2 карты:

- первая карта – будет представлять, «говорить» о Вас;
- вторая – о вашем эмоциональном состоянии на данный момент.

Участники делают свой выбор и далее по кругу приветствуют собравшихся и представляют себя.

Принятие правил группы.

1-ый вариант: каждый участник предлагает одно из правил. Создаётся и принимается совместный проект «Правила работы нашей группы»

2-ой вариант: Ведущий заранее подготавливает основные правила работы в группе, озвучивает их, и группа принимает или не принимает правила.

2. Упражнение «Притча о буре».

Цель: актуализация темы принятия стрессовых ситуаций, переживаний как неотъемлемых составляющих человеческой жизни.

Ведущий: Вначале было слово.... Давайте и мы начнем с него. Это будет притча. Но вначале давайте вспомним. что такое притча? Значение притчи для человека? Какую роль может выполнять притча в жизни человека?

Притча о буре. Когда-то один дворянин протянул струну от одной башни замка к другой, чтобы ветер превратил её в арфу. Нежный ветерок играл вокруг замка, но музыка не рождалась. И вот однажды ночью разразилась буря. Замок содрогался от порывов ветра, но струна наполнила воздух чудесной звуками. Нужна была буря, чтобы создалась музыка.

Вопросы для обсуждения.

1. Какую роль сыграла буря в этой притче?
2. Какие ассоциации возникают при слове «буря»
3. Приведите подобные примеры из жизни или художественных произведений, а также пословицы, поговорки.

Обобщение и выход на понимание присутствия в реальности кризисов, в стрессовых ситуациях. Отличие стрессовых ситуаций от психотравмы.

В современном мире кризисы, стрессы становятся скорее правилом, чем исключением. Практически каждую минуту люди видят образцы насилия по телевидению: в фильмах, рекламе, видеоклипах. Каждый день люди сталкиваются с информацией о различных катастрофах, узнают о войнах, конфликтах, убийствах и террористических актах. Мы с вами сами стали очевидцами или некоторые из нас и жертвами событий, которые уже длятся более 4 лет. В мире так много разного рода ситуаций, влекущие за собой

психологические последствия. Но несомненно одно – кризисы, травматичные ситуации, события – это неотъемлемая часть нашей жизни. И ко всему, что происходит в нашей жизни, мы вырабатываем свои – отношения, способы реагирования, защиты.

Кризис (от греч. «крезез» – решение, поворотный пункт, исход) определяется в психологии как тяжелое психологическое состояние, являющееся результатом либо какого-либо внешнего воздействия, либо вызванное внутренней причиной, либо как резкое изменение статуса персональной жизни. Таким образом, психологический кризис является одним из проявлений возрастного этапа развития и/или социально-психологической дезадаптации личности человека в ситуации утраты либо угрозы утраты значимой ценности или объекта. Кризис возникает при невозможности преодолеть препятствия в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта. Характерно, что понятие «кризис», подобно термину «стресс», не несет однозначно негативного оттенка. Важно наше отношение к происходящим событиям.

Психотравма способствует актуализации ранее перенесенных и вытесненных травматических событий, ситуаций в жизни, а также актуализирует внутриличностные конфликты. Кроме этого возрастные кризисы на время военных действий никто не отменял и сегодня их проживание детьми, подростками, молодыми людьми имеет свои особенности. И, как вы уже понимаете, у нас обостряется чувство безопасности, мы хотим справедливости, чтобы нас услышали, пришли на помощь. Все это говорит о том психологическом кризисе, последствия которого могут тянуться многие годы.

Если мы говорим о молодых людях – студентах, молодежи, которая становится на ноги, ищет работу, строит отношения с противоположным полом, создает семьи, то их стремления – не изменились. Изменились сами внешние условия, в которых это предстоит сделать. И необходимо иметь мужество, чтобы делать это, жить, наслаждаясь каждым прожитым днем. Жить обычной жизнью несмотря на препятствия. История – тому подтверждение. Вспомним жизнь В.Э. Франкла, который все своё время пребывания в концлагере посвятил врачебной деятельности. Вместе с другими психиатрами и социальными работниками со всей Центральной Европы он оказывал заключённым концентрационного лагеря Терезиенштадт специализированную помощь. Задача службы состояла в преодолении первоначального шока и оказании поддержки на начальном этапе пребывания. «Если у человека есть «зачем» жить, он может выдержать любое «как» (Ф. Ницше). Остаться человеком ни смотря ни на что.

Примеры пословиц:

От добра добра не ищут.

Не было ни гроша, да вдруг алтын.

Счастье не ищут, а делают.

Счастье всегда на стороне отважных.

Смелым счастье помогает
В большом горе и маленькая радость велика.
Тот жизнь ругает, кто счастья не знает.
На плечах голова - не страшна и беда.
После грозы ведро, после горя радость.
На всякую беду страха не напасёшься.
День на день не приходится
Серенькое утро - красненький денек.
Порой и смехом плачут.
Натерпишься горя - научишься жить.
Что ни делается, всё к лучшему
Горя бояться - счастья не видать.
Темна ночь не навек.
Беда – что текучая вода: набежит, да и схлынет.
Что было, то прошло и быльём поросло.
Счастье видишь - смелее идешь
Кто за счастье борется, к тому оно и клонится
Коли повезет, так и бык телёнка принесёт.
Не было бы счастья, да несчастье помогло
За счастьем человек бежит, а оно у его ног лежит.
Кто в горе руки опускает, тот счастья никогда не узнает.
Счастье с несчастьем в одних санях ездят

3. Упражнение «Мужество быть»

Цель: развитие навыков рефлексии, осознания своих внутренних ресурсов, моделирование желаемого образа «идеального себя».

Психолог предлагает прослушать стихотворение и высказать свое суждение над смысловым значением.

- Жжется и колется злая крапива,
- Если берешь ее в руки учтиво.
- Если крапиву взять в руки покрепче
- Боль испытаешь гораздо поменьше.

В конце психолог подытоживает ответы участников, акцентирует внимание, что в кризисах, перипетиях жизни, стрессовых ситуациях мы проявляем жизнестойкие качества своего характера. У каждого из нас есть что-то, что дает возможность двигаться дальше. И предлагает следующее задание:

1. Подобрать ассоциацию на фразу «Мужество быть»
2. Создать из предлагаемого материала (соленого теста) представленный образ. Полученную фигуру можно раскрасить гуашью.

По завершению задания идет круг обсуждения: что вы создали, что для меня значит «мужество быть».

4. Работа с таблицей «Мои внутренние ресурсы»

Участники с помощью психолога заполняют левую колонку, а правую – самостоятельно.

Таблица Б.2

Мои внутренние ресурсы

Что входит в понятие «Мужество быть»	Какие качества необходимы для этого?
Согласие с миром	
Понимание, что в нашей жизни присутствуют потери	
Стремление к цели	
Сила	
Выносливость	
Способность выходить из трудных ситуаций, сноровка	
Смелость не сойти с выбранного пути (верность идеалам, мечте)	
Осознание несовершенства мира и общества	
Ответственность за свои поступки	
Любовь к жизни и людям	
Умение не ждать благодарности за свои добрые дела от других	
Умение выделить самое главное и важное и не страдать по пустякам	
Найти дело по душе	
Осознание, что человеческая жизнь – это ценность и самооценность	

Обсуждение в группе.

1. Какие качества у Вас уже есть?
2. Какие качества необходимы в первую очередь?
3. Какие качества хотите развить. Что для этого необходимо сделать?

«Ошибка выжившего» – термин, появившийся во время второй мировой войны, когда математику Абрахаму Вальду поручили рассчитать, какие места на фюзеляжах бомбардировщиков следует дополнительно укреплять. Для анализа ему предоставили данные по пробоинам на вернувшихся на базу самолетах. Авиаконструкторы добросовестно изучили наиболее пострадавшие области

корпусов и сделали эти участки более надежными, но статистика не менялась.

Вальд счёл это абсолютно логичным: пробойны на вернувшихся бомбардировщиках говорили о том, что в этих зонах попадание снаряда не фатально для воздушного судна. А укреплять надо как раз те зоны, где пробойн нет: видимо, именно туда попадали снаряды в те самолеты, которые не вернулись на базу.

В нашем случае укреплять надо то, что у нас есть – внутренние ресурсы, а именно те, которые нам в большей степени помогают безопасно для психики выходить из кризисных ситуаций – это то, что помогает делать наш «самолет» менее уязвимым.

5. Упражнение «Встреча с волшебником»

Цель: осознание невысказанных потребностей и адекватных путей их удовлетворения.

На наше эмоциональное состояние и удовлетворённость жизнью влияет степень реализации наших актуальных потребностей. Потребности формируют цели, желания, мотивы действий и сопровождают соответствующие ситуации чувствами и эмоциями.

Неудовлетворение жизненно важных потребностей влечет за собой угрозу здоровью и существованию вообще, негативно сказывается на психике человека.

При травме может разрушаться сложившееся представление о себе, о других людях, о жизни в целом; нарушается чувство безопасности индивида; утрачивается вера в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю; подвергается угрозе само право человека на жизнь, на личное благополучие; разрушается само представление человека о существовании; происходит утрата и обесмысливание человеческих связей

У человека есть три базовых потребности: потребность в контроле, потребность в безопасности, потребность в одобрении. Стресс возникает если не удовлетворена хотя бы одна из них, а если все три то это приводит к очень сильному напряжению. Поэтому человек пытается удовлетворить эти потребности постоянно тем или иным способом. Если же в семье, на работе, в общении с людьми не удастся удовлетворить эти потребности, то это приводит к напряжению, неврозам депрессии...

Психолог предлагает исследовать эту область психической жизни.

Инструкция: представить ситуацию, в которой вы встречаете на своем пути волшебника, который может исполнить только 3 самых заветных желания, которые по могут изменить их жизнь к лучшему. Как можно озвучить эти желания? Что это за желания?

Выполнение. Участники:

1 шаг – в течении 5 минут прописываю свои желания;

2 шаг – находят социально приемлемые пути их удовлетворения

Можно предложить заполнить в форме таблицы: слева колонка – «мои желания», справа – «что я могу для этого сделать»

Участники по желанию проговаривают свои вытесненные потребности и их способы реализации.

Психолог подытоживает и акцентирует на осознании важности соотношения желаемого с реальными возможностями, выход на ресурс. Важно понимать, что результат зависит от собственного вложения.

6. Упражнение «Спасибо, что ты есть»

Участники становятся в пары и образуют два круга – внутренний и внешний, так, чтобы участники стояли лицом друг к другу. Их задача – посмотреть в глаза участнику, стоящему напротив и назвав по имени, произнести фразу «Спасибо, что ты есть». Сначала эту фразу произносят люди, стоящие внутри, затем – из внешнего круга.

Задача участников – отследить свои эмоции, чувства, мысли при выполнении задания.

Вопросы по окончании выполнения задания:

- 1) Что ощутил каждый из вас?
- 2) В чем эффективность такого упражнения?

7. Рефлексия – обратная связь.

Цель: уметь выразить свои суждения о полученной информации, о своём отношении к ней, о своём эмоциональном состоянии в процессе активной деятельности в формате занятия.

Психолог предлагает участникам мастер-класса дать обратную связь, используя следующие вопросы:

Ориентировочные «вопросы-шпаргалки»

- чем полезно было занятие?
- что вынесли для себя?
- в каких ситуациях их можно применить? где будете использовать?
- какие чувства, ощущения возникали в процессе работы?

В завершении психолог подводит итог работы всей группы и благодарит группу за совместную работу.

Литература

1. Франкл В.Э. «Человек в поисках смысла»: Сборник/Пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйсмана. - М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
2. Севиндж Мамед Сулейман «В поисках смысла жизни», Баку – 2010, издательство «Тэбиб», 284 с.
3. Мони́на Г. Б., Раннала Н. В. «Тренинг «Ресурсы стрессоустойчивости». – СПб.: Речь, 2009. – 250 с.
4. Притчи https://mirpozitiva.ru/parables/68-122_spor_o_sudbe.html

Сценарий занятия «Использование элементов сказкотерапии в работе с тревожными детьми».

И.А. Мухина, И.С. Гомозова

Цель: создание благоприятной творческой атмосферы, знакомство с элементами сказкотерапии, как способа гармонизации личности, снижения уровня внутреннего напряжения, тревожности и агрессивности.

Задачи:

- активизация творческих ресурсов личности;
- гармонизация внутреннего мира;
- снижение психической и физической напряжённости;
- профилактика тревожности и агрессивности;
- стабилизация эмоционального состояния, преодоление страхов.

Материалы: презентация, проектор, набор вязаных игрушек, набором лоскутков ткани, макет яблока, карточки из колоды МАК «Мастер сказок», шкатулка с пожеланиями.

Количество участников: до 20 человек

Категория: специалисты психологической службы

Время: 2-3 часа

Ход мероприятия

Перед началом мероприятия рекомендовано включить песни из детских сказок и мультипликационных фильмов. Музыкальное сопровождение позволяет создать доброжелательную атмосферу, настроить на дружеское взаимодействие, способствует стабилизации эмоционального состояния.

У лукоморья дуб зелёный,
златая цепь на дубе том,
и днём и ночью кот учёный
всё ходит по цепи кругом.

Пойдёт направо песнь заводит,
налево – сказку говорит,
там чудеса, там леший бродит,
русалка на ветвях сидит...

Именно этими строками великого писателя и поэта Александра Сергеевича Пушкина хотелось бы начать наше занятие. Тема занятия: «Использование элементов сказкотерапии в работе с тревожными детьми»

Что вы знаете о сказках?

Почему этот метод является не только достаточно известным и эффективным, но и любимым?

Сказка – это верный друг, знакомый каждому из нас с раннего детства. Она способна унести за «тридевять земель», заинтересовать и расположить даже самых тревожных и недоверчивых малышей. Сказка не ругает, не кричит, не читает какие-то непонятные взрослые морали, и не ставит в угол. Она тактично воспитывает и дает ответ на любой вопрос!

Как, по вашему мнению, чему учит сказка?

Кажется, что всё происходит как-то само по себе, как - будто по волшебству. Сказка поднимает важные для детского мировосприятия проблемы. Так в сказке «Колосок» поощряется трудолюбие и порицается лень, «Золотая рыбка» высмеивает жадность, «Мальчик с пальчик» учит смелости и находчивости, а «Волк и семеро козлят» осуждает легкомысленное отношение к порученному делу.

Погружаясь в сказочный мир, дети воображают себя героями. Вместе с главным персонажем преодолевают препятствия, учатся добру, справедливости и смелости.

В волшебном мире, как и в реальном всегда происходит противостояние добра и зла, смелости и трусости, жестокости и милосердия.

Сказка учит ребёнка тому, что мир – не простая штука, что в нём есть немало несправедливостей, что страх, сожаление и отчаяние – в такой же степени часть нашего бытия, как радость, оптимизм и уверенность.

Но главное – это то, что если человек не сдаётся, даже когда положение кажется безвыходным, если не поддаётся искушению, которое манит на каждом шагу, то, в конце - концов, он обязательно победит!

В каких ситуациях сказка может быть еще эффективна в работе с детьми?

С помощью сказки можно провести и диагностическую работу. Нужно только обращать внимание на реакцию ребёнка. К какому сюжету сказки он проявляет больший интерес, а иногда торопится перевернуть страничку или начать сказку сначала. Если ребёнок отвечает на вопросы и при этом бледнеет, краснеет, у него появляются тики, он неожиданно начинает сказку с начала – это и есть показатели того, что вы столкнулись с проявлением страха или другой проблемой маленького человека.

Как вы думаете, сказки можно только читать или слушать?

Метод сказкотерапии включает в себя не только прочтение сказки, это и изготовление кукол, рисование сюжета, сочинение сказки и её театрализованная постановка. В сказке есть множество разных метафор, через которые возможно изменить свои установки, мотивировать, находить правильный путь.

И сейчас мы приглашаем вас в сказочное путешествие, в ходе которого создадим свой волшебный мир, напишем собственную сказку и даже попробуем себя в роли любимого героя.

Иногда даже у взрослого человека иногда возникает желание поиграть. Да и любой ребенок выполнит задание лучше и с удовольствием, если увлечь его сказочным сюжетом.

Упражнение «Мой сказочный герой».

«Вы уже наверняка заметили, что в этой комнате множество различных игрушек и кукол, мультипликационных и сказочных персонажей. Мы предлагаем Вам выбрать игрушку, которая чем-то вас привлекает, как-то по-особенному вам симпатична. Ваша задача взаимодействовать с ней, максимально вжиться в роль этого персонажа и рассказать о себе от её лица».

Перед началом занятия на столе размещаются игрушки, количество которых соответствует или превышает количество участников. Важно предложить несколько игрушек, чтобы каждый участник имел возможность выбора. Желательно, чтобы герои были разные и добрые, и злые. Участники выбирают игрушку и по очереди презентуют себя от имени персонажа. Выбор ребёнком близкого для себя персонажа может, служить для психолога диагностикой его эмоционального состояния. Рассказ об игрушке можно строить, ориентируясь на вопросы, указанные в таблице Б.1.

«Очень приятно, что мы с вами познакомились и узнали что-то интересное друг о друге, ведь сказка учит, что в дружной команде дело быстрее идёт на лад.

Сказки бывают разные, и замечательно, что для детей, у которых имеется определённые проблемы, например, страх ошибок, животных, темноты, повышенная агрессивность или трудности в общении можно составить индивидуальную сказку. Где главным героем будет мальчик, девочка или другой персонаж с идентичной проблемой.

Для этого героя нужно ввести в проблемную ситуацию, рассмотреть её с разных сторон, а потом проговорить вместе с ребёнком пути выхода.

Мы предлагаем вам стать на время сказочниками и создать собственную авторскую сказку».

Упражнение «Сказку придумаем сами».

В чем заключается эффективность метода сказкотерапии?

Издревле сказки слагал народ, и передавались они из уст в уста. Сказка тем и хороша, что ее можно придумать самим. В сказке, как и в жизни, есть свои правила, которые нужно соблюдать:

1. Сказка должна быть идентичной проблеме ребенка, но не иметь прямого сходства.
2. Сказка должна соответствовать возрасту ребёнка.
3. В сказке иллюстрируется замещающий опыт, чтобы ребенок мог сделать новый выбор в решении своей проблемы.
4. Разворачивание сюжета должно быть последовательно.

5. Ситуации не должны иметь правильного готового ответа, а побуждать ребенка самостоятельно строить и проследивать причинно-следственные связи.
6. Как и все сказки, придуманная вами и ребёнком, история должна иметь добрый конец.
7. Во время чтения или рассказывания следует расположиться перед ребенком так, чтобы он мог видеть лицо психолога и наблюдать за жестами, мимикой, выражением его глаз, обмениваться с ним взглядами.
8. Психологу важно отслеживать эмоциональное состояние ребёнка во время рассказывания сказки.

Какие требования важно соблюдать при создании сказки? Важно придерживаться алгоритма создания сказки.

Алгоритм сказки

Начинается любая сказка со слов

1. Жили-были... Давным-давно... В тридевятом царстве, в тридесятом государстве ...
2. (Обозначьте место, где разворачиваются события)
3. Встреча с ее героями
4. (Для детей 3-4 лет рекомендуют делать главными героями сказок игрушки, маленьких человечков и животных.
5. Начиная с 5 лет – главными героями сказок могут быть феи, волшебники, принцессы, принцы, солдатики и пр.
6. Примерно с 5-6 лет ребенок предпочитает волшебные сказки и выдуманных персонажей.
7. В подростковом возрасте могут быть интересны сказки-притчи и бытовые сказки).
8. И вдруг однажды...
9. (Герой сталкивается с какой-то проблемой, конфликтом, совпадающей с проблемой ребенка)
10. Из-за этого...
11. (Показано в чем состоит решение проблемы, и как это делают герои сказки)
12. Кульминация. Решающее действие.
13. (Герои сказки справляются с трудностями)
14. Развязка
15. (Развязка терапевтической сказки должна быть позитивной)
16. Мораль сказки...
17. (Герои сказки извлекают уроки из своих действий)

Объединитесь в группы, и каждая группа напишет свою сказку, по предложенному алгоритму.

Первая группа получает задание для ребёнка, который боится оставаться дома один. Вторая группа для ребёнка, который боится громких и неожиданных

звуков. Третья группа для ребёнка, которому сложно найти друзей. Приложение 2

После завершения работы каждая группа зачитывает придуманную сказку, и обсуждает процесс создания.

Теперь вы знакомы с алгоритмом составления сказки и сами убедились, что быть волшебником вовсе не сложно, но даже очень интересно. Пусть ваши авторские сказки помогают детям находить выход из любых сложных ситуаций.

Сказка имеет удивительное свойство жить на страницах любимой книжки или в воображении ребёнка передаваться из уст в уста, и наделять самые обычные вещи волшебной силой. Для того чтобы сделать сказку не нужны специальные материалы, у ребёнка всегда всё под рукой. Палка в одно мгновение превращается в меч доблестного рыцаря, она же в автомат отважного солдата, ореховая скорлупа в корабли, а домик из одеял в замок. Всё, что для этого нужно - просто фантазия.

Упражнение «Сказочный мир из сундучка».

«И сейчас мы вам предлагаем объединиться в группы и построить свой собственный мир из лоскутков ткани. Затем вам нужно будет презентовать свою работу, раскрывая следующие вопросы:

- Что это за мир?
- Где он находится?
- Кто главный герой?
- Что он любит делать?
- Где живёт?
- Чего боится?
- Кто с ним дружит?
- Какие у него враги?
- К кому может обратиться за помощью?
- Что приносит ему радость?»

(допускается придумать дополнительные вопросы).

Во время выполнения упражнения психолог должен обратить внимание на то, какие чувства испытывают участники. Можно ввести дополнительных персонажей, которые будут дружить с его главным героем, обыграть проблемную ситуацию и самое главное вывести на позитивное разрешение сложных ситуаций.

Слушая сказки, дети невольно находят в них отголоски своей собственной жизни. Они стремятся воспользоваться примером положительного героя в борьбе со своими страхами и проблемами. Кроме того, сказка вселяет в ребёнка надежду. А это безмерно важно! Ребёнок, лишенный надежды или утративший её, отказывается от борьбы и никогда не добьётся успеха. Наша задача – подарить эту надежду.

Упражнение «Мастер сказок».

«Успехи и неудачи в нашей взрослой жизни, несметные богатства или дефицит денег, и даже крепкое, богатырское здоровье или сложности со здоровьем – все может быть результатом «проживания» той или иной сказки. А ваша жизнь, на какую вашу детскую сказку похожа? Где вы сейчас находитесь? Готовы ли вы что-то изменить в своей жизни?»

«Мы сами авторы своей сказки и сами выбираем, каким персонажем нам быть в своей жизни.

У нас есть колода метафорических карт Татьяны Зинкевич-Евстигнеевой «Мастер сказок» и мы предлагаем вам выбрать свою карту, ту, которая вам нравится, которая привлекает ваше внимание. Рассмотрите её и продолжите по очереди нашу совместную сказку сюжетом, придуманным вами по выбранной картинке.

А начинается она, конечно же, сказочно: «В некотором царстве в некотором государстве ...»».

Участники по очереди дополняют своим сюжетом общий рассказ, таким образом, выстраивая единую нить сказки. Важно закончить сказку позитивно и обсудить полученный сюжет.

«Важно понимать, что жизнь во многом зависит от самого человека, его выбора и поступков. Если вы не довольны каким-то этапом своей жизни, подумайте, что вы можете сделать, чтобы изменить сценарий в том направлении, которое будет вас устраивать».

Упражнение «Сказка ложь, да в ней намёк»

В старину говорили: «Сказка ложь, да в ней намек, добрым молодцам урок!» У нас есть сегодня не только сказочные персонажи, но и волшебный ларец с мудростью, мы предлагаем вам найти свое напутствие, свою подсказку, а может быть, кто-то найдет в нашем волшебном ларце ответ на главный вопрос его жизни. Приложение 3

Сегодня наша сказочная история подходит к концу и нам хотелось бы услышать, что каждый из вас взял для себя из нашего занятия.

Упражнение «Яблоко познания».

«Катится наливное яблочко по тарелочке... У нас тоже есть наливное яблочко, оно сейчас попадет в руки каждого из вас и того, к кому оно прикатится мы просим озвучить свое внутренне состояние на протяжении занятия».

Благодарим вас за активное участие, за искренность и положительные эмоции. Позвольте быть сказке в вашей жизни и попробуйте использовать её в работе с взрослыми и детьми.

Примерные вопросы к рассказу об игрушке

Здравствуйте, я _____, меня зовут _____
 Больше всего я люблю _____
 Мне неприятно, когда _____
 Я мечтаю о _____

Шаги составления сказки

1. Выбрать кого-то или что-то, что будет главным героем (одушевленный или неодушевленный, это может быть ветер, человек, щенок, Дюймовочка - все, что вам захочется).
2. Начинать следует со слов: Жил-был или Жили-были...
3. Описать качества главного героя (какой он?).
4. Как Ваш герой жил до проблемы или некоего препятствия.
5. Как Ваш герой преодолевал препятствие или решал проблему?
6. Выход в неприятности, как герой ведет себя, столкнувшись лицом к лицу с проблемой или неприятностями?
7. Как Ваш герой разрешает ситуацию? Что ему приходится для этого сделать? Кто приходит к нему на помощь?
8. Что он получает в результате?
9. Как меняется жизнь Вашего героя?
10. Какова мораль сказки?

Примеры сюжетов сказки

Не меняется только мертвое. У каждого из нас своя Дорога. Есть особое состояние, именуемое «Зовом Дороги». Дорога бесконечна, но она может иметь множество ответвлений, некоторые из них являются тупиковыми. Тупики нужны, чтобы научиться чувствовать «Главную Дорогу» и больше не сходить с нее.

В начале пути окрыляет предвкушение счастья. Жертвуя привычным ради неизвестного, человек умножает свое богатство. Покинутый дом поддерживает внутри путника ощущение очага и тыла. Тот, кто умеет в глубине своего сердца слышать Зов Дороги, сохраняет молодость.

Трудности даются для укрепления и высвобождения силы. Испытания всегда имеют конец, если человек не затягивает их по собственной воле или неразумию. Сладость победы тем насыщеннее, чем труднее она досталась.

Все жизненные процессы имеют начало и закономерное завершение. Что посеешь, то и пожнешь. Каждый человек способен собрать достойный урожай с поля собственного жизненного опыта.
Каждый человек гораздо богаче, чем он думает. Покой и стабильность во внутреннем государстве поддерживается мудростью его Правителя. Согласие – лучший подарок подданным своей внутренней страны.
Если вы посмотрите на себя глазами завистников, то увидите в себе такие достоинства и возможности, которыми никогда бы не наделили себя даже в своих самых смелых фантазиях. Люди носят внутри себя самые разнообразные краски мыслей, чувств и желаний. Способность предупреждать недоброе определяет мудрость управления событиями.
Многие стремятся к власти, но не многие способны ее нести. Власть – это ответственность за многие судьбы. Переживание собственных ограничений и унижений укрепляет связь с Божественным.
Смутные времена укрепляют доверие собственному сердцу. Когда мир сходит с ума, важно сохранить здоровую голову. Душевная смута боится искренней молитвы. Трудные времена закаляют характер.
Победу нужно готовить. Самодисциплина – фундамент жизненных побед и достижений. Мужество и решительность прокладывают путь Победителю.
Новая идея гораздо ближе, чем может показаться. Все, что мы видим рукотворного вокруг, было когда-то чьей-то мыслью. Вдохновение всегда входит в открытые сердца.
Жизнь – это лаборатория для доброго творчества. Добрые замыслы требуют самодисциплины, труда и поддерживают стремление довести дело до конца. Любой замысел может воплотиться либо в жизни, либо в стране Воплощенных Замыслов.
К принятию Нового готовы немногие. Если ты чем-то воодушевлен, это не означает, что другие воодушевятся этим же так же легко, как и ты. У каждого человека свои внутренние процессы и своя степень готовности к принятию чужих идей. Насмешки исцеляют от иллюзий и тщеславия.
Искренняя благодарность нуждающегося – лучшая плата отдающему. То, что отдано с легким сердцем, умножает будущие доходы. Если имеешь избыток чего-либо – делись с легким сердцем.
Успех – закономерная оплата упорной работы. Скромность защищает от гордыни, любовь к делу – от лени. Купание в лучах славы помогает смыть старые обиды.
Сокровенное Предназначение открывается человеку в положенный срок. Каждый человек представляет собой нечто большее, чем он о себе думает. Когда в глубине человеческого сердца созревает готовность к подвигу, Бог посылает ему тех, кто откроет его Предназначение.

Неожиданные подарки и помощь приходят к тому, у кого доброе сердце. Искренняя сердечная радость – лучшая награда дарящему. Неожиданные подарки даются для достойных перемен.
Чтобы получить благо, нужно преодолеть собственные заблуждения о своей немощи. Крылатые кони – это наше вдохновение. Нужно научиться «пасти» его. Новая работа – это приглашение к росту.
Наше здоровье зависит не столько от самих событий нашей жизни, сколько от того, каким образом мы их оцениваем. Сохранение покоя в сердце – особая грань искусства жизни. Доброе утешение передает любовь огорченному сердцу и успокаивает его.
Человек никогда не работает в одиночестве. Искренняя благодарность за зримую и незримую помощь умножает ее. Присмотритесь: все, что нас окружает, постоянно трудится и помогает нам.
Есть жизненные ситуации, которым требуется не развитие, а торможение. Без отдыха не будет достойной работы. Восстановление сил происходит за счет умножения покоя в разуме и сердце.
Жизнь мягко готовит сознание человека к Пробуждению. Разрешите Надежде поселиться в вашем внутреннем доме. Освободите в сердце место для Любви, а в разуме для новых идей.
Создавать, воплощать задуманное, двигаться к цели с легким сердцем – слагаемые летнего настроения. Все живые существа работают с любовью к своему делу, ибо это заложено в их сущности. Результат закономерен.
Некоторые могут судить о том, что посадили, только сняв урожай. Осознанность при посадке семян – верное средство получить добрый урожай. Сорняки боятся настойчивости и трудолюбивых сердец.
Счастье – это «точка гармонизации» разнообразных жизненных процессов. Чтобы удерживать Счастье, нужно иметь тренированные «мышцы счастья». Счастье в отношениях всегда динамично и окрашено разнообразными красками.
Красивые слова исцеляют отношения и украшают мир. Пустые ссоры умножают грязь внутри человека и в окружающем мире. Жизненный успех и самочувствие человека во многом зависят от качества его речи.
Наше самоощущение создает особый мир вокруг нас. Жизнь полна красок, зачем их перемешивать или обеднять? Недопустимо хранить печали внутри своего существа. Привычка жаловаться на Жизнь не дает ей возможности проявиться во всем своем великолепии.
Мы питаем свои заблуждения, и благодаря этому они набирают силу. Заблуждения можно победить подлинным здравомыслием. Приз за победу над заблуждениями – ощущение внутренней свободы.
Грязь не нужно рассматривать или анализировать, ее нужно вычистить. Поверхностному наблюдателю очищение кажется потерей. Вслед за очистительным ливнем приходит свобода, свежесть и чистота.

По мере готовности человека ему открывается информация о том зле, что живет внутри него. У зла есть слабые стороны – их нужно узнать. Побеждая зло, приобретаешь иммунитет и бдительность.

Литература

1. Вачков И.В. Сказкотерапия: Развитие самосознания через психологическую сказку. 3-е изд., перераб. и доп. / И.В. Вачков. – М.; Ось-89, 2007.
2. Володина И.В. Сказкотерапия, или Как стать победителем / И.В. Володина. – Р-на-Д.: Феникс, 2006.
3. Гнездилов А.В. Встречи на дороге. Терапевтические сказки / А.В.Гнездилов. – СПб.: «Речь», 2005. – 224 с.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Игры Т. Д. в сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.М. Грабенко. – СПб.: Речь, 2006. – 208 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Мастер сказок / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой. – СПб.: Речь, 2012.
6. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: «Речь», 2000. – 310 с.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Сказки звездной страны Зодиакалии. Методический практикум по сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: Златоуст, 1999
8. Стишенок И. В. Сказкотерапия для решения личных проблем / И.В. Стишенок. – СПб.: «Речь», М.: «Сфера», 2010
9. Тренинг по сказкотерапии /Под ред. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой. – СПб.: «Речь», 2006. – 176 с.
10. Хухлаева О.В. Терапевтические сказки в коррекционной работе с детьми / О.В. Хухлаева, О.Е. Хухлаев. – М.: Форум, 2013.

Рекомендации по работе с проявлениями ПТСР у детей.*С.В. Руденко*

Периоды общественно-политических, экономических, исторических перемен, тем более – военных действий, всегда для людей оказываются непростыми. Даже взрослые, находясь в нестабильной ситуации, могут часто чувствовать себя незащищенными, а такие эмоции, как тревога и страх, иногда «выходят из берегов». Дети же находятся в эпицентре беспокойства рядом с ними. Им – несравненно сложнее, чем взрослым, пережить ситуацию нестабильности и, возможно, ожидание чего-то худшего.

Посттравматическое стрессовое расстройство – одно из наиболее распространенных психопатологических последствий эмоциональной травмы, возникающее как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие и способное вызвать общее потрясение почти у любого человека. Самой уязвимой категорией оказываются как раз дети и подростки, психика которых особенно реагирует на кризисные ситуации. Травматическая ситуация, пережитая ребенком, оказывает влияние не только на его эмоциональное состояние, но и приводит к долгосрочным последствиям, влияющим на развитие ребенка в будущем.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается вследствие травмирующего события, в котором человек чувствовал себя беспомощным перед угрожающей ему опасностью. Фактически любое жизненное событие, которое может повлиять на жизнь человека, лишить его жизни, может спровоцировать ПТСР, особенно если человек не мог его контролировать и / или предсказать.

Различные травматические ситуации могут вызвать такие общие признаки посттравматического стрессового расстройства у детей:

1) *физиологические*: нарушения засыпания и пробуждения, кошмарные сны, связанные с травмой, задержки развития, энурез, соматические заболевания, гиперкинезия. У подростков могут добавляться нарушение пищевого поведения; расстройство сна; головные боли; различные тики (голосовые или моторные); тремор.

2) *эмоциональные*: постоянное чувство тревоги, страхов (засыпания, темноты, одиночества, а также мест, напоминающих травмирующее событие и др.); агрессивность; частые истерики; боязнь того, что ситуация повторится, чувство вины и стыда (дети могут решить, что всё, что произошло, обусловлено тем, что они «плохие», «ущербные»), нарушение способности к регуляции своих эмоций (внезапная плаксивость, повышенная возбудимость, частая смена настроения и т.д.), постоянная напряженность, высокая тревожность, постоянные мысли о травмировавшей ситуации; гнев, объектом которого

является сам ребёнок или окружающие; пристальное внимание к реакции родителей, страх расстроить их своими негативными эмоциями, которые вызваны собственными переживаниями. У подростков может добавляться острое чувство одиночества; депрессивные состояния, страх отличия от других людей; сниженное настроение; гнев и желание отомстить обидчику как реакция на ощущение несправедливости.

3) *поведенческие*: беспомощность и пассивность в привычной деятельности; тревожная привязанность ко взрослым (категоричное нежелание быть без родителей); повторяющиеся проигрывания (рисование, чем старше ребенок – пересказывание) полученной травмы в игре, искажение и навязчивая детализация события; регрессивное поведение (сосание пальца, возврат к детскому лепету, ритмичное покачивание); замкнутость, различные нарушения общения, избегание социальной активности, трудности в адаптации и социализации в новой среде общения; гиперкинезия; проявление чрезмерной заботы о себе и безопасности других людей; нестабильное, часто изменяющееся поведение; неадекватная по силе реакция на любую ситуацию, напоминающую травму, проявление садистских наклонностей, жестокости по отношению к живым существам, неконтролируемое поведение, импульсивность, агрессия, изолированность, приступы паники. В более старшем возрасте – избегание мест, напоминающих о травматическом событии; аутодеструктивное поведение (злоупотребление психоактивными веществами – алкоголизм, наркомания, токсикомания, курение, суицидальные попытки, рискованное поведение, опасный стиль жизни, аутоагрессия); противоправное поведение.

4) *когнитивные*: нарушение познавательных процессов, рассеянность, плохая концентрация внимания, нарушения памяти, искажение образа мира, искажение восприятия, потеря доверия к людям, паранойяльные симптомы; избирательная амнезия, обусловленная защитным механизмом – вытеснением. В подростковом возрасте – ангедония; генерализация и перенос негативного отношения к обидчику (при жестоком обращении) на других людей; осмысление своих страхов и других негативных эмоциональных реакций.

Конечно же, говорить об общей, универсальной картине для всех детей, не приходится. В целом чаще всего можно отметить снижение общего эмоционального фона, беспокойство, тревогу, ухудшение сна и аппетита (особенно когда боевые действия переходят в активную фазу), появление страхов и ночных кошмаров. Может повышаться интерес к тем играм и занятиям, которые были для них интересны в более младшем возрасте, или к играм военной тематики. Замкнутость, потеря интереса к общению и играм с друзьями. Охлаждение к хобби. Стремление находиться рядом со взрослыми постоянно, возможно – даже ложиться с ними спать. Избегание действий, мест, вещей, мыслей и / или ощущений, которые напоминают о психотравмирующем событии. Появление агрессивных импульсов или резкое их усиление, если они проявлялись и ранее. Этот симптом меньше всего осознается родителями как психологическое нарушение и часто рассматривается как плохое поведение или

проявление характера. Проблема же может быть именно в пережитом событии. Если всех этих признаков раньше не было, и появились они после какой-то экстремальной ситуации, то это почти всегда показатель плохого психологического состояния... Это все – общие проявления, в каждом конкретном случае они могут существенно различаться. Поэтому главная задача взрослых – создать вокруг них атмосферу защищенности, доверия и стабильности.

Переживание детьми травматических событий может сильно отличаться по длительности, остроте, последствиям, а также зависеть от индивидуальных и возрастных особенностей ребёнка. Работа с последствиями травмы требует отработки травматического опыта, с одной стороны, и нормализации повседневной жизни ребёнка (формирование безопасного, стабильного, поддерживающего окружения и помощи в преодолении актуальных трудностей), с другой стороны. Именно второму аспекту работы и посвящен данный пункт.

Детская психика очень пластична и обладает удивительными возможностями для исцеления. От специалиста зачастую требуется лишь подтолкнуть и создать условия.

В работе с детьми очень важно быть искренним, настоящим. Проявлять неподдельный интерес, быть внимательным к ребенку, принимать его – любым, со всеми его непосредственными реакциями, с тревогами и страхами. Дети намного чувствительнее взрослых к фальши, поэтому очень важно не только суметь завоевать доверие, но и сохранить его. Работать с детьми нужно в рамках привычных, естественных для них видов активности. Простым разговором здесь ограничиваться нельзя. Прежде всего – это игра. Именно посредством игры дети познают мир, именно игра дает возможность им высвободить энергию, выразить свои чувства, а возможно – и подать тревожный сигнал неблагополучия. Необходимо использование конкретных примеров, наглядных образов, картинок. Широкие возможности предоставляет совместная творческая деятельность. Важно использовать естественные, привычные для ребенка виды деятельности. Богатейшие возможности дает использование методов арт-терапии – исцеление творчеством. Это рисование, лепка, вышивание, бисероплетение, аппликации, оригами, декупаж и пр, работа с песком, занятия музыкой, танцами, работа со сказками, мультфильмами, постановка спектаклей... Что избрать в каждом конкретном случае – подскажет внимание к ребенку и его интересам.

Сложно переоценить значимость доверительного контакта. Необходимо суметь стать для ребенка «своим», лишь тогда возможны позитивные изменения. При работе со всеми детьми важно создать атмосферу безопасности, доверия и принятия. Важен эмоциональный контакт, внимание. И, конечно же, создание возможностей для эмоционального отреагирования ситуации – прежде всего – посредством игры и творчества.

Задача взрослых – создать вокруг детей атмосферу защищенности, доверия и стабильности. Для того, чтобы это было возможно, родителям необходимо

начать с самих себя. Именно они – самые близкие и значимые для ребенка люди, именно от них и их эмоционального состояния в огромной мере зависит его не только физическое, но и психическое здоровье. Именно их любовь, внимание, забота являются своеобразным «якорем», который держит ребенка «на плаву» в самых тяжелых ситуациях. Соответственно, необходимо не просто участие родителей, но и их соответствующие душевные ресурсы.

Для улучшения своего эмоционального состояния родителям, да и вообще всем взрослым, переживающим нынешний непростой период, стоит постараться придерживаться следующих правил.

- ✓ Дозировано получайте информацию от СМИ (чем больше вы посвящаете себя источникам информации, тем больше вы подкрепляете свою тревогу, беспокойство, страхи).

- ✓ Чтобы снизить остроту переживания эмоций – понаблюдайте за ними как бы со стороны: как именно вы переживаете, какие при этом испытываете ощущения, как изменяется ритм вашего дыхания, каковы движения, что чувствуется и т.п. Наблюдая и проговаривая это, вы тем самым способствуете и снижению остроты переживания, и осмыслению происходящего. А осмысление, в свою очередь, смещает фокус внимания с переживания на анализ этой ситуации и поиск адекватных последующих действий.

- ✓ Не бойтесь проявления своих эмоций. И вообще – позвольте их себе испытывать, в том числе и те, проявления которых вы считаете нежелательными. Страх, гнев, печаль, боль – к сожалению, и эти эмоции довольно часто сопровождают нашу жизнь. Важно признавать их наличие и позволять им проявляться. Хочется плакать – плачьте, высказаться о наболевшем – высказитесь, ударить – побейте подушку (замесите и помните хорошенько крутое тесто). Только не делайте свидетелем такого бурного проявления ребенка: он невольно может подумать, что именно он – причина ваших слез и гнева, может почувствовать вину и беспомощность, отчего его собственное состояние только ухудшится.

- ✓ Если вас беспокоят мысли о могущей возникнуть критической ситуации, – продумайте и разработайте заранее, в спокойной обстановке, четкие инструкции (план действий), которые будут способствовать вашей безопасности и помогут не растеряться, если такая ситуация действительно произойдет.

- ✓ По возможности придерживайтесь режима дня, питания, употребляйте сезонные овощи и фрукты. Пейте больше жидкости: простая вода, морс, компот и пр. Уменьшите до минимума потребление стимулирующих веществ (особенно вечером): шоколада, кока-колы, сигарет, кофе. Следите, чтобы продолжительность ночного сна была не меньше 8-9 часов. Если не можете уснуть, не оставайтесь в постели со своими мыслями. Встаньте, походите по комнате и вновь попытайтесь заснуть. Проветрите помещение. Запишите свои мысли на бумаге. Помойте посуду. Выпейте чаю с мятой или теплого молока с медом... Сон придет!

✓ Занимайтесь простым физическим трудом: уборка в доме, стирка, готовка, работа на земле, по хозяйству – любая физическая деятельность положительно влияет на нервную систему и психику человека

✓ По возможности чаще выходите на свежий воздух, гуляйте.

✓ По возможности находите время для занятия любимым делом, хобби.

Помните, что, восстанавливая себя, разбираясь со своими переживаниями, эмоциями – вы уже оказываете огромную помощь вашему ребенку. Если ребенок видит спокойных, уравновешенных родителей, у него появляется ощущение, что все будет хорошо.

Универсального рецепта, подходящего для всех детей, конечно, не существует. Но можно сформулировать ряд правил, которые помогут детям пережить этот непростой в жизни каждого из нас период.

Постарайтесь, насколько это возможно, поменьше менять привычный ритм жизни ребенка; побольше отдыха, сна, позитивных впечатлений. Не заставляйте ребенка есть, если у него нет аппетита; питание может быть дробным. Ребенку, как и взрослым, нужно побольше пить (вода, сладкий чай, сок, морс, компот). Не отказывайте ребенку в сладком. Чай с сахаром, конфетка, чашка какао вызывают позитивные эмоции, чувство безопасности и стимулируют работу мозга.

Чаще разговаривайте с ребенком, принимайте участие в его играх. Очень важно подчеркивать, что вы – рядом, что все хорошо, он в безопасности. Старайтесь чаще обнимать, гладить ребенка, держать его за руку и пр. Позитивные телесные контакты очень полезны для снятия напряжения.

Даже маленький ребенок, нуждается в пояснении происходящего. Ему важно знать, почему родители тревожатся, злятся, горюют. Что происходит в семье, в городе. Постарайтесь пояснить это коротко (4-5 фраз) и спокойно. Разговаривайте с ребенком о произошедших событиях столько, сколько у него есть потребность. Не стоит говорить: «Тебе это не понять», «Поймешь, когда вырастешь», «Я не могу тебе пояснить». Всегда есть что сказать. Постарайтесь, чтобы Ваши фразы были доступными и не пугали ребенка.

Обязательно делитесь с детьми своими чувствами. Дети интуитивно чувствуют ваше состояние, и говорить «все хорошо», когда у самих на душе тревога и страх – это риск потерять к себе доверие детей. Например: «Я тревожусь о, но я верю, что все будет хорошо. Мы с тобой рядом». Особо острые реакции на горе: когда человек начинает громко рыдать, рвать на себе волосы и т.д. – очень нежелательно демонстрировать при детях. А вот спокойно поделиться своими тяжелыми переживаниями можно. Это лучше, чем эмоционально отстраняться. Последнее, напротив, является дополнительным травмирующим фактором, способствуя усилению у ребенка беспокойства, тревоги, различных страхов, актуализации чувства вины и пр.

Говорите с ребенком о тех чувствах, которые он испытал или испытывает. Вы можете сказать, что многие люди испытывали тревогу, страх, гнев, беспомощность. И что эти чувства – нормальны. Разговор о чувствах можно

сопровождать рисованием на свободную тему или лепкой. А после обсудить – что нарисовано, что это значит, какое будет развитие сюжета, как дальше будет жить персонаж, как ему помочь и т.п. Старайтесь сводить разговоры о событиях с описания деталей на чувства. Дайте ребенку понять: вы серьезно относитесь к его переживаниям.

В любом разговоре о произошедших событиях необходимо время от времени напоминать ребенку, что сейчас ситуация более стабильная, что взрослые знают (или решают), что делать. Что ребенку есть на кого опереться, рядом есть взрослые заботливые люди. Что много людей – вместе. И даже в самой сложной ситуации есть те, кто смогут помочь ребенку. Но – нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

Рассказывать о войне и смерти стоит тогда, когда ребенок начинает задавать вопросы, но понятным и не страшным для него языком. Если ребенок не спрашивает, значит ему это еще неинтересно, и заводить эту тему самостоятельно не стоит. Важно не пугать и не запугивать ребенка. Нельзя говорить: будешь плохо учиться или не будешь слушаться старших – пойдешь на войну, где с тобой может случиться что-то плохое. Однозначно не рекомендуется рассказывать обо всех ужасах, лучше сконцентрировать свое внимание на основных понятиях о войне, не вдаваясь в подробности. Лучше всего, отвечая на его вопросы, спрашивать, что конкретно его интересует. Помните: информация должна быть крайне лаконичной, без подробностей. Язык должен быть тем проще, чем младше ребенок.

Не стоит позволять ребенку в одиночестве смотреть сводки новостей по телевизору или в сети Интернет. В любом случае, даже если ваш ребенок – подросток, он нуждается в объяснении вашего отношения к происходящему. Не показывайте детям сцены жестокости (фото, видео).

Не обманывайте детей! Говорите, куда и зачем идете, что обязательно вернетесь, и будьте всегда на связи. Детям присуще фантазирование, и если они не имеют о вас информации, то они дофантазируют себе безгранично, поверят в собственные фантазии и запустят лавину эмоций, скорее всего – отрицательных.

Если ребенок особенно «не слушается», проявляет чрезмерную активность, неумно смеется – постарайтесь не отвечать агрессивно. Возможно, двигательная активность помогает ему справиться со стрессом. «Сопровождайте» его в движении (будьте рядом), стараясь постепенно снижать темп. Можно попробовать предложить подвижную игру «по правилам». Либо переключить на активность, где есть правила (бегать наперегонки, «сражаться» подушками, мять и рвать бумагу и др.). Организуйте ребенку возможность для активного «сброса» напряжения – занятия спортом, танцами, подвижные и состязательные игры.

Для ребенка сейчас особенно важно активно играть. Весомую роль могут сыграть игры на отреагирование агрессии. Ребенок может «вооружаться», нападать или защищаться, быть раненым или «убитым» в игре. Все это является

нормальным способом ребенка справиться со стрессом. Можно предложить ребенку «сражение» подушками, воздушными шариками и др. Также хорошо мять тесто, глину, пластилин и лепить фигурки. Поощряйте также игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов). Большую роль среди игр могут занять игры «в больницу». Это также является нормальным, и способствует преодолению стресса.

На определенных этапах дети могут снизить свою активность, избегать разговоров о произошедших событиях, прятаться. Если такое поведение не длится более одной недели – не беспокойтесь. Не настаивайте на разговорах, но в то же время неправильным будет говорить: «забуди это», «не думай об этом». Дети нуждаются в пояснениях произошедших событий. Можно и нужно вернуться к разговорам через некоторое время.

Читайте вместе книги – рассказы и сказки, где описываются сюжеты преодоления страха героями. Желательно прочитанное потом обсудить. Важнейшее в детском чтении – не информация как таковая, а – проживание, переживание сюжета (как в жизни), выражение эмоций. Необходимо учитывать потребности ребенка, задачи возраста. Интересна будет книга, в которой поднимаются актуальные проблемы для ребенка. А для этого нужно интересоваться самим ребенком, знать, чем он живет, что его волнует, что ему интересно. В героях книги ребенок должен обнаруживать, узнавать самого себя. Соответственно, и героями должны быть такие персонажи, с которыми ребенок может себя отождествить, похожие на него самого. Это даст возможность наполнить текст своими переживаниями, чувствами, мыслями, образами, картинками воображения.

Важную роль играют сказки. Сказка обращается к глубинным аспектам психики. Она в иносказательной, метафоричной, не прямой форме помогает донести основную идею, которую взрослые могут «прямым текстом» безуспешно пытаться донести ребенку. Сказка же может быть неоценимым помощником при работе с детскими страхами. Чтение дает и опыт преодоления разных ситуаций. Сочинение же продолжения истории вообще создает широчайшее поле не только для фантазии ребенка, но и для корректирующего воздействия, оказания ему помощи в отреагировании травмирующей ситуации с проигрыванием ее благополучного завершения. Замечательно, если есть возможность сочетать чтение с лепкой, рисованием, проигрыванием ситуаций, подвижными играми.

Помните о творческой самореализации ребенка – рисование, аппликации, лепка, музыка, танцы, вышивание, постановка спектаклей и пр.

Конечно, приведенные рекомендации не снимают необходимости оказания профессиональной психологической помощи. Однако они дают возможность принять профилактические меры и оказать помощь ребенку до начала работы со специалистом, а после – действовать согласованно с ним, оказывая неоценимую поддержку.

В завершение стоит отметить, что любовь, забота, внимание, тесный эмоциональный контакт – пожалуй, основное и обобщающее правило, однозначно помогающее и детям, и их родителям пережить непростое время. Будьте рядом!

Литература

1. Токарева А.А., Гладышева В.А., Воронина М.А. Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у детей, пострадавших от преступных посягательств // Научный форум: Педагогика и психология: сб. ст. по материалам XXII междунар. науч.-практ. конф. – № 9(22). – М., Изд. «МЦНО», 2018. – С. 32-37.
2. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
3. Есина О.Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: дис. канд. мед. наук. Санкт-Петерб. научно-исслед. психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2017. – 230 с.
4. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. Редактор: Чакиев А.М. к.м.н. – Бишкек, Кыргызстан. 2013. – 366 с.
5. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
6. Брызгунов, И. П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков [Текст] / И. П. Брызгунов, А. Н. Михайлов, Е. В. Столярова. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – 144 с.
7. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса [Текст] / Л. А. Китаев-Смык. – М.: ООО «Академический Проект», 2009. – 941 с.
8. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
9. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

Программа тренинга стабилизации эмоционального состояния подростков

Е.Г. Максименко

Цель программы: оказание психологической поддержки детям подросткового возраста, их родителям (опекунам, воспитателям, педагогам). Программа направлена на:

- 1) снижение эмоционального напряжения, уровня тревожности, агрессии;
- 2) повышение активности и спонтанности поведения в ситуациях игры, общения и деятельности, мотивация сотрудничества и чувства общности;
- 3) стабилизацию чувства безопасности (защита от возможного последующего ущерба);
- 4) формирование и развитие адаптационных ресурсов и навыков саморегуляции.

Задачи программы:

1. Анализ эмоционального состояния подростков посредством наблюдения и проективных методов (с помощью психорисунков).
2. Определение ресурсных возможностей подростков и их окружения.
3. Проведение психологических занятий, способствующих:
 - развитию понимания и вербализации своего эмоционального состояния, снижению эмоционального напряжения и развитию позитивного настроения;
 - снижению мышечного напряжения, развитию мелкой моторики, координации телесных движений в пространстве;
 - восстановлению социально-коммуникативных навыков подростков, развитию групповой сплоченности, улучшению социальной адаптации детей;
4. Консультирование родителей (опекунов, воспитателей, педагогов) по вопросам стабилизации эмоционального состояния, восстановления ресурсов адаптивности и саморегуляции.

Методы и техники, используемые в программе:

- Телесно-ориентированные методы (невербальные телесные упражнения, психогимнастика, нейропсихологическая зарядка);
- Психологические игры и упражнения (контактные, развлекающие), ориентированные на групповую сплоченность и направленные на создание доброй и безопасной обстановки;
- Психокоррекционные упражнения, направленные на стабилизацию эмоциональной сферы (арт-методы, сказка-терапия), включающие

элементы обучения безопасной жизнедеятельности и саморегуляции поведения;

- Релаксация, техники аутотренинга.

Программа рассчитана на 16 занятий, средняя длительность каждого 1 – 2 академических часа (45-90 мин.).

Этапы работы:

1. Установление контакта, формирование благоприятного психологического климата, доверительной атмосферы и сплоченности в группе (4 визита).

2. Проведение психокоррекционных занятий с детьми и социально-психологическая поддержка родителей (опекунов, воспитателей, педагогов) посредством психологического просвещения и консультирования в соответствии с целью и задачами работы (10 визитов).

3. Завершение работы, подведение итогов и создание настроения на дальнейшую самостоятельную работу (2 визита).

Правила проведения занятий:

- ✓ безусловное принятие ребенка таким, какой он есть;
- ✓ нельзя не торопить, не замедлять игровой процесс;
- ✓ учитывается принцип поэтапного погружения и выхода из стрессовой ситуации;
- ✓ начало и конец занятий должны быть ритуальными, чтобы сохранить у ребенка ощущение целостности и завершенности занятия;
- ✓ игра не комментируется и не оценивается взрослым;
- ✓ в любой игре, упражнении подростку предлагается возможность импровизации.

Структура занятия:

1. Ритуал приветствия – 2-4 минуты.
2. Разминка – 10-25 минут.
3. Коррекционно-развивающий этап – 25-45 минут
4. Релаксация – 5-10 минут
5. Подведение итогов – 1-2 минуты.
6. Ритуал прощания – 2-4 минуты.

ЗАНЯТИЕ 1

«Зачем мы здесь собрались?»

Тема занятия: «Представление участников».

Цель: знакомство участников друг с другом, формирование интереса и мотивации к посещению дальнейших занятий.

Оборудование: Лист ватмана А1, цветные карандаши, фломастеры.

Ход занятия:

Вводная беседа. Участники становятся (салятся) в круг. Ведущий-психолог здоровается со всеми, представляется (можно кратко рассказать о том, кто такие психологи и чем они занимаются). Знакомит ребят с задачами психологических занятий. Объяснения цели и задач тренинга должно быть кратким и ненавязчивым, понятным для подростков, без использования сложной терминологии. Например, «Я очень рад(а) знакомству с вами. Чем мы будем заниматься? Играми и упражнениями, которые с одной стороны принесут удовольствие от общения, а с другой мы получим возможность лучше узнать себя и других, чему-нибудь научиться. Например, мы научимся лучше понимать самих себя: свои чувства, переживания, желания. Мы будем учиться выражать свои чувства и желания так, чтобы другие люди лучше понимали нас. Научимся дружить, общаться, узнаем, что сближает, а что разъединяет людей, как регулировать конфликты. Мы познакомимся с самым главным человеком для каждого из нас – с самим собой, научимся уважать свои достоинства и любить недостатки. Наконец, мы просто хорошо и весело проведем время». Если у участников возникают вопросы, нужно постараться кратко, но доходчиво ответить на них. Затягивать вводную беседу не следует.

Разминка

Активные контактные игры:

Упражнения в кругу. Каждый участник по очереди (по желанию), приглашается в центр круга и представляет себя. Инструкция:

1. Выйти в центр круга, назвать свое имя и показать себя в виде какого-либо животного. Все участники должны повторить хором имя и движение.

2. Рассчитаться на апельсины и бананы. Построиться в два круга (внутренний и внешний). Участники становятся напротив друг друга.

2.1 Назвать свое имя одновременно с партнером. Круги перемещаются: каждый участник делает шаг вправо навстречу следующему участнику (один полный круг).

2.2 Назвать свое имя и поздороваться рукопожатием (второй полный круг).

2.3 Назвать имя своего партнера и обняться (третий круг, завершающий).

Психологический смысл упражнения. Самопрезентация, создание позитивной психологической атмосферы, формирование чувства общности.

3. Упражнения в парах. «Зеркало» (ладошки к ладошке, глаза в глаза). Один участник медленно показывает различные движения руками, другой

должен повторить, глядя в глаза и наблюдая за движением периферийным зрением. При этом вначале нужно выполнять заметные крупные движения (кивать головой, поднимать руки и т.д.), а затем – более мелкие (шевелить пальцами, изменять мимику). Затем участники меняются ролями. Вариация упражнения: участники показывают, как они утром просыпаются, приводят себя в порядок (застылают постель, умываются, одеваются, расчесываются и т.п.), а их напарники симметрично повторяют за ними предлагаемые варианты движений. *Психологический смысл упражнения.* Упражнение входит в группу антистрессовых технологий: снимает психическое напряжение, стабилизирует эмоциональное состояние, а также развивает способность чувствовать партнера.

4. «Лимонный сок». Все участники создают плотное кольцо, в центре которого остается один человек. Образующие круг участники «угрожают» за всякие «прегрешения» сделать сок из одного играющего, стоящего в центре и отталкивающего руками все более плотно сжимающееся кольцо участников игры. После сжимания, кольцо разжимается, освободив участника, а на его место становится следующий желающий. *Психологический смысл упражнения.* Нейтрализация избытка родительских угроз, морального и физического прессинга в семье и вне ее.

5. «Проникновение в круг», упражнение обратное предыдущему. Один участник остается за пределами круга-кольца и должен попытаться попасть внутрь. Участники в кругу могут пускать или не пускать его в круг, в зависимости от его поведения или собственного желания. Круг не стоит, а движется, давая возможность участнику, который находится вне круга, выбрать лучший момент для того, чтобы попасть в круг, в то время как участники в кругу могут присесть в любой момент и прижать «нарушителя», мешая ему проникнуть в круг. *Психологический смысл упражнения.* Нейтрализация избытка непредсказуемой словесной и физической агрессии в семье. Устранение чрезмерно строгой дисциплины.

Встать в общий круг, обняться и каждому сказать о своем ощущении.

Упражнение 2. ПРАВИЛА РАБОТЫ ГРУППЫ

Упражнение направлено на выделение самими участниками правил работы в группе, однако инициатива предложения должна оставаться за ведущим. На ватмане рисуем большой цветок ромашку, в каждом лепестке которого прописываем правила.

Основные рекомендуемые правила в группе подростков:

- ❖ проявлять уважение, слушать друг друга внимательно, не перебивая;
- ❖ не оценивать, не критиковать;
- ❖ не обсуждать то, что происходит на занятиях, за пределами группы;
- ❖ проявлять доверие;
- ❖ быть искренним;
- ❖ равенство в отношениях;
- ❖ «Я-высказывание», говорить только от своего лица;

❖ работать активно, участвовать в предлагаемых упражнениях.

«Правила» группы скрепляются подписью каждого участника. Предлагается написать свое имя на общем ватмане ярким фломастером (или поставить подпись в виде рисунка, образа). Можно предложить разрисовать, разукрасить свое имя так, чтобы получилось красиво и ярко.

Упражнение 3. «Взаимное представление»

Участникам предлагается разбиться на пары с теми ребятами, с которыми они меньше всего знакомы. Участники в парах поочередно рассказывают партнеру о себе. План рассказа может предложить ведущий. Время выполнения задания 6-10 мин. После этого все возвращаются в круг, где каждый кратко (полминуты-минута) представляет своего партнера на основании прослушанного рассказа: один партнер сидит на стуле, другой становится сзади, кладет руки на плечи сидящему и представляет себя от имени сидящего (или становится рядом с партнером). Всем остальным участникам разрешается задавать вопросы, имеющие психологический смысл, например, какие увлечения, хобби для тебя интересны? Какие качества ценишь в людях? Чем занимаешься в свободное время? Какая твоя любимая книга (кинофильм, домашнее животное)? Твое главное достоинство? Важное условие, тот участник, именем которого представляются, должен молчать и не подсказывать своему партнеру. Затем члены группы делятся впечатлением, что нового они узнали о себе, о других, когда они чувствовали себя комфортнее – в роли представляемого или, когда сами представляли группе товарища. На самопрезентацию одного человека, включая вопросы группы отводится 3 минуты. *Психологический смысл упражнения.* Опосредованная самопрезентация, безопасная для «Я» личности, упражнение способствует улучшению взаимопонимания, проявлению эмпатии.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Прощание, как и приветствие, должны быть традиционными ритуальными элементами занятия. Участники становятся в круг, ведущий спрашивает о самочувствии, настроении, что понравилось на занятии. Участники обнимаются с пожеланиями запомнить тепло друг друга в ожидании новой встречи. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 2

«Мы вместе, мы друзья»

Тема занятия: Формирование команды.

Цель: создание дружеской доверительной атмосферы, повышение заинтересованности подростков в посещении занятий, сплочение группы, формирование чувства общности.

Оборудование: Листы А4, цветные и простые карандаши.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Ритуал приветствия в кругу с пожеланием интересной и насыщенной работы в группе. Взялись за руки и подняли сцепленные руки вверх. Можно инициировать возглас хором «Привет» или «Эх», «Ура», «Вперед» и т.п.

Активные контактные игры:

1. Упражнение «Здравствуй» Время – 2 мин. Участники стоят в кругу. Задание: разойтись и двигаясь в свободном порядке, поздороваться как с хорошим знакомым, которого давно не видели; с соседом; с любимым учителем; с директором школы; с лучшим другом, после разлуки. Стараться здороваться с каждым участником. *Психологический смысл упражнения.* Нейтрализация комплексов, связанных с установлением контакта.

2. Упражнение «Карандаши». Суть упражнения состоит в удержании карандашей зажатými между пальцами стоящих рядом участников. Сначала участники выполняют подготовительное задание: разбившись на пары, располагаются друг напротив друга на расстоянии полусогнутых рук и пытаются удержать два карандаша, прижав их концы указательными пальцами. Дается задание: не выпуская карандаши, двигать руками верх-вниз, вперед-назад. После выполнения подготовительного задания группа встает в свободный круг, карандаши зажимаются подушечками указательных пальцев соседей. Группа, не отпуская карандашей, синхронно выполняет задания: поднять руки, опустить их; вытянуть вперед, отвести назад; сделать шаг вперед, два шага назад; присесть, встать. *Психологический смысл упражнения.* Развитие координации совместных действий на основе невербального восприятия друг друга, обучение строить свои движения с учетом движения партнера.

3. Упражнение «Змея ловит свой хвост». Группа встает в колонну, каждый участник держит за пояс стоящего впереди. Начало колонны – это «голова», а конец – «хвост» змеи. «Голова» пытается ухватить «хвост», а тот естественно, пытается увернуться. При выполнении этого упражнения двигается вся колонна, но руки участники не размыкают. При разрыве колонны, меняется порядок построения участников. Если «голова» поймала «хвост», то «головой» становится следующий участник колонны, а «голова» – «хвостом». *Психологический смысл упражнения.* Активизация участников, развитие умения координировать совместные действия.

4. Упражнение «Газета». Для проведения игры требуется одна газета на четверых участников. Все участники становятся в круг. Газеты кладутся на пол, на равном расстоянии друг от друга (по периметру круга). Участники начинают движение по кругу (можно использовать танцевальные движения и др.). По знаку ведущего все участники должны быстро занять место на газете, которая ближе. Обязательное правило – на одной газете не более четырех участников. Затем газету складывают пополам, движение по кругу возобновляется. Участники снова по знаку ведущего должны стать на нее. Газету складывают до тех пор, пока кто-то из участников не сможет встать на газету. В процессе игры участники должны понять, что для победы им нужно обняться – тогда расстояние между ними максимально сократится. Игра будет проходить интереснее, если дети

будут действовать по команде. Другими словами, на газету они должны стать после определенного сигнала, а между ними они могут свободно двигаться по комнате. После того как дети станут на газету, взрослый должен зафиксировать их расположение, дать детям возможность почувствовать поддержку соседа. *Психологический смысл упражнения.* Упражнение имеет спланивающий эффект, опосредованно оказывает влияние на развитие чувства безопасности и способности к эмпатии.

Упражнение 2. «ПОСТРОИМСЯ»

Участникам предлагается хаотично перемещаться по помещению. По команде ведущего нужно встать в колонну поочередно по каждому из следующих признаков: 1) По росту. «Надо расположиться так, чтобы здесь, около меня стоял самый высокий из нас, а на противоположном конце шеренги — тот, у кого самый небольшой среди нас рост. Начали». После того как группа выполнила задание, тренер проходит вдоль шеренги и проверяет точность его выполнения. 2) По цвету волос. «Задание второе: около меня должен стоять человек с самыми темными волосами, на противоположном конце шеренги – с самыми светлыми волосами». 3) По месяцу (дате, если в одном месяце) рождения «Задание третье: в начале – все, кто родился в январе, в конце – кто в декабре и т.п. *Психологический смысл занятия.* Тренировка внимательности, развитие экспрессии и навыков невербального общения.

Упражнение 3. «ВАШ ВЫХОД»

Упражнение «Ваш выход». Общее время – 20 мин. Команда делится на две подгруппы с равным количеством участников (на апельсины и бананы). Задание подгруппам дается каждой отдельно: необходимо придумать артистичное приветствие друг другу. Одна подгруппа выходит из аудитории и готовит эффектный «выход на сцену». Вторая подгруппа готовит приветствие, овации, встречу. Обе подгруппы должны побывать в роли «долгожданных артистов». Обсуждение. *Психологический смысл занятия.* Сплочение команды, создание ситуации радости встречи, развитие творческих способностей.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Все участники становятся в круг. Обнимаются. Предлагается поделиться своими чувствами, настроением. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 3

«Мы вместе, мы – друзья» (продолжение)

Тема занятия: «Наши сходства и различия».

Цель: формирование интереса к занятиям и сплочение группы.

Оборудование: распечатанные бланки с геометрическими фигурами (на каждого участника по 1), лист ватмана А1, карандаши, краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

1. Упражнение «Построение круга». Участники закрывают глаза и начинают хаотично перемещаться по помещению, издавая при этом гудение, как потревоженные пчелы. По условному сигналу ведущего (хлопок, свист и т.п.) все останавливаются в тех положениях, где их застал сигнал, после чего пытаются встать в круг, не открывая глаз и не переговариваясь, можно только трогать друг друга руками. Когда все занимают свои места и останавливаются, ведущий подает повторный сигнал, по которому участники открывают глаза. Фиксируется форма получившейся фигуры и время построения. Для последующего обсуждения целесообразно нарисовать на бумаге фигуру, которая получилась при построении команды. *Психологический смысл упражнения.* Развитие навыков координации совместных действий, сплочение группы, навыков невербального общения и саморегуляции.

2. Упражнение в кругу. Сказать и показать доброе утро (здравствуйте), как просыпался сегодня утром.

Активные психологические игры (см. занятие 1-2).

Можно добавить упражнение «Слепой и поводырь». Один участник закрывает глаза и кладет руку на плечо партнеру. Это упражнение выполняется молча, без слов. Инструкция: «Когда ты поводырь, ты должен провести «слепого» по помещению так, чтобы он чувствовал себя спокойно и уверенно». «Поводырь» начинает вести «слепого» так, чтобы не столкнуться с другими парами участников. После выполнения упражнения участники меняются ролями. *Психологический смысл упражнения.* Развитие чувства доверия, безопасности. Способствует сплочению группы, развитию навыков координации совместных действий. Обсуждение. «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 2. «ПСИХОГЕОМЕТРИЧЕСКИЙ ТЕСТ»

Подросткам предлагается свободно перемещаться в пространстве. Ведущий, сам передвигаясь вместе с ними, рассказывает, что разным людям удобно ходить по различным траекториям: кому-то по кругу, кому-то с резкими поворотами (описывая квадрат, треугольник или прямоугольник), а кому-то по незамкнутой траектории – зигзагом. По ходу рассказа ведущий показывает эти способы передвижения. Потом участникам дается несколько минут, для того чтобы опробовать все эти траектории и выбрать наиболее удобную для себя. Разговаривать по ходу упражнения не следует. Далее участникам демонстрируются пять геометрических фигур (см. Приложение Д.1) и дается инструкция: «Посмотрите на пять фигур. Выберите из них ту, в отношении которой вы можете сказать: «Это – Я!». Не надо долго размышлять. Постарайтесь почувствовать свою форму. Можно выбрать ту, которая первой привлекла внимание, когда вы посмотрели на страницу. Запишите ее название

под номером 1. Из оставшихся выберите самую близкую вам и запишите ее название под №2. И так пронумеруйте все пять фигур. Пожалуйста, постарайтесь обойтись без долгих раздумий. Далее ведущий, руководствуясь таблицей Д.1, рассказывает о психологических характеристиках людей, предпочитающих различные геометрические фигуры. Участникам объясняется, что к ним в наибольшей степени применимы характеристики фигур, выбранных под номерами 1 и 2. Что касается фигуры, оказавшейся на последнем месте, – это те психологические свойства, которые менее всего характерны для данного человека».

Следует обратить внимание подростков на тот факт, что в колонках «положительные свойства» и «отрицательные свойства» речь идет практически об очень сходных психологических характеристиках, просто выраженных разными словами (твердый в решениях – упрямый, щедрый – расточительный и т.д.). Действительно, по сути эти психологические характеристики очень близки, а вот проявятся ли они как положительные или как отрицательные – зависит от формы и условий их проявления. А еще от отношения к ним окружающих и самого человека. При обсуждении обратить внимание на то, что каждое свойства характера может выступать как положительное, и как отрицательное, зависит от того, как сам человек им распорядится. Например, подростков можно попросить попробовать «переклеить ярлыки» (негативное свойство назвать так, чтобы оно предстало позитивным), связанные с такими качествами: послушный, прилежный, скупой, решительные, бесстрашный и т.д.

Таблица Д.1

Описание психологических свойств к психогеомертрическому тесту

Фигура	Психологические свойства	
	Положительные	Отрицательные
Квадрат	Организованный Внимательный к деталям Трудолюбивый Рациональный Благоразумный Эрудированный Упорный, настойчивый Твердый в решениях Терпеливый Бережливый	Педант, дотошный, мелочный «Из-за деревьев не видит леса» Трудоголик Холодный, отчужденный Излишне осторожный Не очень богатая фантазия Упрямый Консервативный Выжидающий, затягивающий решения Скупой
Треугольник	Лидер, ведущий за собой Принимающий ответственность на себя Решительный Сконцентрированный на цели Ориентированный на суть дела Конкурентный, нацеленный на победу	Эгоцентричный, эгоистичный Категоричный, не терпящий возражения Нетерпеливый, прерывает других Коварный, хитрый Самонадеянный Ориентированный на статус, карьеру

Продолжение табл. Г.1

	Честлюбивый Энергичный	Неудержимый
Прямоугольник	Возбужденный, активный Ищущий Любознательный Легко усваивающий новое Чувствительный Без лишних амбиций Смелый	Напряженный в состоянии замешательства Непоследовательный, непостоянный Легковерный, внушаемый Наивный Эмоционально неустойчивый С низкой самооценкой Безрассудный
Круг	Дружелюбный, доброжелательный Добродушный Заботливый, поддерживающий, преданный Сочувствующий Великодушный Щедрый Способен убеждать других Доверчивый Спокойный Рефлексивный (способный к самоосознанию) Бесконфликтный	Нетребовательный Беспечный Навязчивый Болтливый, любит посплетничать Склонный к самообвинениям Расточительный Играет на чувствах других Легковерный Ленивый Не очень стремится к достижениям Нерешительный
Зигзаг	Творческий подход к жизни Теоретическая установка Мечтательность, направленность в будущее Интуитивность Остроумие Экспрессивность Прямота Стремление к новизне Восторженность, воодушевленность	Неорганизованность Непрактичность Нереалистичность Нелогичность, непоследовательность Эксцентричность Несдержанность, непосредственность Непостоянство настроения, поведения и отношений Наивность

Психологический смысл упражнения. Развитие мотивации к психологическим занятиям и к самоисследованию, стабилизация самооценки посредством обучения самопринятию отрицательных качеств.

Упражнение 3. УПРАЖНЕНИЕ «СПОНТАННОЕ РИСОВАНИЕ»

Описание упражнения. Подросткам предлагается разрисовать красками ватман так как хочется. Придумать рисунку название. Главное условие – в рисовании должен участвовать каждый.

Психологический смысл упражнения. Отражение чувств на бумаге. Спонтанное рисование снижает уровень депрессивных тенденций, снимает

психологическое напряжение. Задача взрослого – дать подросткам полную свободу, разрешить действовать по полю листа так, как им хочется.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Все встали в круг и обнялись, создав цепь. Немного постояли. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 4

«Мы вместе, мы – друзья» (продолжение)

Тема занятия: Сплочение и доверие.

Цель: продолжение работы по групповому сплочению, формирование доверительной обстановки.

Оборудование: листы газеты, белая бумага формата А4, цветные карандаши, акварельные краски, кисти, стаканчики для воды, пластилин.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие (см. занятие 2).

Невербальное упражнение «Показать, как проснулся утром». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением как он просыпался, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятие 1-3).

Упражнение «На льдине». Участники делятся на команды по 5-7 человек (в командах должно быть равное количество человек, равномерно распределились по полу, возрасту). Каждой из команд выдается большой газетный лист, который они расстилают на полу. Инструкция: «Представьте себе, что вы оказались на отколовшейся льдине, дрейфующей посреди бушующего моря. Льдина – это ваша газета. Вам всем нужно разместиться на ней и продержаться несколько минут, чтобы дождаться спасателей. Касаться пола за пределами газеты нельзя – кто сделает это, тот считается «утонувшим». Когда участники разместятся на своих «льдинах» и продержаться в таком положении 15-20 сек., ведущий сообщает, что шторм отломил по кусочку от каждой из льдин, и отрывает по небольшой части от каждой из газет, предлагая участникам разместиться на том, что осталось. Так повторяется 2-3 раза. Если в команде «тонет» один человек, она получает предупреждение, если два и больше – выбывает из игры («ваша льдина перевернулась»). Победившей считается та команда, которая продержится дольше других. *Психологический смысл упражнения.* Сплочение группы посредством телесного контакта участников в ситуации риска, способствует формированию взаимного доверия.

Упражнение «Скалолаз». Участники встают в плотную шеренгу, создавая «скалу», на которой торчат выступы, образованные из выставленных рук и ног участников, наклоненных вперед тел. Задача водящего – пройти вдоль этой «скалы», не упав в «пропасть», т.е., не поставив свою ногу за пределы линии, образованной ступнями остальных участников (линию можно дополнительно

провести мелом). Проведение упражнения целесообразно организовать в форме цепочки – участники с одного конца «скалы» поочередно пробираются к другому, где вновь «встраиваются» в нее. *Психологический смысл упражнения.* Развитие навыков телесного контакта, пластики движений, невербальной коммуникации и координации совместных действий.

Упражнение 2. МЕТАФОРА

Психологический смысл упражнения. Развитие рефлексии, понимания причинно-следственных связей в поступках человека. «Эта история произошла давным-давно в старинном городе, в котором жил великий мудрец. Слава о его мудрости разнеслась далеко вокруг. Но был человек, завидующий его славе. И вот решил он придумать такой вопрос, чтобы мудрец не смог на него ответить. Он пошел на луг, поймал бабочку, посадил ее между сомкнутых ладоней и подумал: «Спрошу-ка я у мудреца: скажи, мудрейший, какая бабочка у меня в руках – живая или мертвая? Если он скажет – живая, я сомкну ладони, и бабочка умрет, а если он скажет мертвая, я раскрою ладони, и бабочка улетит. Вот тогда все поймут, кто из нас умнее». Так все и случилось. Завистник поймал бабочку, посадил ее между ладонями и отправился к мудрецу. И спросил у него: «Какая бабочка у меня в руках, о мудрейший, – живая или мертвая?» и тогда мудрец, который действительно был очень умным человеком, сказал: «Все в твоих руках...». В обсуждении, каждый из участников должен рассказать о тех чувствах, мыслях, которые возникли благодаря метафоре.

После обсуждения, участникам предлагается нарисовать (или вылепить) образы, которые возникли под впечатлением услышанной притчи. Обсуждение.

Упражнение 3. РЕЛАКСАЦИЯ

Упражнение «Колокол». Все участники (не менее 8 человек) становятся в плотный круг. Один из членов группы приглашается в центр. Задание: «Мы – колокол, в центре язык колокола. Мы должны его раскачать так, чтобы он чувствовал свой купол, как надежную опору». Задача водящего расслабиться и свободно падать вперед или назад на руки участников, создавших круг. Их задача – мягко ловить водящего на руки и легко отталкивать от себя, так, чтобы он начал падать в другую сторону. Таким образом, водящий свободно и расслаблено раскачивается внутри «колокола». Желательно, чтобы водящим побывал каждый участник. Время – 20 сек. на каждого участника. *Психологический смысл упражнения.* Упражнение стимулирует развитие чувства доверия, общности, способствует расслаблению, снятию напряжения.

Упражнение «На руках». Доброволец ложится спиной на стол, вокруг него становятся 9-10 человек, которые подкладывают под его тело ладони. По команде ведущего они поднимают руки до уровня плеч, и доброволец оказывается в воздухе, лежа на руках товарищей. Подержав немного в воздухе, его возвращают на место. *Психологический смысл упражнения.* Развитие чувства доверия, общности.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Участники становятся в круг, делятся впечатлениями. Обнимаются и желают друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 5

«Мы вместе, мы – друзья» (завершение)

Тема занятия: Сплочение и доверие.

Цель: продолжение работы по групповому сплочению, формирование доверительной обстановки.

Оборудование: белая бумага формата А4, цветные карандаши, акварельные краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие (см. занятие 2). Упражнение «Привет себе». Участники встают в круг. Водящий шепотом передает соседу справа тот привет, который бы он хотел услышать сам (Например, «я рад тебя увидеть», «я соскучилась», «ты здорово выглядишь сегодня», «как дела?» и т.п.). Сосед шепотом передает это сообщение другому участнику, тот – третьему и т.д., пока оно не вернется к отправителю. При этом следующий участник отправляет свое сообщение следом, не дожидаясь, пока первое сообщение пройдет весь круг. *Психологический смысл упражнения.* Эффект испорченного телефона, при котором участники осознают искажение информации при ее передаче от человека к человеку. Упражнение может быть началом беседы на тему эффективности общения. При обсуждении можно задавать следующие вопросы: что чувствовали участники, когда получали собственные послания

Активные контактные игры (см. занятие 1-3).

Упражнение «Спонтанная ходьба». Участники группы приглашаются для спонтанной произвольной ходьбы по площадке. Инструкция: «Давайте немного просто походим по нашей площадке. Почувствуем друг друга. Можно смотреть друг на друга, но не надо разговаривать. Ходим молча. Теперь наша скорость немного увеличивается. Мы стали перемещаться быстрее. Старайтесь успевать ощущать своих товарищей. Еще быстрее. Мы переходим на быструю ходьбу. Мы почти бежим. Стоп. Остановились. Закрыли глаза. Почувствовали себя, свое расположение в пространстве. Почувствовали себя рядом с своими товарищами». *Психологический смысл упражнения.* Развитие спонтанного поведения, умения координировать свои движения сообразно окружающим, чувствование себя в обществе.

Упражнение «Совместный счет». Желательно произвольное расположение участников группы (целесообразно проводить сразу после окончания предыдущего упражнения, не меняя позиции). Группе дается задание сосчитать до 10 при условии коллективного счета: кто-то говорит «один», кто-то другой – «два» и т.д., договариваться же о порядке счета нельзя. Если очередное число

произносят одновременно два человека, счет начинается сначала. В простейшем варианте упражнение выполняется с открытыми глазами, в более сложном – с закрытыми (открывать их разрешается только между попытками). Разговаривать по ходу выполнения упражнения запрещено. Ведущий фиксирует, до скольки удалось довести счет в каждой из попыток. *Психологический смысл упражнения.* Развитие умений координировать совместные действия. При обсуждении уместно задавать вопросы о том, почему такое, на первый взгляд, легкое задание, не очень-то легко выполнить? Что надо сделать, чтобы с ним справиться?

Упражнение «Копирование движений». Участники встают в круг. Выбирается водящий, который временно выходит за дверь (или отходит в сторону и отворачивается). Без него группа определяет участника, чьи движения будут копироваться. Тот начинает делать какое-то несложное упражнение (наклоны, движения руками или ногами и т.п.), группа копирует это движение. Водящий возвращается и внимательно наблюдает за действиями группы. Каждые 10-15 секунд участник, упражнение которого копируется меняет выполняемое движение, и вслед за ним новое движение начинают воспроизводить остальные участники. Задача водящего – понять, за кем группа повторяет упражнения. *Психологический смысл упражнения.* Развитие наблюдательности, групповой сплоченности.

Упражнение 2. «ВАВИЛОНСКАЯ БАШНЯ».

Упражнение выполняется в подгруппах по 4-6 человек. Каждой из подгрупп выдается примерно по 100 листов бумаги А4 и дается задание: построить из этих листов максимально высокую башню, не используя каких-либо скрепляющих материалов. Для выполнения этого упражнения обычно достаточно 10-15 минут, хотя, если работа идет очень активно и запас бумаги не закончился, время целесообразно увеличить. Можно организовать соревнование между подгруппами (самая эстетично построенная, самая высокая башня). *Психологический смысл упражнения.* Упражнение развивает сотворчество и сотрудничество в команде, позволяет развивать способности выдвигать и отстаивать свои идеи.

Упражнение 3. «ДОСТРАИВАНИЕ КОМПОЗИЦИИ»

Каждый участник получает лист белой бумаги. Дается задание: задумать какую-либо цельную композицию для изображения на этом листе, но изобразить только одну из ее характерных деталей. После этого листок передается соседу, тот дорисовывает еще какую-нибудь деталь и т.д. Таким образом рисунки идут по кругу, обрастая разными деталями. Передача листов соседям осуществляется одновременно, по команде ведущего. У каждого участника рисунок находится 15 – 20 секунд. Переговариваться в процессе выполнения упражнения нельзя.

Когда рисунки проходят полный круг, каждый получает в свои руки тот листок, на котором изобразил первую деталь задуманной композиции, и может сравнить свой замысел с тем, что получилось в итоге. *Психологический смысл упражнения.* Наглядно демонстрируется то, что партнеры по общению могут

понять только те наши замыслы, которые проявились в нашей деятельности, а не то, что существует в нашем воображении.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Участники становятся в круг, делятся впечатлениями. Обнимаются и желают друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 6

«Эмоции и чувства»

Тема занятия: Саморегуляция эмоционального состояния.

Цель: понимание эмоций и чувств, совершенствование умений конструктивно выражать их.

Оборудование: белая бумага формата А4, акварельные краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать, как проснулся утром». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением как он просыпался, все остальные повторяют это движение.

Участникам предлагается закрыть глаза и хаотично перемещаться в пространстве, стараясь не сталкиваться друг с другом. Затем они должны продолжать двигаться с уже открытыми глазами, но, не устанавливая друг с другом зрительного контакта. И, наконец, все еще продолжая двигаться, они должны приветствовать рукопожатием всех встречающихся членов группы и представляться им. *Психологический смысл упражнения.* Разогревающее упражнение, которое способствует активизации группы, увеличивает степень ее сплоченности, развивает интуитивное чувствование друг друга.

Активные контактные игры (см. занятия 1-5).

Упражнение «Скульптор и глина». Участники разбиваются на пары. В каждой паре один человек играет роль «скульптора», а второй – «глины». Задача «скульптора» - вылепить из «глины» скульптуру, выражающую какое-либо эмоциональное состояние. Делается это путем непосредственных физических воздействий на «глину», без использования слов. Задача «глины» - быть пластичной, податливой, максимально полно воплотить замысел «скульптора». Все пары работают одновременно. После завершения работы получившиеся скульптуры представляются группе, участники которой должны угадать «вылепленную» эмоцию или чувство. После высказывания всех гипотез, «скульпторы» делятся своим первоначальным замыслом. *Психологический смысл упражнения.* Развитие экспрессивности, умения выражать свои эмоции и чувства, способности к эмпатии.

Упражнение 2. «ДОВОЛЬНЫЙ-СЕРДИТЫЙ».

Инструкция (обращаемся ко всей группе как к одному участнику): «Закрой глаза и задумайся о том, что ты делаешь, когда чувствуешь себя довольным, и что делаешь, когда сердишься. Сначала представь себе, что ты доволен. Что ты тогда делаешь? Где ты находишься, и кто рядом с тобой? Как ты ощущаешь себя довольным? Где в своем теле ты ощущаешь себя довольным. Давай начнем ходить по комнате с этим настроением. Дыши ровно как довольный человек, издавай звуки или различные шумы, соответствующие этому чувству. Пожалуйста, выражай свое чувство, не обращая внимание на других детей (можно использовать аллереорию довольного кота). Теперь представь, что ты рассержен. Что ты делаешь? Где ты? Кто находится рядом с тобой? Где в своем теле ты ощущаешь сердитость? Начни ходить по комнате, выражая это чувство всеми возможными способами. Дыши гневно или довольно, двигайся в соответствии с этим настроением, издавай различные шумы и звуки, соответствующие этому чувству. Пожалуйста, выражай свое чувство, не обращая внимание на других детей (аллереория злого тигра).

Теперь замри в тишине. Сейчас ты можешь медленно превратиться в противоположное состояние. Стань теперь довольным (котиком). Веди себя так как подобает этому чувству. Дыши и издавай соответствующие звуки... Теперь вновь замри в тишине и постарайся вернуться к гневному чувству (тигр). Обрати внимание на то, что изменяется в твоём теле при этом, как меняется дыхание, что происходит с глазами, как меняются звуки, которые ты издаешь...

Снова остановись и замри. Теперь веди себя так, как тебе хочется.

А сейчас нарисуй свои настроения, как ты их чувствовал. Настроение – Я-довольный и Я-гневный». Используются акварельные краски. *Психологический смысл упражнения.* Развитие экспрессивности, умения выражать свои эмоции и чувства, способности к эмпатии.

Упражнение 3. «РЕЛАКСАЦИЯ»

Упражнение «Колокол». Все участники (не менее 8 человек) становятся в плотный круг. Один из членов группы приглашается в центр. Задание: «Мы – колокол, в центре язык колокола. Мы должны его раскачать так, чтобы он чувствовал свой купол, как надёжную опору». Задача водящего расслабиться и свободно падать вперед или назад на руки участников, создавших круг. Их задача – мягко ловить водящего на руки и легко отталкивать от себя, так, чтобы он начал падать в другую сторону. Таким образом, водящий свободно и расслаблено раскачивается внутри «колокола». Желательно, чтобы водящим побывал каждый участник. Время – 20 сек. на каждого участника. *Психологический смысл упражнения.* Упражнение стимулирует развитие чувства доверия, общности, способствует расслаблению, снятию напряжения.

Упражнение «На руках». Доброволец ложится спиной на стол, вокруг него становятся 9-10 человек, которые подкладывают под его тело ладони. По команде ведущего они поднимают руки до уровня плеч, и доброволец оказывает в воздухе, лежа на руках товарищей. Подержав немного в воздухе, его

возвращают на место. *Психологический смысл упражнения.* Способствует развитию эмпатии, чувства доверия, поддержки, безопасности в социуме.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Участники становятся в круг, делятся впечатлениями. Обнимаются и желают друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 7

«Эмоции и чувства» (продолжение)

Тема занятия: Саморегуляция эмоционального состояния.

Цель: Понимание эмоций и чувств, совершенствование умений конструктивно выражать их.

Оборудование: Соленое тесто или пластилин, ватман формата А1, гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать свое настроение». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением свое настроение, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятия 1-6).

Упражнение «Испорченный телевизор». Участники сидят или стоят в кругу. Доброволец, желающий начать игру, изображает на лице какое-либо необычное выражение и показывает его только своему ближайшему соседу, прикрывшись от остальных участников. Сосед передает увиденное выражение дальше. Участник, находящийся непосредственно перед начавшим игру, показывает то, что до него дошло, уже всему кругу. После этого начавший игру демонстрирует всему кругу то выражение лица, с которого игра началась. При проведении упражнения важно организовать участников так, чтобы они не могли видеть выражение лица, например, тот, который показывает выражение лица, поворачивается спиной к кругу, а участник, к которому он обращается на это время выходит из круга, становясь лицом к водящему. *Психологический смысл упражнения.* Развитие невербальной экспрессии, умений передавать мимикой свои чувства. Демонстрация искажения информации в процессе общения.

Упражнение «Испорченный телефон». Упражнение напоминает предыдущее, но отличается от него тем, что передается не выражение лица, а голосовое сообщение. Шепотом на ухо ближайшего соседа сообщается какое-либо слово, реплика, поговорка, фрагмент стихотворения и т.п.

Упражнение «Синтез вербального и невербального поведения». Группа становится в круг. Ведущий произносит фразу с характерной интонацией и указывает на одного из участников, который должен повторить интонацию, произнося другую фразу (или повторяют все участники одновременно).

Например, если ведущий крикнул «Ура!», то надо повторить с той же интонацией, например, «Привет!». Ведущим может быть попеременно любой участник группы, фразы можно повторять несколько раз, чтобы испытать несколько участников. Обычно используются фразы: «угу», «ура», «да», «о-хо-хо», «эх, ухнем!», «отставить», «мур...мур», «проказник», нам не о чем сегодня разговаривать» и др. *Психологический смысл упражнения.* Способствует развитию способности адекватно понимать состояния другого человека на основе вербальных и невербальных сигналов.

Упражнение 2. «АКВАРИУМ»

Инструкция: «Сегодня мы будем создавать волшебный мир моря-океана. Вы бывали на море? А кто в нем живет вы знаете? Давайте представим, что каждый из нас – это морской житель. Кем вы себя видите. Давайте вылепим себя как жителя моря-океана» Дети лепят, ведущий помогает найти образ участнику группы, который сам затрудняется, подсказывает, как лучше и точнее вылепить фигурку. Когда фигурки готовы, следует продолжение инструкции: «А теперь давайте создадим для наших жителей удобное жилище в море. Разрисуем его так, как им бы хотелось». Участники осваивают пространство ватмана. Важно помочь подростку почувствовать себя уважаемым значимым «жителем» морского царства. *Психологический смысл упражнения.* Развитие чувства общности и безопасности, проявление своего «Я» в обществе.

Упражнение 3. «ПСИХОГИМНАСТИКА»

Упражнение «Расслабление глаз». «Сейчас я хочу показать вам, как можно расслаблять глаза. Разогрейте руки, потерев одну ладонь о другую. Делайте это до тех пор, пока не почувствуете, что руки стали теплыми. Сложите пальцы обеих рук в два полушария и мягко прикройте ими закрытые глаза. Почувствуйте, как приятны для глаз тепло и темнота. А теперь сделайте глубокий вдох (так, чтобы надулся воздушный шарик-животик) и медленный выдох. Представьте себе, что при вдохе вы стараетесь наполнить не только легкие, но и глаза свежим кислородом, он сделает их более свежими и сильными.

Упражнение «Теплый, как солнце, легкий, как дуновение». Инструкция: «Сядьте или лягте поудобнее и закройте глаза. Три раза глубоко вздохните. Представь себе, что сейчас чудесный день, и над тобой проплывает серое облачко, на которое ты можешь уложить сейчас все свои горести и заботы. Дай всем твоим заботам просто улететь с ним. Представь себе, что небо над тобой ярко-голубое, что легкие лучи солнца согревают тебя. Ты чувствуешь себя надежно защищенным – так мирно и спокойно вокруг. Мягкое дуновение ветерка коснулось твоей головы, и ты чувствуешь себя легко и счастливо, как маленькое легкое перышко. Ты думаешь, что ты сегодня такой же замечательный, как небо, такой же теплый, как солнце, и такой же нежный, как дуновение ветерка.

Представь себе, что при вдохе твое тело наполняется золотым светом – от головы до кончиков пальцев ног... А, когда ты выдыхаешь, представь себе, что все чувства, которые не нужны тебе сейчас, покидают тебя. Ты вдыхаешь золотой свет, а выдыхаешь неприятные чувства.

Ты – как маленькое перышко, которое несет легкий ветер; ты – как луч солнца, падающий на Землю. Дай еще больше расслабиться своему телу, своим плечам и рукам, своим ногам, расслабьте свои стопы и ладони.

Представь себе, что ты – как радуга, которая состоит из множества различных цветов. Нет никого на свете, кто думал и чувствовал бы так же, как ты... Это просто замечательно, что ты можешь быть здесь, среди нас. (15 секунд.).

Не спеша возвращайся назад, сюда, к тем, кто сидит здесь. Ощути свою голову, руки, ноги. Вдохни глубоко и легко. Теперь ты можешь чувствовать себя радугой и радовать цветами себя и других. Медленно открывай глаза, начинай снова двигаться. Когда ты откроешь глаза очень широко, то увидишь вокруг себя другие пестрые радуги».

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 8

«Эмоции и чувства» (продолжение)

Тема занятия: Саморегуляция эмоционального состояния.

Цель: Понимание эмоций и чувств, совершенствование умений конструктивно выражать их.

Оборудование: Распечатка рисунков-пиктограмм из Приложения Д.2, ватман формата А1, карандаши, акварельные или гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Самопрезентация». Инструкция: «Покажите себя любым движением». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением себя, все остальные повторяют это движение и называют водящего по имени.

Активные контактные игры (см. занятия 1-7).

Упражнение «Замороженные». Участники неподвижно сидят в кругу и изображают «замороженных» – людей без эмоций, не реагирующих ни на что происходящее вокруг (при этом закрывать или отводить глаза им нельзя, они должны смотреть вперед). Водящий выходит в центр круга и пытается «разморозить» кого-нибудь из них – своими жестами, мимикой, высказываниями вызвать у него ответную мимику или какое-нибудь движение тела. Ему нельзя делать только две вещи: прикасаться к другим участникам и ругаться нецензурными словами. Кто «разморозился», т.е. допустил выразительную мимику или движение, выходит в центр и присоединяется к водящему, теперь

они пытаются активизировать других участников уже вдвоем. Каждый последующий «разморозившийся» тоже выходит к ним. Кто продержится в кругу дольше всех? *Психологический смысл упражнения.* Тренируются навыки саморегуляции, эмоциональной устойчивости.

Упражнение 2. «МИМИКА В РИСУНКАХ»

Участникам демонстрируется иллюстративный материал, изображающий лицо человека с определенной эмоцией – пиктограммы, на которых с помощью простых знаков (перевернутая цифра 7, черточки и т.п.) изображены различные эмоции (см. Приложение Д.2).

Первая пиктограмма (сеньор Мажор), символизирующая радостное лицо, состоит из овала (лицо), перевернутой цифры 7 (нос), двух полуovalов кончиками вниз (брови) и полуovalа кончиками вверх (рот).

Вторая пиктограмма (сеньор Минор), символизирующая огорченное лицо, состоит из овала (лицо), перевернутой цифры 7 (нос), двух наклонных черточек, сходящихся вверху (брови), и полуovalа кончиками вниз (рот).

Третья пиктограмма (Трусишка, Ой), символизирующая выражение страха на лице, состоит из овала, перевернутой цифры 7, двух наклонных черточек, сходящихся вверху, и кружочка (раскрытый рот).

Четвертая пиктограмма (Злюка, Ух), символизирующая гневное лицо, состоит из овала, перевернутой цифры 7, двух наклонных черточек, сходящихся внизу, и прямоугольника или небольшого овала (оскаленный рот).

Пятая пиктограмма, символизирующая удивленное лицо (Ах), состоит из овала, двух высоко поднятых над перевернутой цифрой 7 черточек (брови) и кружочка.

Описание игры. Участники рассматривают пиктограммы (их должно быть минимум по одному шаблону на участника, можно по два), называют настроение, которое они символизируют. Затем получают карандаши и краски. Задание: 1) дополнить лицо на карточке недостающими деталями. Нарисовать глаза, волосы, уши, головной убор, фон и т.д. 2) Сочинить историю про пять братьев и на ватмане расположить все разрисованные лица таким образом, чтобы проиллюстрировать придуманную историю. Место на ватмане, где будет прикреплен шаблон, так же оформляется в виде домика для лица. *Психологический смысл упражнения.* Развитие понимания различных эмоциональных реакций. При обсуждении желательно провести беседу на тему: «Полезность и вред эмоций», возможность обращения каждой эмоции как на пользу человеку, так и во вред ему. Необоснованность однозначного деления эмоций на полезные и вредные. Например, страх удерживает человека от того, что иногда необходимо сделать, но есть и польза от страха – он позволяет человеку уберечься от лишнего риска. Подросткам предлагается самостоятельно, разбившись на подгруппы, проанализировать эмоции гнева, удивления, грусти и радости.

Упражнение 3. «РУЧЕЕК»

Играющие встают друг за другом парами, обычно мальчик и девочка. Они берутся за руки и держат их высоко над головой, стоя лицом друг к другу. Из сцепленных рук получается открытый проход, длинный коридор. Остальные дети становятся паровозиком и проходят под сцепленными руками, выбирая себе пару. Взявшись за руки, новая пара идет в конец прохода и там становится, поднимая руки вверх. Тот чью пару разбили, идет в начало ручейка и, проходя под руками, выбирает того, кто ему нравится. И игра продолжается.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения.

Аплодисменты.

ЗАНЯТИЕ 9

«Эмоции и чувства» (продолжение)

Тема занятия: Саморегуляция эмоционального состояния.

Цель: Понимание эмоций и чувств, совершенствование умений конструктивно выражать их.

Оборудование: листы белой бумаги формата А4, карандаши, акварельные краски, кисти, стаканчики для воды, воздушные шары.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать себя в виде какого-либо животного». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением какое-либо животное, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятия 1-8).

Упражнение «Тух-тиби-дух». В данном ритуале заложен комичный парадокс. Участники произносят заклинание против плохого настроения, обид и разочарований. Они, не разговаривая, хаотично двигаются по комнате и, останавливаясь напротив одного из участников, должны сердито произнести волшебное слово «Тух-тиби-дух». Другой участник может промолчать или трижды произнести волшебное слово «Тух-тиби-дух». После этого продолжать движение по комнате, время от времени останавливаясь перед кем-нибудь и сердито произнося волшебное слово. Важно говорить его не в пустоту, а определенному человеку, стоящему напротив. *Психологический смысл упражнения.* Снятие эмоционального напряжения.

Упражнение 2. «ПАЛИТРА ЧУВСТВ»

Участникам раздаются листы бумаги. Их задача – посредством мозгового штурма назвать как можно больше различных чувств. Все варианты записываются участниками на их листах. На втором этапе упражнения

участникам предлагается отметить галочками те чувства из списка, которые они когда-либо испытывали. Затем проводится групповое обсуждение следующих вопросов: выражение каких чувств считается социально приемлемым? с какими чувствами легче справиться, когда их начинает выражать другой человек? какие чувства вам самим сложно выразить? нужно ли демонстрировать свои чувства? как выражать свои чувства, чтобы не ранить других людей?

В завершении упражнения предлагается упражнение «Настроение»: как исправить плохое настроение или снять неприятный осадок после неприятного разговора? «Возьмите цветные карандаши или краски и чистый лист бумаги. Расслаблено, левой рукой нарисуйте абстрактный сюжет, линии, цветовые пятна, фигуры. Важно при этом полностью погрузиться в свои переживания, выбрать цвет и провести линии так, как вам больше хочется, в полном соответствии с вашим настроением. Попробуйте представить, что вы переносите ваше грустное настроение на бумагу, как бы материализуя его. А теперь переверните бумагу и на другой стороне листа напишите 5-7 слов, отражающих данное настроение. Долго не думайте, необходимо, чтобы слова возникали спонтанно, без специального контроля с вашей стороны. *Психологический смысл упражнения.* Обучение приемам снятия эмоционального напряжения.

После этого еще раз посмотрите на свой рисунок, как бы заново проживая свое состояние, перечитайте слова и с удовольствием, эмоционально разорвите листок, выбросьте в урну.

Упражнение 3. «ШАРИК ЭМОЦИЙ»

Ведущий. Сейчас мы с вами поучимся, как можно конструктивно выходить из таких ситуаций, когда вам обидно или вы сердитесь. Поможет нам в этом история про мальчика. Как-то раз, один мальчик собрался в магазин за мороженым. Ему уже давно хотелось мороженого, но он болел ангиной и ему не разрешали. И вот настал день, когда мама позволила ему купить мороженное. Он весело помчался по дороге в магазин. Выбрал самое вкусное мороженное и радостно побежал обратно с мороженым в руках. Но, вдруг из-за поворота выскочила собака, она с лаем кинулась бежать следом. Мальчик испугался, споткнулся и упал прямо в лужу на дороге. Ему было очень обидно, и он злился на себя и на собаку, которая сразу прекратила погоню. Мальчик сидел в луже и смотрел на свое мороженое и вдруг ему показалось, что обида и злость превратились в шарики прямо внутри него (Можно нарисовать шарики, иллюстрируя рассказ). Он выдохнул их, и они улетели. И когда шарики улетали, они становились все меньше и меньше и исчезли совсем. Мальчик почувствовал, что злость пропала, обида ушла. Ну, упало мороженное и упало. «Повезет моей собачке», - подумал мальчик и пошел дальше. Давайте попробуем сделать как этот мальчик. Вспомните, пожалуйста, когда вы чувствовали себя обиженными, расстроенными? (Дать время на воспоминание). Эти отрицательные эмоции можно надуть как шарик и отпустить, чтобы этот шарик улетел. Почувствуйте, как обида и злость превращаются в шарики внутри вас, и выдохните их: ух-ух-ух. У всех получилось? Не получилось? Давайте представим по-другому. Кому-

то проще представить, что он берет шарик и надувает его своей злостью или грустью и отпускает. Надуваем все вместе со мной. И отпускаем! (Целесообразно использовать настоящие воздушные шары, которые после надувания можно лопать). Можно обсудить с участниками различные варианты улучшения настроения «поделись своим опытом», например, послушать музыку, почитать книгу, порисовать и т.п. *Психологический смысл упражнения.* Обучение приемам снятия эмоционального напряжения.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 10

«Эмоции и чувства» (завершение)

Тема занятия: Саморегуляция эмоционального состояния.

Цель: Понимание эмоций и чувств, совершенствование умений конструктивно выражать их.

Оборудование: Листы белой бумаги формата А4, ватман формата А1, карандаши, акварельные или гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать свое настроение». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением свое настроение, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятия 1-9).

Упражнение «Снежки». Участники делятся на две команды. На полу (асфальте) проводится линия, делящая пространство на два поля. Каждая команда располагается на своей половине территории. Каждому участнику выдается по 4 листа бумаги. Инструкция: «На каждом листе бумаги нужно написать какую-либо эмоцию». Затем предлагается из этих листов сделать 4 «снежка». По команде ведущего начинается игра, задача которой – перебросить как можно больше «снежков» на сторону «противника». Продолжительность тура 1 минута, выигрывает та команда, на чьей территории по окончании этого времени оказалось меньше «снежков». Имеет смысл провести 2-3 тура игры. Дополнительное правило: одновременно держать в руках больше четырех «снежков» запрещается. *Психологический смысл упражнения.* Развитие самоконтроля (вовремя остановится по указанию ведущего), снятие эмоционального напряжения.

Упражнение «Да и нет». Материалы. Небольшой колокольчик. Инструкция: «Вспомните на мгновение, как обычно звучит ваш голос. Скорее

тихо, скорее громко или средне? Сейчас вам будет нужно использовать всю мощь своего голоса. Разбейтесь на пары и встаньте друг перед другом. Ну а теперь вы проведете воображаемый бой словами. Решите, кто из вас будет говорить слово «да», а кто – слово «нет». Весь ваш спор будет состоять лишь из этих двух слов. Потом вы будете ими меняться. Вы можете начинать очень тихо, постепенно увеличивая громкость до тех пор, пока один из вас не решит, что громче уже некуда. Пожалуйста, слушайте колокольчик. Услышав его звон, остановитесь, сделайте несколько глубоких вдохов. Обратите при этом внимание на то, как приятно находиться в тишине после такого шума и гама». *Психологический смысл упражнения.* Снижение состояния апатии и усталости и пробуждение жизненных сил. Открытие собственного голоса как важного способа самоутверждения в жизни. Ненастоящий, игровой спор освежает психологический климат в группе и снимает напряжение.

Упражнение 2. «СТРАНА Х» (коллективный рисунок)

Совместное рисование на большом листе бумаги (ватмане). Подросткам предлагается вместе придумать свою страну, дать ей название и нарисовать. Каждый участник рисует то, что хочет. Ведущий-психолог также может участвовать в общем рисовании. *Психологический смысл упражнения.* Развитие чувства общности, безопасности, ощущения значимости в своем мире.

Упражнение 3. «ПОДАРОК»

Участники по очереди садятся в центре круга, с целью вручения каждому члену группы «подарка». Инструкция: 1) не используя слов, вырази свои чувства, отношение к конкретному человеку (в контексте его психологических качеств). Передай то, что ему было бы полезным, дополняло б его личность или опыт, почерпнутый из работы группы. Если есть необходимость можно применить лишь отдельные слова, воспользоваться мимикой, движениями, жестами, а также предметами, моделировать сценки. 2) словами опиши, какие психологические качества ты хотел бы ему подарить.

После выполнения упражнения осуществляется анализ того, что произошло, члены группы высказывают свои впечатления. *Психологический смысл упражнения.* Развитие способности выражать свои эмоции и личностные отношения в виде «подарка».

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 11

«Мои желания»

Тема занятия: Анализ потребностно-мотивационной сферы.

Цель: Обучение пониманию своих потребностей.

Оборудование: Воздушные шары (не менее трех), катушка ниток, листы белой бумаги формата А4, карандаши, акварельные или гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка:

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальные упражнения «Настроение», «Доброе утро», «Как я просыпался» и др.

Активные контактные игры (см. занятия 1-10).

Упражнение «Отбери шарик». Для игры потребуется надутый воздушный шарик. Участники делятся на две команды. Задача одной из них – удержать шарик в воздухе и не дать другой команде отобрать его. Ее участники могут отталкивать шарик, но не имеют права брать его в руки и не должны допустить, чтобы тот упал (в таком случае им засчитывается проигрыш). Задача другой команды – отобрать шарик. Они могут сделать это, лишь поймав его руками; отталкивать шарик или пользоваться другими частями тела либо какими-либо вспомогательными предметами запрещено. Чтобы избежать путаницы, желательно сделать так, чтобы игроки одной команды внешне легко отличались от другой (например, снабдив их налобными повязками разных цветов, или скотчем прикрепив к одежде полоску цветной бумаги). Целесообразно проведение 2-4 туров игры (обязательно четное количество для соблюдения равенства команд). *Психологический смысл упражнения.* Развитие мотивации достижения успеха.

Упражнение 2. «СВОБОДА».

Участникам выдаются листы белой бумаги А4, карандаши, краски, дается инструкция: Представьте себе, что вы попали в волшебную страну под именем «Свобода», в которой отсутствуют все сдерживающие факторы, социальные правила и моральные нормы. Какая она? Что из себя представляет? Что вы будете там делать? Что думать, говорить? Как будет выглядеть ваша жизнь? Как вы будете себя чувствовать? Нарисуйте эту страну. Обсуждение. Описание образа страны «Свободы» и ее жителей. *Психологический смысл упражнения.* Анализ желаний и возможностей, сдерживающих факторов и т.д. Данное упражнение посредством воображаемой ситуации, поможет участникам увидеть новые возможности для реализации собственной личности и существующие преграды достижения независимости.

Упражнение 3. «ПСИХОГИМНАСТИКА»

Упражнение «Поймай-убери». Все участники становятся в круг. Левая рука в положение «оК» (кулак с отставленным большим пальцем), правая – ладонью над большим пальцем участника справа. Задание: «На счет три поймать большой палец правого участника и успеть убрать от участника слева свой большой палец левой руки». Затем «руки» меняются, теперь левая ловит, а правая – убегает.

Дыхательные упражнения. Упражнение «Воздушный шарик».

Представьте, что в вашей груди находится воздушный шарик. Вдыхая воздух через нос, до отказа заполните легкие воздухом. Выдыхая воздух ртом, почувствуйте, как он выходит из легких.

Медленно выдохните ртом, как будто воздух тихонько выходит из шарика. Сделайте паузу и сосчитайте до 5.

Снова вдохните и наполните легкие воздухом. Задержите его, считая до 3, представьте, что каждое легкое – надутый шарик.

Выдохните. Почувствуйте, как теплый воздух проходит через легкие, горло, рот.

Повторите 3 раза, вдыхая и выдыхая воздух, представьте, что каждое легкое – надутый шарик, из которого выходит воздух, когда вы выдыхаете.

Остановитесь и почувствуйте, что вы полны энергии, а все напряжение пропало.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения.

Аплодисменты.

ЗАНЯТИЕ 12

«Мои желания» (продолжение)

Тема занятия: Анализ потребностно-мотивационной сферы.

Цель: Обучение пониманию своих потребностей.

Оборудование: Белая бумага формата А4, ватман формата А1, фломастеры (маркеры), цветные карандаши.

Ход занятия:

Разминка:

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать свое настроение, когда я что-то сильно хочу». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением свое настроение, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятия 1-7).

Упражнение 2. «ЦЕННОСТИ»

Каждый участник называет качества и ценности, которые привлекают его в людях. На доске или листе ватмана ведущий записывает все качества (ценности) по порядку их называния. Затем, когда список составлен, все участники выбирают по три наиболее значимых с их точки зрения варианта, отмечая свои выборы на доске. Таким образом, в результате выявится картина групповых предпочтений, ценностей, которые являются наиболее уважаемыми, предпочитаемым группой, остальные располагаются по мере убывания. *Психологический смысл упражнения.* Коррекция ценностно-мотивационной

сферы посредством анализа и сравнения собственных ценностей с общегрупповыми. *Обсуждение.*

Упражнение 3. «СУБЛИЧНОСТИ»

Технология выполнения:

Процедура 1. Перечислите все свои желания, связанные с намерением стать профессионалом в своем деле. Убедитесь, что вы включили те желания, которые выполнимы уже сейчас и те, которые вы хотели бы осуществить в дальнейшем. Например, быть признанным, добиться материального благополучия, помочь обездоленным, обогатить свои профессиональные знания и т.д.

Процедура 2. Когда в вашем списке наберется не менее 10 пунктов (или, когда вы почувствуете, что записали все желания) просмотрите список и выберите 5-6 самых существенных. Не включайте в окончательный список те желания, которые вы хотите реализовать только потому, чтобы о вас хорошо думали окружающие (не свои желания).

Процедура 3. Проанализируйте окончательный список желаний. Представьте себе, что за каждым из них стоит как бы самостоятельная часть вашей личности (субличность) и дайте ей название. Например, желанию «чтобы успешно учиться» может соответствовать субличность «отличник», а желанию «быть любимым в группе» – «Кумир» и т.д. (для корректного и адекватного обобщения необходима помощь психолога).

Процедура 4. Теперь нарисуйте на отдельном листе бумаги большой круг. Центральная часть – ваше главное «Я». Окружающее кольцо разбейте на сегменты и разместите в них те 5-6 субличностей, которые являются выразителями Ваших желаний. Раскрасьте субличности в разный цвет, напишите их имена.

Процедура 5. Сравните Ваши желания с ценностями, список которых Вы составили в ходе выполнения предыдущего упражнения. Нет ли между ними противоречий?

Обсуждение. Психологический смысл упражнения. Назначение данного упражнения – научиться анализировать свои внутренние побуждения и понять себя, свой центр, свое «Я», усилить его, чтобы это «Я» было способно разрешать конфликты между субличностями.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 13

«Саморегуляция»

Тема занятия: Формирование навыка саморегуляции эмоционального состояния.

Цель: Тренировка умения произвольно регулировать свое состояние в различных ситуациях, что важно для обретения способности уверенно вести себя в эмоционально напряженных стрессогенных условиях.

Оборудование: Листы цветной бумаги, ножницы, клей, скотч, природные материалы (листья, шишки и т.п.) пластилин, ватман формата А1, карандаши, гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды, распечатка Приложения Д.3 – 1 фант на каждого участника группы.

Ход занятия:

Разминка

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать, как я просыпался». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением как он сегодня просыпался, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятия 1).

Упражнения в парах. Участники разбиваются на пары:

1. Упражнение «Зеркало» (ладошки к ладошке, глаза в глаза). Один участник медленно показывает различные движения руками, другой должен повторить, глядя в глаза и наблюдая за движением периферийным зрением. При этом вначале нужно выполнять заметные крупные движения (кивать головой, поднимать руки и т.д.), а затем – более мелкие (шевелить пальцами, изменять мимику). Затем участники меняются ролями. Вариация упражнения: участники показывают, как они утром просыпаются, приводят себя в порядок (застылают постель, умываются, одеваются, расчесываются и т.п.), а их напарники симметрично повторяют за ними предлагаемые варианты движений.

2. Упражнение «Зеркало-2». Двое участников продолжают «зеркалить» друг друга по очереди (примерно через 30 секунд смена водящего в паре). Двое других участников становятся рядом. Задание: задавать вопросы на простые, нейтральные темы. Например, в каком году пошел в школу, посещал ли детский сад, какой любимый фильм (книга, музыка, домашнее животное и т.п.), еда, как любишь отдыхать, во что любишь играть, твоё хобби и др. Время – 1 мин. Затем пары меняются ролями.

Психологический смысл упражнения. Упражнение входит в группу антистрессовых технологий: снимает психическое напряжение, стабилизирует эмоциональное состояние, а также развивает способность чувствовать партнера.

3. Упражнение «Противоположные движения». Один из партнеров начинает выполнять любые спонтанные движения. Задача другого партнера – выполнять те движения, которые, с его точки зрения, противоположны первым.

Через полторы-две минуты участники меняются ролями, и игра повторяется. Желательно сопровождать упражнение негромкой танцевальной музыкой

Упражнение «Не смеяться». Участники коллективно совершают какие-либо действия, которые незамедлительно вызывают смех у большей части из них. Например, следующие:

- все участники движутся по кругу, приседая, опираясь руками на колени, каждый из них по очереди говорит: «Я луноход!». По хлопку ведущего все участники подносят руки к лицу, делают «длинный нос» и хором говорят: «Я Буратино». Это повторяется с интервалами в 2-3 секунды;

- водящий поочередно задает участникам вопросы любого содержания, а те должны отвечать на них словом «колбаска» («Что у тебя надето поверх рубашки? – Колбаска!» и т.п.);

- Участники сидят в кругу, и каждый из них щекочет локоть соседа, находящегося по правую руку от него;

- Каждый участник по очереди рассказывает анекдот, произносит какую-либо смешную фразу из фильма и т.п.

Задача – выполнять подобные действия, сохраняя абсолютно серьезное выражение лица, и ни в коем случае не смеяться. Кто улыбнется или засмеется – выбывает из игры до окончания раунда, продолжая смешить тех, кто еще играет. Побеждают те участники, которые остаются в игре дольше всех. *Психологический смысл упражнения.* Тренировка навыков регуляции своего поведения, умения отстраняться от происходящего, сконцентрировав свое внимание на какой-либо сторонней мысли.

Упражнение 2.

СОЗДАНИЕ КОЛЛАЖА «ОБРАЗ УВЕРЕННОГО ЧЕЛОВЕКА».

Задание группе – совместно разработать и представить образ гуманного человека. Нужно отобразить в коллаже или рисунке те качества, которые можно назвать качествами уверенного человека. Можно использовать любые окружающие вас предметы или канцелярию. Время на подготовку – 10 мин., на представление до 5 мин.». Если группа более семи человек, желательно разделить ее на подгруппы. *Психологический смысл упражнения.* Формирование образа уверенного человека, упражнение способствует осознанию тех качеств характера, которые способствуют достигать результатов в жизни, в общении и деятельности. При обсуждении целесообразно акцентировать внимание на возможности и способах развития тех или иных качеств уверенного человека.

Упражнение 3. «ПОХОДКА»

Участникам группы раздаются фанты (см. приложение Д.3) с описанием особенностей характера человека и просят пройти перед группой таким образом, чтобы по походке, мимике, пантомимике можно было догадаться, характер какого человека она выражает. Каждому дается три-четыре попытки. Участники идут поочередно, и те из них, кто в данный момент не задействован в показе, находятся в роли зрителей. Их задача – угадывать, что демонстрирует походка. *Психологический смысл упражнения.* Развитие навыков пластической

экспрессии, обучение способу саморегуляции эмоциональных состояний через контроль их внешних проявлений. Развитие наблюдательности и понимания эмоциональных состояний.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 14

«Саморегуляция» (завершение)

Тема занятия: Формирование навыка саморегуляции эмоционального состояния.

Цель: Тренировка умения произвольно регулировать свое состояние в различных ситуациях, что важно для обретения способности уверенно вести себя в эмоционально напряженных стрессогенных условиях.

Оборудование: Секундомер, распечатки шаблона фигуры человека (см. приложение Д.4), листы белой бумаги формата А4, цветные карандаши, акварельные или гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка:

Упражнение 1. «ПРИВЕТСТВИЕ»

Традиционное приветствие в кругу. Все участники становятся в круг. Хором приветствуем друг друга – «Доброе утро». Невербальное упражнение «Показать свое настроение, когда я доволен собой». Каждый участник по очереди (по желанию) выходит в центр круга и показывает движением свое настроение, все остальные повторяют это движение.

Активные контактные игры (см. занятие 13).

Упражнение «Хвосты». Каждый участник отводит левую руку назад и располагает на уровне пояса открытой ладонью назад, изображая таким образом «хвост». Правая рука (ведущая) остается свободной. По команде ведущего все начинают перемещаться, стараясь ухватиться за хвосты других участников и при этом уберечь свой собственный. Тот, кого схватили за хвост, останавливается на месте и больше не имеет права перемещаться, но может ловить за хвосты других участников, пробегающих мимо. Игра продолжается до того момента, когда все участники, кроме одного, окажутся обездвижены.

Упражнение «Психологическое время». Участников просят сесть, расслабиться и закрыть глаза. Их задача – постараться как можно точнее определить, когда пройдет ровно минута после условного сигнала ведущего. При этом их просят не считать про себя до шестидесяти, а просто прислушаться к своей интуиции. Когда, с точки зрения участника, минута истекла, он молча поднимает руку, но глаза не открывает. Ведущий с ассистентом фиксируют сколько времени реально прошло до этого момента.

Потом участников делят на две группы: тех, кому показалось, что минута прошла быстрее, чем в реальности (их время меньше 60 секунд), и тех, кому показалось, что она шла дольше. Внутри этих подгрупп обсуждается, каковы особенности тех людей, для кого психологическое время течет по сравнению с реальным «быстрее» или «медленнее». Целесообразно повторить упражнение после обсуждения и сравнить результаты. *Психологический смысл упражнения.* Развитие внутреннего чувства времени, осознание зависимости от эмоционального состояния, активности или размеренности.

Упражнение «Лед и пламень». Участников просят сесть, расслабиться, положить руки на колени открытыми ладонями вверх, закрыть глаза и в течение минуты представлять себе, что в одной руке у них находится горячая печеная картошка, а в другой – кусок льда. После этого водящие (2 – 3 человека) пробуют на ощупь ладони участников, пытаясь по их температуре определить, в какой руке те представляли картошку, а в какой лед. Обычно это удается сделать с существенно большей точностью, чем вероятность случайного угадывания; температура ладоней действительно начинает различаться в достаточной мере, для того чтобы это можно было почувствовать. *Психологический смысл упражнения.* Демонстрация эффекта возникновения физиологических изменений под воздействием наших представлений, обучение произвольному регулированию наших реакций через эти представления.

Упражнение 2. «ИССЛЕДУЕМ СЕБЯ»

Ведущий: «Сейчас мы все вместе будем рисовать человека. Я на доске (лист А4 крепится скотчем на стену), а вы на своих листках (раздать шаблоны см. приложение Д.4). Возьмите простой карандаш. Это будет ваш портрет в полный рост. Будем исследовать себя. Для этого сядьте на стул, закройте глаза и почувствуйте, где у вас самое горячее место. Определили? Возьмите красный карандаш и на рисунке поставьте красную точку. Теперь приготовьте синий карандаш. Закройте глаза и определите, где у вас самое холодное место, отметьте, синим на рисунке. После этого мы ищем самое неприятное место (черный цвет), потом самое приятное (желтый цвет). Находим самые легкие и самые тяжелые места (штриховка, полное закрашивание).

Ведущий заполняет свой рисунок на доске, стараясь не опережать детей.

У людей разные части тела чувствуют себя не одинаково. У некоторых теплые руки и холодные ноги. В обсуждении целесообразно задавать следующие вопросы: Трудно или легко тебе было выполнять задание? Что было трудно? Что легко? Мешало ли тебе что-то? Что? Понравилось ли тебе исследовать себя? Было ли это приятно или нет? *Психологический смысл упражнения.* Самоанализ

Упражнение 3. РИСУНОК «Я-РЕАЛЬНОЕ, Я-ИДЕАЛЬНОЕ»

Каждому участнику раздается лист белой бумаги А4 и дается задание изобразить «Я-реальное и Я-идеальное», как представляют себя в реальности и идеальный образ себя: «Рисуйте то, что приходит вам в голову, любые образы, которые отвечают вашим представлениям о себе Реальном и Идеальном».

Психологический смысл упражнения. Коррекция самооценки, посредством анализа разницы между образами.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 15

«Движение к целям»

Тема занятия: Анализ способности ориентироваться в окружающем мире.

Цель: Формирование адаптивности, чувства безопасности, понимания своего жизненного пути.

Оборудование: мел, листы белой бумаги А4, карандаши, акварельные или гуашевые краски, кисти, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка:

Упражнение 1. РИТУАЛ ПРИВЕТСТВИЯ

Традиционное приветствие в кругу. Невербальные упражнения «Настроение», «Доброе утро», «Зеркало» и др.

Активные контактные игры (смотри предыдущие занятия).

Упражнение «На мостике». Описание игры: ведущий предлагает участникам пройти по мостику через пропасть. Для этого на полу или на земле чертится мостик – полоска шириной 30 – 40 см. По условию, по «мостику» должны с двух сторон навстречу друг другу идти одновременно два человека, иначе он перевернется. Также важно не переступить через черту, иначе играющий считается свалившимся в пропасть и выбывает из игры. Вместе с ним выбывает и второй игрок (потому что, когда он остался один, мостик перевернулся). Пока два ребенка идут по «мостику», остальные за них активно «болеют». *Психологический смысл упражнения.* Развитие сплоченности, умений договориться, целеустремленности, коллективной субъектности.

Упражнение «По листикам». Каждый участник пишет на листе бумаги свое имя и кладет этот лист на пол в любом месте помещения. После этого все встают в шеренгу и берутся за руки. Дается следующее задание: каждый должен добраться до своего листа и хотя бы один раз наступить на него. Размыкать руки при этом нельзя, движется вся шеренга. Если участников больше 9-10, то целесообразно разделить их на 2-3 команды, которые будут работать параллельно. *Психологический смысл упражнения.* Обучение координации совместных действий, а также тренировка уверенности в ситуации управления другими людьми, задействования других для достижения собственной цели

Упражнение 2. РИСУНОК «МОЙ ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ»

Перед началом работы зачитывается *Сказка о милостивой судьбе*. «Цвели рядышком два деревца: молодых и красивых. Вечерами они шептались о судьбе: «Я вырасту высоким и раскидистым», – говорило одно – «У меня в ветках

поселятся птицы. В моей тени будут укрываться олени и зайцы. Я первым буду встречать солнечные лучи и утренний ветерок. Пройдет время, и меня окружит поросль моих детей. Они будут такие маленькие и замечательные...»

«Нет», – говорило другое, – «расти страшно. Зимой бьют морозы, летом сушит солнце. Целый день труди корни, гони воду вверх, корми листья. Нет пусть лучше меня возьмут дровосеки, а потом плотник выточит из меня что-нибудь прекрасное. Я буду лежать на бархатной подушке...»

И что бы вы думали? Пришел бородатый дровосек и срубил второе дерево. Часть его сожгли в печке, а из ствола плотник сделал резную шкатулочку. И долго шкатулка лежала на бархатной подушке, храня в себе сережки, бусы и дорогие духи. Потом рассохлась потихоньку, замочек сломался. Шкатулку отдали детям, они ее быстро доломали и выкинули. Где-то на дворе валялись ее щепочки до зимы, а там уж – спроси у ветра! Ветер станет спрашивать деревья в лесу, и одно из них – то, что было когда-то первым деревцем, – расскажет, как вороны свили на нем гнездо,строив в стенки щепочки старой шкатулки, как подружки узнали друг друга и подивились милостивой судьбе.

Они достигли своих целей, а вы достигните своих». Психолог: Вам понравилась сказка? В сказке отмечено, что каждый волен выбирать свою дорогу, свою жизнь. Перед вами листы бумаги (предварительно их надо согнуть пополам), нарисуйте на одной половинке маленькое деревце, которое только начинает свой жизненный путь, а на другой части листа – дерево, которое выросло. Каким оно стало, живут ли в нем птицы, звери, растет ли травка вокруг? Светит ли солнышко эти деревьям. Когда участники группы закончат рисунки, следует предложить им нарисовать дорогу от одного дерева, к другому. Обсуждение. *Психологический смысл упражнения.* Рефлексия важности жизненного выбора, участники учатся смотреть на события неоднозначно, более гибко, находить в них как положительные, так и отрицательные стороны. Формирование адаптивных способностей, чувства безопасности.

Упражнение 3. «ПОЖЕЛАНИЕ»

Все участники становятся в круг. Инструкция: «Представьте, что у каждого из вас в руках находится хрустальный шар. Какого он размера, цвета? Какой он на ощупь, холодный или теплый, гладкий или шершавый? Сосредоточьтесь на звуках слева от вас, вы слышите только то, что слева. Кто стоит рядом с вами? Сосредоточьтесь на партнере слева, почувствуйте этого человека. Передайте ему шар, содержимое которого по вашему мнению очень должно пригодиться партнеру слева, почувствуйте то, что передаете. Получивший шар, должен постараться ощутить, что ему передали и передать шар следующему участнику с «новым» содержанием. Когда круг всех шаров будет пройден, участникам желательно предложить поделиться своими чувствами. *Психологический смысл упражнения.* Развитие способности чувствовать свои потребности и потребности другого человека. Развитие эмпатии.

Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

Традиционное прощание в кругу. Упражнение «Волна» (передача импульса руками). Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

ЗАНЯТИЕ 16 «ПРОЩАНИЕ»

Тема занятия: Подведение итогов работы.

Цель: Создание настроения на саморазвитие.

Оборудование: Коробка, листы белой бумаги А4, два листа ватмана А2, карандаши, фломастеры, краски, стаканчики для воды.

Ход занятия:

Разминка:

Упражнение 1. РИТУАЛ ПРИВЕТСТВИЯ

Традиционное приветствие в кругу. Невербальные упражнения «Настроение», «Доброе утро» и др.

Активные контактные игры (смотри предыдущие занятия).

Упражнение «Поймай-убери». Все участники становятся в круг. Левая рука в положение «оК» (кулак с отставленным большим пальцем), правая – ладонью над большим пальцем участника справа. Задание: «На счет три поймать большой палец правого участника и успеть убрать от участника слева свой большой палец левой руки». Затем «руки» меняются, теперь левая ловит, а правая – убегает. *Психологический смысл упражнения.* Разогревающее упражнение, развитие координации движений, чувствование партнера.

Упражнение «Колокол». Все участники становятся в круг. Один из членов группы приглашается в центр. Задание: «Мы – колокол, в центре язык колокола. Мы должны его раскачать так, чтобы он чувствовал свой купол, как надежную опору». Инструкция «языку колокола»: «Закрыть глаза, руки скрестить на груди и расслабиться». Время – 20 сек. на каждого участника. *Психологический смысл упражнения.* Формирование и развитие чувства доверия, общности.

Упражнение 2. «ЧЕМОДАН В ДОРОГУ»

Участники садятся в круг (можно на ковер). В центр круга помещается коробка, всем участникам раздаются листы белой бумаги, карандаши, фломастеры, краски, стаканчики для воды. Инструкция: «Сегодня мы будем прощаться и, чтобы сохранить в памяти наши встречи, улыбки, теплоту сердец мы соберем в дорогу «чемодан» настроений. Давайте нарисуем свои впечатления, свое настроение от занятий, которое вы могли бы положить в этот «чемодан»». *Психологический смысл упражнения.* Самоанализ отношения к себе, окружающим людям, к миру.

Упражнение 3.

ГРУППОВОЙ РИСУНОК «ДОМ, В КОТОРОМ УДОБНО ВСЕМ»

Общий рисунок группы «Дом, в котором удобно всем». Команда делится на две подгруппы (апельсины и бананы). Инструкция: «Нам нужно нарисовать дом, который удобен всем. Однако рисовать мы его будем частями. Одна группа левую часть, а другая – правую. Обе половинки должны подходить друг другу как два пазла. У вас есть полминуты, чтобы договорится о конструкции дома и его основных элементах». Командам выдаются листы ватмана (А2), краски, стаканчики для воды. По окончании работы, рисунки склеиваются. Представление и обсуждение. *Психологический смысл упражнения.* Завершающее упражнение, которое позволяет наглядно убедиться в сформированном чувстве общности, в поддержке, дружбе.

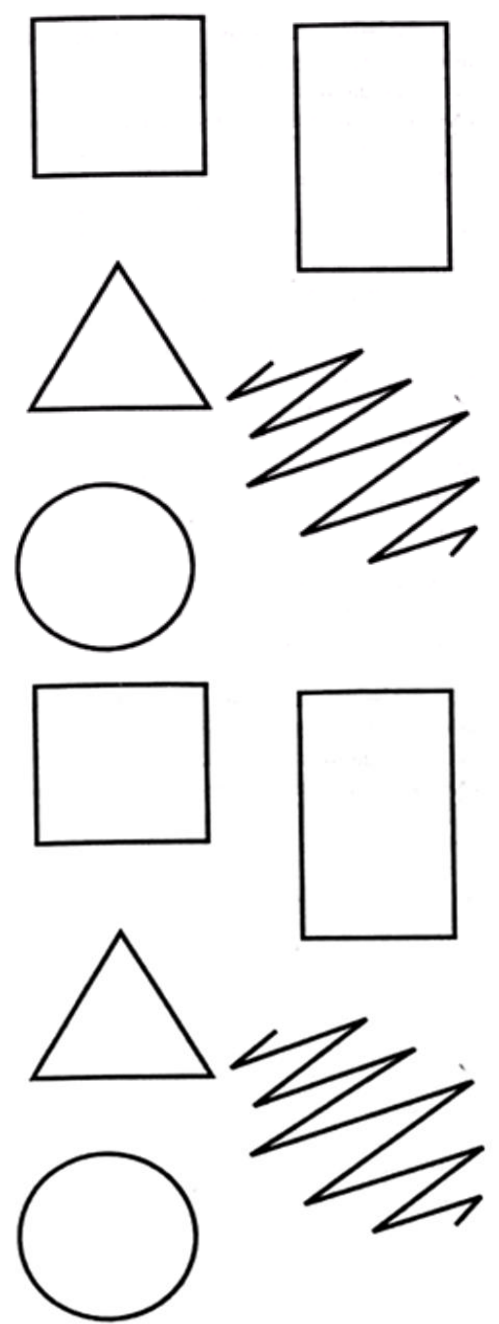
Упражнение 4. «ПРОЩАНИЕ»

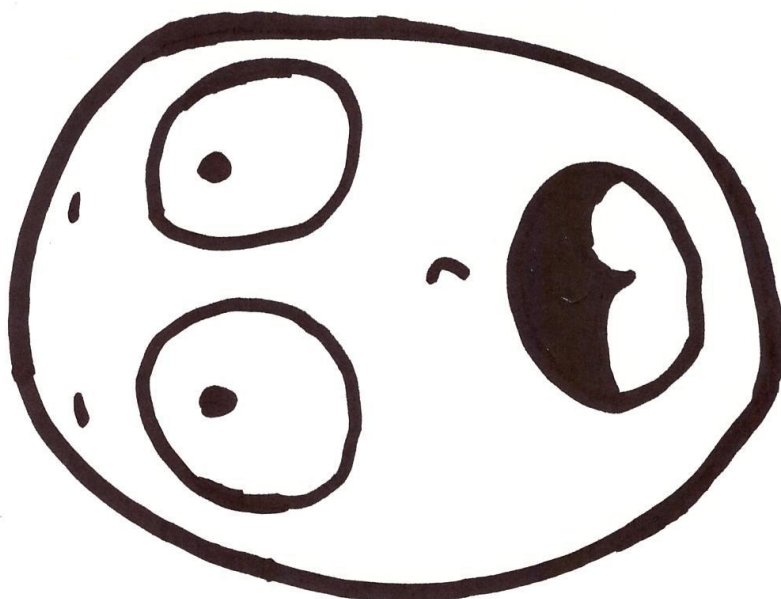
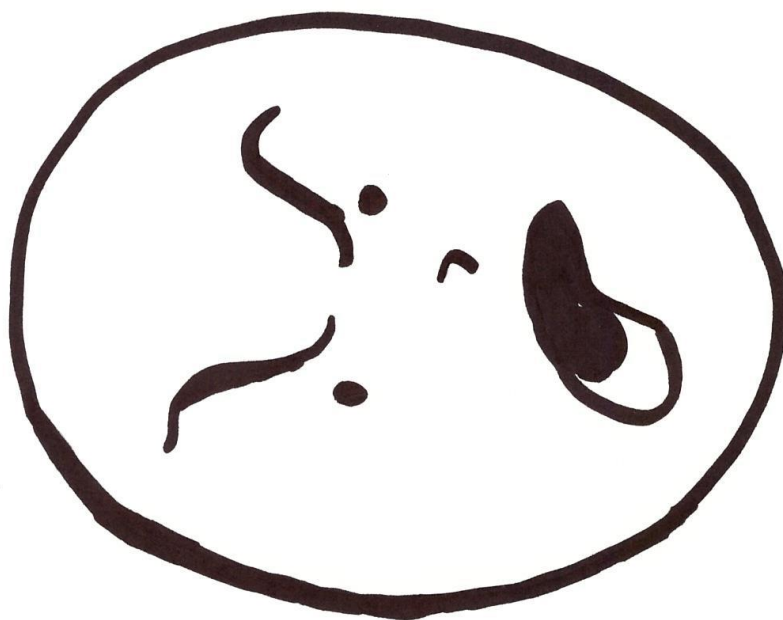
Упражнение «Дождь». Все участники становятся в круг. Инструкция: «Потянулись так, как мы просыпаемся и встречаем утро. Повернулись все направо. Спина впереди стоящего человека – окно. Вы видите в окне туман, разглаживаем его руками, затем начинает капать дождь, все сильнее и сильнее, затем застучал град. И вдруг все закончилось, выглянуло солнышко, стало тепло-тепло. Все обрадовались». *Психологический смысл упражнения.* Проявление эмпатии посредством тактильного контакта.

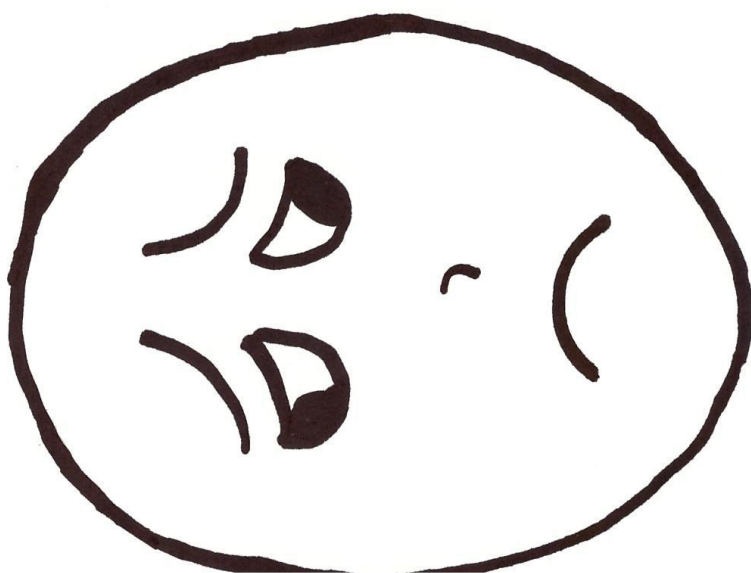
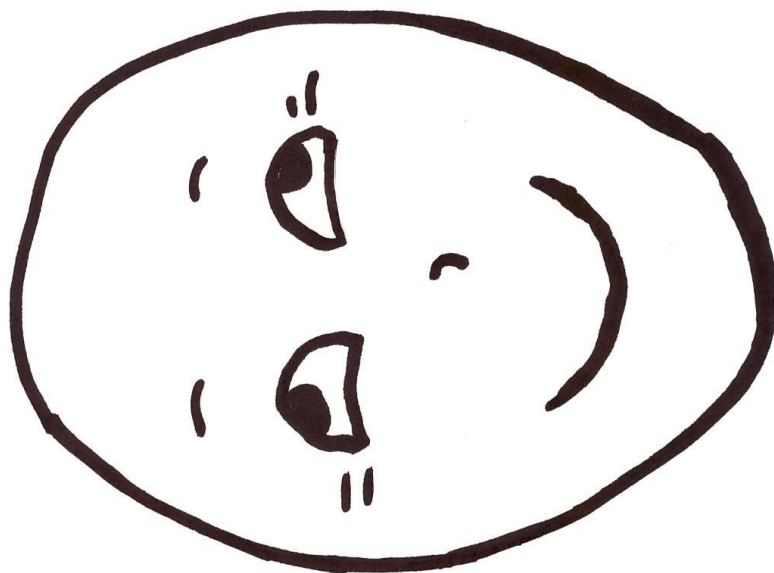
Упражнение «Комплимент». Участники становятся в две шеренги, друг напротив друга, создавая живой коридор. Каждый участник проходит поочередно между двумя шеренгами, закрыв глаза и сложив в виде чаши руки на уровне груди. Остальные направляют его, слегка подталкивая ладонями, в сторону, помогая двигаться по «живому коридору». При этом каждый участник «коридора» должен наклониться и шепотом, на ухо идущему сказать какой-либо комплимент, дотронувшись рукой до рук идущего, образно положив туда свой «подарок». Когда участник доходит до конца, он вновь встает в шеренгу. *Психологический смысл упражнения.* Укрепление взаимного доверия, получение положительной обратной связи.

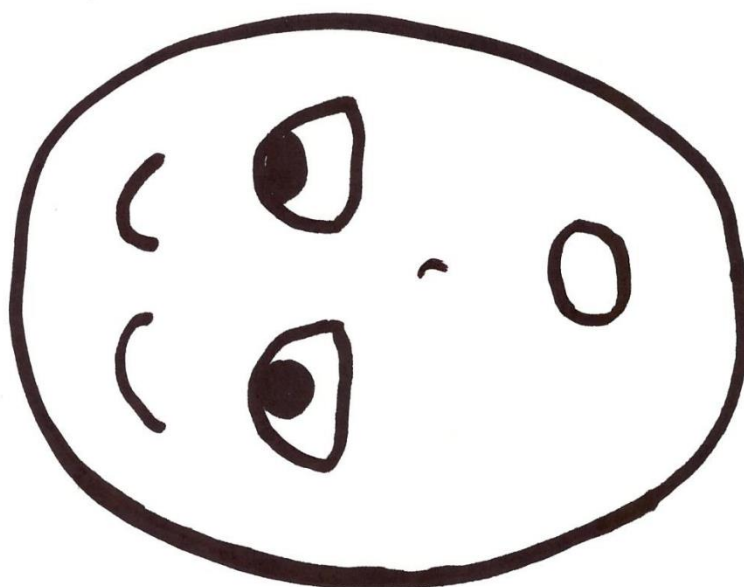
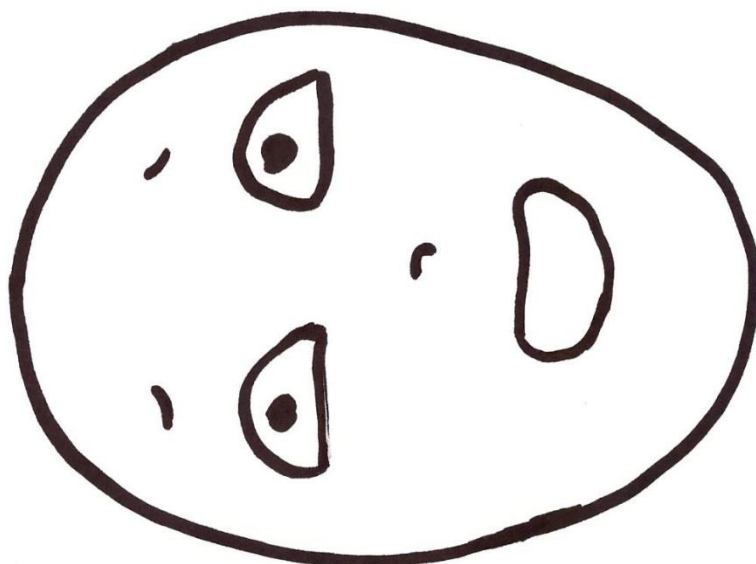
Традиционное прощание в кругу. Обсуждение занятия, что понравилось? Как вы себя чувствуете? Обнялись и пожелали друг другу хорошего настроения. *Аплодисменты.*

Фигуры психометрического теста









**САМОВЛЮБЛЕННЫЙ
«НАРЦИСС»**

**ТРЕВОЖНЫЙ,
БОЯЗЛИВЫЙ,
НЕУВЕРЕННЫЙ**

**УВЕРЕННЫЙ,
ТВЕРДЫЙ,
АВТОРИТЕТНЫЙ**

**АГРЕССИВНЫЙ,
ЖЕСТКИЙ**

**МОЛЧАЛИВЫЙ,
СПОКОЙНЫЙ,
ТИХИЙ**

**ВЕСЕЛЫЙ,
ОБЩИТЕЛЬНЫЙ,
КОМПАНЕЙСКИЙ**

**УРАВНОВЕШЕННЫЙ,
СМЕЛЫЙ**

**ЗАБОТЛИВЫЙ,
ОТЗЫВЧИВЫЙ,
ЭМПАТИЧНЫЙ**

**БЕЗРАЗЛИЧНЫЙ,
РАВНОДУШНЫЙ**

**ЗЛОЙ,
РАЗГНЕВАННЫЙ**

Шаблон фигуры человека к занятию №14



Литература

1. Дубровина И.В. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми. Учебное пособие / И. В. Дубровина, А. Д. Андреева, Е. Е. Данилова, Т. В. Вохмянина. – М.: «Академия», 1999. – 160 с.
2. Каттанах Э. Игровая терапия. Там где небо встречается с бездной / Пер. с англ. Е. Багдаевой. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 288 с.
3. Козлов Н. И. Лучшие психологические игры и упражнения / Н.И. Козлов. – Екатеринбург: Издательство АРД ЛТД, 1998. – 144 с.
4. Лойшен Ш. Психологический тренинг умений. Школа Вирджинии Сатир / Ш. Лойшен. – СПб.: Питер, 2001. – 160 с.
5. Лютова Е. К. Тренинг общения с ребенком / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – СПб.: «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. – 176 с.
6. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 1999. – 816 с.
7. Романова Е. С. Графические методы практической психологии / Е.С. Романова. – СПб.: Речь, 2001. – 416 с.
8. Рудестам К. Групповая психотерапия: пер. с англ. / К. Рудестам – СПб.: Питер Ком, 1998. – 384 с.
9. Семіченко В. А. Психологія спілкування / В.А. Семіченко. – К.: «Магістр-С», 1988. – 152 с.
10. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия / Д.Ю. Соколов. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 304 с.
11. Фридман Л.М. Психология детей и подростков / Л.М. Фридман. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 480 с.
12. Хухлаева О. В. Маленькие игры в большое счастье. Как сохранить психическое здоровье дошкольника / О. В. Хухлаева, О. Е. Хухлаев, И. М. Первушина. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 224 с.
13. Шоттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. Пер. с нем./СПб.: «Издательство Пирожкова». 2001. – 224 с.
14. Эриксон Э. Детство и общество: пер. с англ. / Э. Эриксон. – СПб.: Речь, 2000. – 328 с.
15. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: Навч. посіб. / Т.С. Яценко – К.: Вища шк., 2004. – 679 с.
16. Яценко Т.С. Активное социально-психологическое обучение: теория, процесс, практика / Т.С. Яценко, Я.М. Кмит, Б.Н. Алексеенко. – Хмельницкий: НАПВУ, Москва: СИП РИА, 2002. – 792 с.
17. Яценко Т.С. Психоаналитическая интерпретация комплекса тематических психорисунков (глубиннопсихологический аспект) / Т.С. Яценко, Я.М. Кмит, Л.В. Мошенская. – М.: СИП РИА, 2000. – 227 с.

ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ И СХЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Е. Максименко

Существует пять основных потребностей человека, удовлетворение которых обеспечивает саморазвитие личности, а блокировка, напротив, приводит к самоотчуждению (самодепривации) от потребностей и развитию деструктивных стратегий выживания (алкоголизм, наркомания и др.):

1. Витальные, жизненно важные потребности (пища, вода, воздух, движение).
2. Потребность в безопасности.
3. Потребность в любви и принятии.
4. Потребность в уважении.
5. Потребность в самоактуализации (саморазвитии)

Удовлетворение потребностей детей, в первую очередь зависит от социальных условий развития, создаваемых родителями, обществом. На рис. Д.1 представлена модель, иллюстрирующая направления развития. Центральной осью, задающим направление фактором, являются социальные условия развития.

Страх окружающего мира, фобии	Нарушенное чувство зависимости, чувство одиночества	Чувство вины, агрессия/изоляция	Чувство неполноценности	5. Само-депривация	Деструктивные условия развития со стороны родителей	Конструктивные условия развития в родительской семье	5. Само-актуализация	Труднолюбие	Инициатива	Самостоятельность, устойчивость	Доверие к окружающему миру
				4. Критика, оценка			4. Удовлетворение потребности в уважении				
				3.Непринятие			3. Удовлетворение потребности в любви				
				1. Депривация витальных потребностей			1. Удовлетворение витальных потребностей				

Рис. Ж.1 Модель развития личности в условиях удовлетворения и неудовлетворения базовых потребностей.

Социальные уроки детства создают платформу вхождения личности в окружающий мир: травматические переживания детства, связанные с неудовлетворительным, фрустрирующим родительским отношением, с переживанием страха, в связи с чрезвычайными ситуациями, способствуют развитию негативного самоотношения и деструктивного реагирования на окружающих людей и жизненные обстоятельства в будущем. И, наоборот, удовлетворение базовых потребностей обеспечивает продвижение индивида по вертикали саморазвития и устойчивость к психотравмирующим факторам.

СХЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

ОПАСНОСТИ И ТРАВМЫ

Рискованные ситуации:

- Дорожно-транспортные происшествия
- Ожоги
- Утопление
- Укусы животных
- Острые предметы
- Взрывоопасные остатки военных действий
- Опасность от поврежденных объектов инфраструктуры

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:
мальчики-подростки

ШКОЛА – лучшее место проведения просветительских и тренинговых занятий

МЕРОПРИЯТИЯ

- Информирование взрослых о рисках
- Тренинги по безопасности с подростками
- Программы по уборке мусора, установке ограждений, освещению улиц
- Информирование об опасных зонах
- Программы по развитию лидерства с подростками, способствующие повышению самооценки и саморегуляции

**ВАШИ ДЕЙСТВИЯ,
если ребенок травмировался**

103
вызов скорой помощи

Педагог, социальный работник,
психолог, который получил
информацию о травмированном
ребенке

Республиканский
центр экстренной
медицинской помощи
и медицины
катастроф

Республиканский
медико-
психологический
центр,
круглосуточный
кризисный телефон
доверия

Государственная
служба по делам
семьи и детей

Школа, общественная
организация

Социальная помощь семье

Психологическая помощь
ребенку

Центр социальной
реабилитации детей.
Республиканская детская
клиническая больница
Медицинская и
психологическая помощь

При отсутствии родителей:

определение временного статуса ребенка; определение ребенка во временную семью или интернат; направление в учебное (среднее специальное) заведение.

Формы насилия и прочих вредных практик:

- психологическое насилие (оскорбление, грубость, травля);
- физическое насилие (телесное наказание, принуждение);
- сексуальное насилие;
- ранние браки по договоренности;
- пытки, похищения, нанесение увечий, убийство.

МЕРОПРИЯТИЯ

- Информирование родителей и опекунов о вредных практиках (программа позитивного родительства)
- Поддержка комитетов защиты детей при учебных заведениях, местных администрациях
- Просвещение общественности через СМИ
- Программы по развитию лидерства с подростками, способствующие повышению самооценки и саморегуляции
- Психосоциальное сопровождение уязвленных семей

Ребенок, пострадавший в результате насилия

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:
дети разных возрастных групп и полов,
дети с инвалидностью из
неблагополучных, уязвленных семей

**ПРОСТРАНСТВО,
ДРУЖЕСТВЕННОЕ ДЕТЯМ** – лучшее
место проведения просветительских
и тренинговых занятий

Педагог, социальный работник,
психолог, любой взрослый, который
получил информацию о ребенке



102

ВЫЗОВ ПОЛИЦИИ

Государственная
служба по делам семьи
и детей



**Социальное
сопровождение семьи**

Республиканский
учебно-методический центр
психологической
службы системы
образования
Работа психолога с
родителями

Республиканский
медико-психологический
центр,
круглосуточный
кризисный
телефон доверия



**Психологическая и медицинская помощь
ребенку и родителям**

Виды сексуального насилия:

- изнасилование со стороны знакомых людей;
- изнасилование посторонним лицом;
- сексуальная эксплуатация;
- сексуальный шантаж;
- торговля детьми;
- сексуальное насилие над детьми с инвалидностью.

МЕРОПРИЯТИЯ

- ✚ Информирование взрослых и детей о проблеме сексуального насилия.
- ✚ Программы полового и сексуального воспитания для разных возрастных групп.
- ✚ Обучение педагогов, социальных работников навыкам выявления детей, пострадавших от сексуального насилия.
- ✚ Организация многосекторального подхода к проблеме сексуального насилия детей.
- ✚ Составление схемы эффективной системы перенаправления, с учетом интересов ребенка и соблюдая конфиденциальность.
- ✚ Программы по предотвращению стигматизации пострадавших детей
- ✚ Создание безопасных пространств для развития детей.

Ребенок, пострадавший в результате сексуального насилия

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:

девочки-подростки 10-19 лет, дети разного пола из семей с «низким социальным статусом», дети с инвалидностью из неблагополучных, уязвленных семей, дети «улиц»

ШКОЛА, МОЛОДЕЖНЫЕ ЦЕНТРЫ, ЦЕНТРЫ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ –
лучшее место проведения просветительских и тренинговых занятий



Педагог, социальный работник, психолог, любой взрослый, который получил информацию о ребенке



МНОГОСЕКТОРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ



Сложная психосоциальная ситуация и психические расстройства

Признаки последствий травматических событий:

- Проблемы со сном (трудности засыпания, ночные кошмары).
- Проблемы с питанием (отказ от еды или чрезмерное потребление).
- Изменения в социальном поведении (изоляция или агрессия).
- Нарушение игрового поведения.
- Снижение учебной мотивации.
- Проблемы с концентрацией внимания.
- Нарушение памяти.
- Чувство вины.
- Снижение настроения.
- Повышенная тревожность.

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:

Дети, от рождения до 18 лет, пострадавшие в результате чрезвычайных ситуаций, вынужденные переселенцы, потерявшие родителей, получившие физические увечья

Республиканский медико-психологический центр
Республиканская детская клиническая больница
Республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования

Поликлиника, районная больница

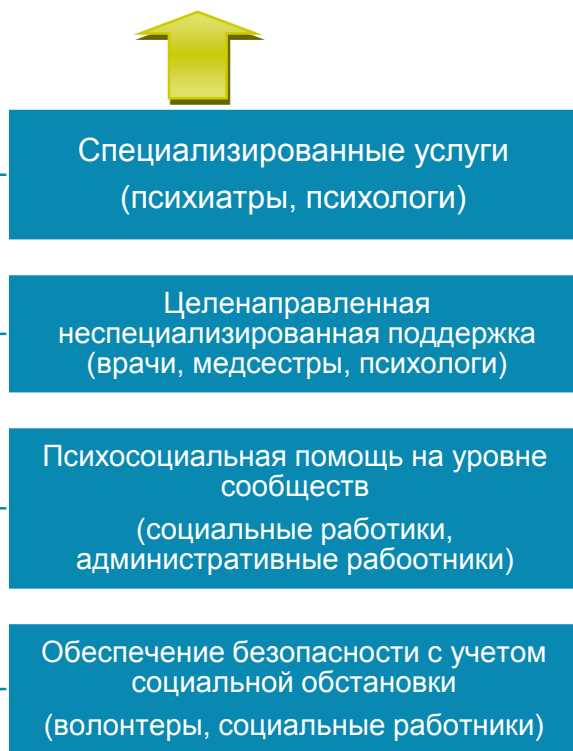
- Консультация специалистов
- Проведение обследования

Местные администрации, общественные волонтерские гуманитарные организации
Организация помещений и мероприятий для развития детей

Управление труда и социальной защиты по месту проживания ребенка/семьи. Образовательные организации.

- Оформление социальных выплат
- Удовлетворение базовых потребностей (жилье, еда, вода, здоровье)

ПИРАМИДА МЕР



МЕРОПРИЯТИЯ

- Создание безопасных пространств для развития детей
- Обучение педагогов, социальных работников навыкам оказания первой психосоциальной помощи

Дети без сопровождения и разлученные с родителями дети

Идентификация, документирование, розыск, воссоединение с семьей, альтернативная опека

Риски разлучения с семьей:

- Военный, гражданский конфликт.
- Стихийное бедствие.
- Перемещение населения (семьи).
- Передача опекуна третьему лицу.
- Насилие, жестокое обращение в семье, сообществе.
- Эксплуатация, похищение.
- Отсутствие надлежащей опеки и заботы в семье.
- Бегство, бродяжничество.

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:

несовершеннолетние дети из приемных, многодетных семей, семей с низким социальным статусом;
дети в возрасте до двух лет; дети дошкольного и младшего школьного возраста с проблемами речевого развития.

МЕРОПРИЯТИЯ

- 📁 Создание общей базы данных для розыска и воссоединения, согласование регистрационных форм.
- 📁 Обучение работников социальных служб, волонтеров методам интервьюирования детей с учетом их возраста, процедурам заполнения и обработки форм.
- 📁 Создание системы информирования общественности и перенаправления в службы по делам детей, механизма обмен-кейс между организациями и разными регионами.
- 📁 Уведомить регистрационные пункты, медицинские учреждения, центры питания, рынки, детские учреждения и пенитенциарные учреждения о мероприятиях идентификации детей, которые в розыске и детей, без сопровождения взрослых.
- 📁 Массовый розыск проводить с использованием радиотрансляций, интернета, плакатов, стендов с фотографиями, во время встреч с представителями сообщества.
- 📁 Процедуру верификации проводить на основе подтверждения родства и желания ребенка.
- 📁 Выделение материальной помощи семье для надлежащего ухода и заботы за ребенком после воссоединения. Поддержка семьи и мониторинг.
- 📁 Создание условий для временного пребывания разлученных детей, с учетом их потребностей и интересов (условия временной семьи предпочтительнее).
- 📁 Розыск родителей или родственников ребенка осуществлять на протяжении не менее двух лет, только по прошествии этого времени принимать решение о долгосрочной опеке или усыновлении.



**Государственная
служба по делам
семьи и детей**
(звонок на горячую линию)

**Центр социально-
психологической
реабилитации детей
(или приют)**

**Образовательные
организации**

**102
(полиция)**

**Служба (отдел) по
делам детей**

Правосудие в отношении детей

Риски в чрезвычайной ситуации:

- Детский труд ради выживания.
- Насилие в семье и сообществе.
- Эксплуатация.
- Вербовка организованными преступными группами.
- Наследство и опека.

Статусные нарушения:

- Нарушение комендантского часа.
- Прогулы уроков.
- Бегство.
- Попрошайничество.

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ:

Дети подросткового возраста из семей с низким педагогическим статусом, развитие которых происходит в атмосфере отчуждения, ненужности или жестокости со стороны родителей.

ШКОЛА, МОЛОДЕЖНЫЕ ЦЕНТРЫ, ЦЕНТРЫ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ –

лучшее место проведения просветительских и тренинговых занятий

МЕРОПРИЯТИЯ

- ✚ Оказывать поддержку в повышении компетенции сотрудников полиции по вопросам детской психологии, возрастных особенностей развития.
- ✚ В работе с детьми поддерживать участие женщин – сотрудников полиции.
- ✚ Оказывать поддержку в создании благоприятных для детей пространств в полицейских участках.
- ✚ Обучение педагогов, школьных психологов вопросам защиты детей в случае нарушения ими правопорядка.
- ✚ Предлагать альтернативные лишению свободы меры, например, общественные работы.
- ✚ Проведение тренингов личностного роста для подростков.
- ✚ Организация досуга, образовательных мероприятий для подростков, способствующих конструктивной занятости.
- ✚ Проведение тренингов «позитивное родительство» для родителей, педагогов.



Министерство
юстиции



Отдел по делам
семьи и детей



Государственная
служба по делам
семьи и детей



Республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования

Аппарат уполномоченного по правам человека

Образовательные организации

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ		
Организация	Адрес	Телефон
Министерство труда и социальной политики	г. Донецк – 283073, ул. Университетская, 91 obr@mtspdnr.ru	Горячая линия: (099) 346-42-28 (071) 334-91-91 (062) 206-80-88
Государственная служба по делам семьи и детей	г. Донецк, ул. Маршака, 2	Горячая линии: (066) 576-90-51 (071) 324-99-47 (062) 300-23-60
Отдел по делам семьи и детей	г. Донецк, ул. Артема, 98	(062) 304-13-23
В случае выявления детей без сопровождения взрослых в общественных местах, обращаться на горячую линию отдела по делам семьи и детей администрации г. Донецка по телефонам:		337-30-53 050 957-51-22 050 047-90-00
В случае выявления фактов насилия в семьях в отношении детей граждане могут сообщить: по «телефону доверия» или отправить обращение на эл. адрес otddeti@gorod-donetsk.org .		Телефон доверия (071) 328-30-61 (062) 340-13-23
Комиссия по оказанию помощи пострадавшим вследствие военных действий	г. Донецк, ул. Университетская, 91	(099) 452-11-59 (066) 217-85-19 (071) 323-29-12
Государственная инспекция по вопросам соблюдения законодательства о труде	г. Донецк – 283004, ул. Маршака, д. 2 www.gostrud-dnr.ru git@gostrud-dnr.ru	071) 312-17-86 (066) 17-67-303 (062) 300-23-62
Фонд социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	г. Донецк, ул. Розы Люксембург, 9	(062) 334-14-65 (071) 333-25-01
Фонд социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	г. Донецк, ул. 50-летия СССР, 149	Горячая линия (071) 319-79-85 (066) 231-10-95
Республиканский центр занятости	г. Донецк, ул. Ф. Зайцева, 46д resp@rcz-dnr.ru www.rcz-dnr.ru	(062) 303-39-39 (062) 300-17-80
Пенсионный Фонд	г. Донецк – 283073, ул. Университетская, 91 pfdnr@mail.ru	(062) 300-25-76 (066) 607-72-99 (071) 303-57-48
Диспетчерские службы администраций г. Донецка по районам	Городская	(062) 335-27-85
	Буденновский район	(062) 338-19-60
	Ворошиловский район	(062) 337-02-44
	Пролетарский район	(062) 348-04-99
	Петровский район	(062) 313-60-48
	Калининский район	(062) 294-43-90
	Киевский район	(062) 305-62-33
	Кировский район	(062) 277-15-11 (062)203-51-05

	Куйбышевский район	(062) 253-90-05 (062) 203-75-13
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ		
Организация	Адрес	Телефон
Министерство здравоохранения	г. Донецк, бул. Пушкина, 34 1-й этаж, 107 кабинет.	(062) 304-27-41 (050) 269-11-80 «Горячая линия» (071) 308-49-12 Общественная приемная (062) 300 35 54
Республиканский медико-психологический центр с круглосуточным кризисным психолого-психотерапевтическим телефоном доверия		Телефон доверия (062) 277-55-89 (071) 438-89-42 (095) 657-59-62
Республиканская детская клиническая больница	г. Донецк, бул. Шахтостроителей, 14	Регистратура (062) 294-11-23 Санпропускник (потребность в срочной мед. помощи в том числе в случае ранений) (062) 294-40-43 круглосуточно
Республиканский центр медико-социальной экспертизы Бюро медико-социальной экспертизы	г. Донецк, пр. Ильича, 14, к.10 centr_mse@ukrpost.ua	(062)312-73-77 (062)295-14-09 071-319-15-05
Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф	г. Донецк, пр. Ильича, 14-и	(062) 295-62-00 (062) 312-91-32
Донецкий Республиканский протезно-ортопедический центр	г. Донецк – 283048, пр. Освобождения Донбасса, 11а www.donprotez.mtspdnr.ru	(062) 311-68-63 (062) 311-68-65 (071) 314-47-49
Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецк	г. Донецк, ул. Челюскинцев, 263	(062) 258-32-77
Детская городская стоматологическая поликлиника г. Донецк	г. Донецк, пр-т Ленинский 7а	(062) 266-32-15
Скорая помощь		103 (062) 305-30-93 (071) 303-55-71
Городской реабилитационный центр смешанного типа для инвалидов и детей-инвалидов «С надеждой на будущее»	г. Донецк, ул. Листопрокадчиков, 8 (Киевский р-н); ул. Петровского, 250 (Петровский р-н); ул. Петровского, 117з (Кировский р-н) detskiy-centr@rambler.ru	(062) 312-29-72
Центр реабилитации детей с церебральным параличом	г. Донецк, пр-т Ильича, 80а	(062) 294-01-73 (071) 336-06-84

Донецкий Республиканский протезно-ортопедический центр	г. Донецк, пр. Освобождения Донбасса, 11а	(062) 311-68-63 (095) 764-98-84
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов г. Горловка	г. Горловка, ул. Остапенко, 74 csrdu@bk.ru	(0642) 2-40-83
Центр социальной и физкультурно-спортивной реабилитации детей-инвалидов	г. Харцызск, ул. Адамца, 72 center.invalidov@mail.ru	(06257) 7 68 21
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов «Надежда» г. Торез	г. Торез м-н 1, д.1, корп.1 orez-nadia@mail.ru	(06254) 3 05 08
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов г. Снежное	г. Снежное ул. Ленина, 17 scsrdi@rambler.ru	(06256) 5 31 39
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ		
Организация	Адрес	Телефон
Министерство образования	г. Донецк, ул. Университетская, 83а	Горячая линия (071) 321-44-48
Республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования	г. Донецк, ул. Щорса, 30	Стационарный: (062) 277-55-89 Феникс: (071) 438-89-42 вайбер: (095) 657-59-62
Центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи управления образования администрации г. Донецка	г. Донецк, бульвар Школьный, 15 crrpimsp@ya.ru	(062) 337-84-91
ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ.		
Организация	Адрес	Телефон
Министерство юстиции	г. Донецк, ул. Артема, д. 157	(062) 300-19-52
Генеральная прокуратура	г. Донецк, ул. Генерала Антонова, д.2	Горячая линия (071) 300 42 32
Аппарат уполномоченного по правам человека		(095) 259 45 60 (071) 301 73 52
Служба полиции		102
Городской отдел полиции	г. Донецк, ул. Челюскинцев, 53	(062) 340-01-05 (062) 340-01-02
Ворошиловский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Любавина, 4	(062) 337-50-59 (062) 312-54-09
Калининский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Овнатаняна, 38	(062) 294-01-90 (062) 294-12-58
Кировский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Кирова, 106	(062) 277-13-79 (062) 277-04-33
Куйбышевский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Матросова, 27	(062) 253-23-98 (062) 253-23-27
Ленинский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Аксакова, 56	(062) 266-00-01
Петровский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Петровского, 262	(062) 313-80-02
Буденовский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Гурьевская, 3	(062) 338-15-51
Военная комендатура		(066) 567-49-93
Для сообщения о преступлениях и правонарушениях		(095) 045-54-51 Круглосуточный телефон (071) 300-42-32

Восстановление документов		
Государственная исполнительная служба в Буденовском районе	г. Донецк, ул. Октября, 25.	(062) 203-00-28
Государственная исполнительная служба в Ворошиловском районе	г. Донецк, ул. 50 лет СССР, 149	(062) 337-62-16 (062) 337-57-36
Государственная исполнительная служба в Калининском районе	г. Донецк, пр-т Ильича, 89	(062) 386-86-24
Государственная исполнительная служба в Киевском районе	г. Донецк, пр-т Киевский, 32	(062) 306-47-21 (062) 306-47-22
Государственная исполнительная служба в Кировском районе	г. Донецк, ул. Карла Маркса, 8	(062) 277-14-85 (062) 277-14-90
Государственная исполнительная служба в Куйбышевском районе	г. Донецк, ул. Ермолая Жукова, 56	(062) 253-00-25
Государственная исполнительная служба в Ленинском районе	г. Донецк, ул. Донецкая, 39	
Государственная исполнительная служба в Петровском районе	г. Донецк, пл. Петровского, 5	(062) 203-34-34 (062) 203-46-43
Государственная исполнительная служба в Пролетарском районе	г. Донецк, ул. Раздольная, 276	(062) 222-02-78
Донецкий отдел технической инвентаризации	г. Донецк, ул. Кобозева, 68а	(071) 307-37-57
Донецкий городской отдел ЗАГС ГРП	г. Донецк, ул. Университетская, 13	(062) 335-12-93 (062) 338-07-54

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

БАБЕНКО-СОРОКОПУД ИРИНА ВЯЧЕСЛАВОВНА, кандидат медицинских наук, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: irina.b-s@mail.ru

BABENKO-SOROKOPUD Irina, Candidate of Medical Sciences, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: irina.b-s@mail.ru

БАЖУТИНА СВЕТЛАНА БОРИСОВНА, кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии Луганского национального университета имени Тараса Шевченко; e-mail: sbajuta@list.ru

BAZHUTINA Svetlana, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology, Lugansk Taras Shevchenko National University; e-mail: sbajuta@list.ru

БАРЫШЕВА ЕЛЕНА ИВАНОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, заведующая кафедрой психологии, профессор Луганского национального университета имени Тараса Шевченко; e-mail: Helenbar2008@rambler.ru

BARYSHEVA Elena, Ph.D. in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychology, Lead of the Department of Psychology at Lugansk Taras Shevchenko National University; e-mail: Helenbar2008@rambler.ru

БЕШУЛЯ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: helgaverum@gmail.com

BESHULIA Olga, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Human's Anatomy, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: helgaverum@gmail.com

БУБНОВА АЛЕКСАНДРА ХАРЛАМПИЕВНА, методист отдела практической психологии и социальной работы Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: aleks_bubnova@mail.ru

BUBNOVA Alexandra, Methodologist of the Department of Practical Psychology and Social Work of the Donetsk Republican Educational and Methodological Center of the Educational Services Psychological Service; e-mail: aleks_bubnova@mail.ru

ГОРДЕЕВА АЛЛА ВАЛЕРИАНОВНА, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»; e-mail: a.valer@mail.ru

GORDEEVA Alla, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Lead of the Department of Psychology of the Donetsk National University; e-mail: a.valer@mail.ru

ГОМОЗОВА ИРИНА СЕРГЕЕВНА, методист Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: bdacha2017.5@gmail.com

GOMOZOVA Irina, Methodologist of the Donetsk Republican Educational and Methodological Center for Educational Services Psychological Service; e-mail: bdacha2017.5@gmail.com

ИВАНОВА ИННА ВАСИЛЬЕВНА, директор Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: innai.2010@mail.ru

IVANOVA Inna, Director of the Donetsk Republican Educational and Methodological Center for the Educational Services Psychological Service; e-mail: innai.2010@mail.ru

ИГНАТЕНКО ТАТЬЯНА ИВАНОВНА – методист отдела консультации, развития и коррекции Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: rous.ma@mail.ru

IGNATENKO Tatyana, Methodologist of the Consultation, Development and Correction Department of the Donetsk Republican Educational and Methodological Center of the Educational Services Psychological Service; e-mail: rous.ma@mail.ru

КИОСЕВ Никита Владимирович, аспирант, ассистент кафедры патофизиологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: nikkiosev@gmail.com

KIOSEV Nikita, Postgraduate, Assistant of the Department of Pathophysiology, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: nikkiosev@gmail.com

КИОСЕВА Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии ФИПО; кафедры высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО, ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: kiohelen@mail.ru

KIOSEVA Elena, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, Medical Psychology, FIPO Narcology; Departments of Higher Education, Health Management and Epidemiology of FIPO, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: kiohelen@mail.ru

КЛЕШНЯ ВЛАДИМИР ГРИГОРЬЕВИЧ, заведующий диспансерно-поликлиническим отделением Республиканского наркологического центра г. Донецка, врач-нарколог высшей категории, практикующий клиницист, психиатр-нарколог; e-mail: dpo.rnc-dnr@bk.ru

KLIESHNYA Vladimir, head of the dispensary-polyclinic department of the Republican Narcological Center of Donetsk, narcologist of the highest category, practicing clinician, psychiatrist-narcologist; e-mail: dpo.rnc-dnr@bk.ru

КРАВЧУК АЛЛА ВЛАДИМИРОВНА, врач-психотерапевт Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра г. Донецка; e-mail: kravchuk.alla.dn@mail.ru

KRAVCHUK Alla, MD, psychotherapist of the Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medical-Psychological Center, Donetsk; e-mail: kravchuk.alla.dn@mail.ru

ЛОХ КОНСТАНТИН ВЛАДИМИРОВИЧ, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», e-mail: klokh@rambler.ru

ЛОКН Konstantin, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology, Donetsk National University; e-mail: klokh@rambler.ru

МАКСИМЕНКО ЕЛЕНА ГЕОРГИЕВНА доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии ГОУ ВПО «Донецкий педагогический институт»; emaksimenkodon@gmail.com

MAKSIMENKO Elena, doctor of Psychological sciences, Professor, Department of Psychology, Donetsk Pedagogical Institute; e-mail: emaksimenkodon@gmail.com

МУХИНА ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА, методист отдела практической психологии и социальной работы Донецкого республиканского учебно-методического

центра психологической службы системы образования; e-mail: ir.muhina2010@yandex.ru

MUKHINA Irina, Methodologist of the Department of Practical Psychology and Social Work of the Donetsk Republican Educational and Methodological Center of the Educational Services Psychological Service; e-mail: ir.muhina2010@yandex.ru

НОВИКОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологии ГОУ ВПО «Донецкий педагогический институт»; e-mail: novikova80@mail.ru

NOVIKOVA Elena, Candidate of Psychological Sciences, Lead of the Department of Psychology, Donetsk Pedagogical Institute; e-mail: novikova80@mail.ru

ОХМАТ АНАСТАСИЯ АЛЕКСЕЕВНА, психолог-консультант телефона доверия психотерапевтического отделения РКПБ-медико-психологического центра; e-mail: anastasia.oxmat@gmail.com

ОКНМАТ Anastasia, Psychologist and Counselor of the Helpline at the Psychotherapy Department of the RCBP-Medical Psychological Center; e-mail: anastasia.oxmat@gmail.com

ПАЦКАНЬ ИГОРЬ ИВАНОВИЧ, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, директор колледжа ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: patskan.igor@mail.ru

PATSKAN Igor, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Human's Anatomy, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: patskan.igor@mail.ru

РУДЕНКО СВЕТЛАНА ВИКТОРОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»; e-mail: Rudenko_SV@mail.ru

Rudenko Svetlana, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of Department of Psychology, Donetsk National University; e-mail: Rudenko_SV@mail.ru

СЕДНЕВ ВЛАДИСЛАВ ВЛАДИМИРОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, начальник отдела Генеральной прокуратуры ДНР, старший советник юстиции; e-mail: wsednev63@gmail.com

SEDNEV Vladislav, Doctor of medical sciences, professor, head department of the Prosecutor General's Office of the DPR, senior counselor of justice; e-mail: wsednev63@gmail.com

ТАЦИЙ ВИКТОРИЯ НИКОЛАЕВНА, кандидат психологических наук, заведующая Кризисным центром перинатальной психологии и психотерапии Донецкого Республиканского Центра Охраны Материнства и Детства, главный Республиканский специалист по психологии Министерства здравоохранения ДНР; e-mail: viktoriatatsyi@mail.ru

TATSYI Victoria is a Candidate of Psychological Sciences, the Deputy Director of the Perinatal psychology and psychotherapy Crisis center of the Donetsk Republican Center of Motherhood and the Childhood Protection, the chief Republican specialist on psychology of the Ministry of Health of the DPR; e-mail: viktoriatatsyi@mail.ru

ТИТИЕВСКИЙ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»; e-mail: sergeytitievsky@mail.ru

TITIEVSKIY Sergey, MD, Sc.D, professor, professor of the Department of psychiatry, psychotherapy, medical psychology and narcology of FIPE, M. Gorky Donetsk National Medical University; e-mail: sergeytitievsky@mail.ru

ФРОЛОВА АННА ГЕННАДЬЕВНА, медицинский психолог ДРЦОМД МЗ ДНР; e-mail: kovalevskaya_85@mail.ru

FROLOVA Anna, medical psychologist; e-mail: kovalevskaya_85@mail.ru

ЯНОВСКАЯ ЛАРИСА ВЛАДИМИРОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»; e-mail: yanovlar1@mail.ru

YANOVSKAYA Larisa, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology, Donetsk National University; e-mail: yanovlar1@mail.ru

Научное издание

Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий

Коллективная монография

Коллектив авторов:

Бабенко-Сорокопуд И.В. кандидат медицинских наук;
Бажутина С.Б., кандидат педагогических наук, доцент;
Барышева Е.И., кандидат психологических наук, доцент;
Бешуля О.А., кандидат медицинских наук;
Бубнова А.Х.;
Гомозова И.С.;
Гордеева А.В., кандидат психологических наук, доцент;
Иванова И.В.;
Игнатенко Т.И.;
Киосев Н.В., аспирант;
Киосева Е.В., доктор медицинских наук, профессор;
Клешня В.Г.;
Кравчук А.В.;

Лох К.В., кандидат психологических наук, доцент;
Максименко Е.Г., доктор психологических наук, доцент;
Мухина И.А.;
Новикова Е.В., кандидат психологических наук;
Охмат А.А.;
Пацкань И.И., кандидат медицинских наук, доцент;
Руденко С.В., кандидат психологических наук, доцент;
Седнев В.В., доктор медицинских наук, профессор;
Таций В.Н., кандидат психологических наук;
Титиевский С.В., доктор медицинских наук, профессор;
Фролова А.Г.
Яновская Л.В., кандидат психологических наук, доцент.

Под общей редакцией
доктора психологических наук Е.Г. Максименко
доктора медицинских наук В.В. Седнева
кандидата психологических наук А.В. Гордеевой
кандидата психологических наук Е.В.Новиковой

Оригинал-макет: ООО "НПП "Фолиант"

Подписано в печать 13.06.2019 г. Формат 60х84 1/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Печать лазерная.
Усл. печ. листов 22,03 Уч.-изд. л. 23,7
Заказ № 13/19 Тираж 300 экз.
ISBN 978-5-6042162-7-9
Цена – свободная

Издательство ООО "НПП "Фолиант"
346332, Россия, г. Донецк, ул. Шевченко, 12
Контактный телефон: +79515061881
E-mail: ooo.foliant@bk.ru
ООО "НПП "Фолиант", 2019.
Свидетельство о государственной регистрации
61№008044237 от 30.09.2016 г.

Отпечатано в типографии ООО "Цифровая типография"
(ФЛП Артамонов Д.А.)
г. Донецк, ул. Артема, 138 а,
Тел.: 0714078530
Свидетельство о регистрации ДНР
серия АА02 № 51150 от 9 февраля 2015 г.
ISBN 978-5-6042162-7-9

