

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Р.Р. ПОПОВА

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В КРИЗИСНЫХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЯХ**

Учебное пособие

Казань 2013

УДК 159.98+616-001.36

+615.851 ББК 88.6

П 41

*Печатается по решению кафедры общей и практической
психологии Института педагогики и психологии Казанского
Федерального университета*

Рецензенты:

Фролова А.В., зав. кафедрой общей и практической психологии ИПП
КФУ, канд. псих. наук, доцент

Минуллина А.Ф., канд. псих. наук, доцент кафедры общей и
практической психологии ИПП КФУ

Попова Р.Р.

Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях:

Учебное пособие. – Казань: Издательство Казанского ун-та, 2013. – с.

Учебное пособие разработано для использования при организации учебной деятельности по курсу «Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях». Пособие содержит описание кризисных ситуаций в жизни человека, механизмов их возникновения и переживания. В пособии раскрываются способы и методы психологической работы с пострадавшими в разных кризисных ситуациях, отдельное внимание уделяется особенностям психологической помощи детям. Учебное пособие включает план практических занятий со студентами, содержит разнообразные задания для контроля знаний.

Учебное пособие предназначено для студентов психологических и педагогических вузов.

© Попова Р.Р., 2013

Содержание

Введение.....

Раздел 1. Теоретические основы оказания психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях.....

Тема 1. Понятие «психологический кризис».....

Тема 2. Виды кризисов и кризисных ситуаций.....

Тема 3. Посттравматический стресс, диагностические критерии ПТСР.....

Тема 4. Методы и основные принципы психологической помощи в кризисной ситуации.....

Тема 5. Психологическая помощь при нормативном кризисе.....

Тема 6. Психологическая помощь при утрате.....

Тема 7. Психологическая помощь жертвам насилия.....

Тема 8. Особенности оказания психологической помощи детям, пострадавшим от насилия.....

Тема 9. Психологическая помощь при суициде.....

Тема 10. Психологическая помощь жертвам сект.....

Раздел 2. Практические занятия.....

Практическое занятие 1. Личность консультанта, оказывающего кризисную помощь.....

Практическое занятие 2. Методы диагностики ПТСР.....

Практическое занятие 3. Методы психологической работы с ПТСР ...

Практическое занятие 4. Методы оказания психологической помощи детям – жертвам насилия.....

Практическое занятие 5. Методы оказания психологической помощи в ситуации утраты.....

Практическое занятие 6. Методы оказания психологической помощи при семейном кризисе.....

Практическое занятие 7. Определение степени суицидального риска.....

Контрольные вопросы.....

Тестовый контроль знаний.....

Литература.....

Приложения.....

Введение

В настоящее время психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях становится все более и более востребованной. С одной стороны, это связано с возрастанием числа трудных жизненных ситуаций, спровоцированных социальными и экономическими аспектами жизни, с увеличением числа техногенных катастроф, стихийных бедствий, террористических актов, сект, случаев морального, физического и сексуального насилия в обыденной жизни.

С другой стороны, кризисное переживание может возникать не только в экстремальной ситуации. Любое значимое изменение жизненной ситуации или внутренней позиции может переживаться как кризис. В литературе широко описаны возрастные кризисы, кризисы, возникающие в межличностных отношениях и так далее. С этой точки зрения кризис представляет собой здоровое состояние развивающегося человека, что, однако не приуменьшает тягостности самого переживания.

Очевидно, что любое кризисное переживание является сложным, имеет богатую феноменологию и структуру. Сложность работы с кризисным переживанием, так же как и большая востребованность психологической помощи в кризисных ситуациях выдвигают высокие требования к компетенции будущих психологов.

Важно, чтобы помогающий специалист мог почувствовать глубину и специфику кризисного переживания, мог понять закономерности протекания кризиса, умел присутствовать рядом. Данное пособие позволяет студентам расширить теоретические представления и практические навыки в данной области.

В пособии рассматриваются виды кризисных ситуаций, особенности их переживания, методы и принципы оказания психологической помощи в разных ситуациях. В частности, раскрываются способы и методы психологической работы с пострадавшими от насилия, с жертвами сект, рассматриваются особенности психологической помощи в ситуациях утраты, в ситуации суицидального риска. Особое внимание уделяется изложению особенностей кризисной психологической помощи детям.

Учебное пособие включает план практических занятий со студентами, содержит разнообразные задания для контроля знаний. Каждая глава снабжена вопросами для самоподготовки студентов, содержит темы возможных рефератов и проектов. Тестовый контроль знаний включает кейсы – описания конкретных ситуаций, возникающих при оказании психологической помощи, и направлен на развитие у студентов способности мыслить, соотносить теоретические и практические аспекты в ситуациях консультирования.

Цель дисциплины: развитие компетенций в области овладения методами психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях

на основе понимания особенностей переживаний и поведения человека в ситуациях различной степени сложности.

Задачи курса:

1. Сформировать понятийный аппарат, дифференцировать такие понятия как «кризис», «стресс», «психологическая травма», «кризисная ситуация», «чрезвычайная ситуация», «посттравматическое стрессовое расстройство»;
2. Ознакомить студентов с теоретическими аспектами учения о посттравматическом стрессе и научить распознавать кризисность переживания, диагностировать ПТСР;
3. Сформировать представления об основных направлениях психологической помощи, используемых в кризисных и чрезвычайных ситуациях;
4. Способствовать формированию у студентов психологической готовности к оказанию психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях.

Предметом исследования в данном курсе являются виды, формы и способы оказания психологической помощи в зависимости от характера кризисной или чрезвычайной ситуации.

Место курса в профессиональной подготовке выпускника: курс относится к числу специальных учебных дисциплин, он рассчитан на выработку специальных конкретных знаний, практически значимых умений и навыков дифференциации кризисных ситуаций и понимания характера необходимой психологической помощи. Курс способствует развитию специальной профессиональной компетенции, является практико-ориентированным. Он дополняет, обогащает и углубляет клиническую проблематику в области теории и практической деятельности. Курс тесно связан с дисциплинами общепсихологического, социально-психологического и клинического циклов.

Раздел 1. Теоретические основы оказания психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях

Тема 1. Понятие «психологический кризис»

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Познакомить студентов с понятием кризис, дифференцировать понятия «кризис», «стресс», «фрустрация», «конфликт», «психологическая травма»

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать основные понятия кризисной психологии «кризис», «стресс», «фрустрация», «конфликт», «психологическая травма».
2. Описать и назвать чувства, возникающие при переживании кризиса.
3. Определить этап кризисного переживания.
4. Выявить факторы, влияющие на кризисное переживание.

Студент должен знать:

1. Основные подходы к рассмотрению понятия «кризис».
2. Особенности кризисного переживания по сравнению с переживанием стресса, фрустрации, конфликта.
3. Этапы и функции кризисного переживания.

Темы проектов, рефератов:

1. Субъект-субъектные взаимодействия человека при кризисе.
2. Концепция общего адаптационного синдрома Г. Селье.
3. Представление о кризисе в теории психологических систем.
4. Адаптивные и неадаптивные способы совладания с кризисом.
5. Копинг стратегии в ситуации кризиса.
6. Понятие «переживание» в общей психологии.
7. Переживание как работа по восстановлению жизнедеятельности организма.
8. Эмоциональная окрашенность кризисного переживания.

Рекомендуемая литература:

1. Анциферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и "техники" ее бытия / Психологический журнал. – 1993. – №2. – С. 3-16.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
3. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.
4. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен // Психологический журнал. – 1988. – №5. – С.121-128.
5. Логинова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь. В кн.: Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – С. 238-246.
6. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация РФ, 1998. – 496 с.
7. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
8. Осипова А.А.. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
9. Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 608 с.
10. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
11. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме: Пер. с англ. – М., 1960. – 128 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. Какое определение кризиса Вы можете дать сами?
2. Придумайте ситуацию и попробуйте проанализировать, является ли она: стрессовой, фрустрирующей, конфликтной или кризисной.
3. Дайте определение понятию «переживание».
4. Рассмотрите свою кризисную ситуацию. Какие этапы переживания кризиса в ней Вы можете обнаружить? Какие функции выполнил данный кризис в Вашей жизни?
5. Опишите виды кризисных переживаний.

Основные вопросы темы:

1. Основные подходы к пониманию понятия «кризис».
2. Понятия, используемые в кризисной психологии.
3. Основные характеристики кризисного переживания.
4. Виды кризисных переживаний.
5. Этапы развития кризиса.
6. Функции кризисного переживания.

Содержательная часть

Кризисная психология – относительно новая область науки, поэтому ключевые понятия – кризис и кризисное переживание – не имеют пока четких дефиниций.

Понятие *кризис* происходит от греческого 'kreses' – решение, поворотный пункт, исход. В Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова «кризис» определяется как: “1) резкий, крутой перелом в чем-нибудь, 2) затруднительное, тяжелое положение” [53:с.306].

Традиционно понятие «кризис» связано с психологией развития, в рамках которой кризис понимается как дискретный момент развития личности, как переходный период между возрастными этапами человеческой жизни [54:с.4]. Такие кризисы принято считать нормативными, поскольку они сопровождают человека на протяжении всей его жизни.

Другое понимание кризиса возникло в клинической психологии, в рамках которой кризис характеризуется как состояние экстремального напряжения сил для преодоления принципиально новых препятствий, опасных для здоровья или жизни человека. Такими препятствиями могут являться, например, катастрофические события, тяжелые заболевания и так далее. Характерным для кризисного переживания такого типа является наличие угрозы для жизни, психического или физического здоровья.

В любом кризисе, связан ли он с процессами взросления и развития или возникает в острой катастрофической ситуации, человек сталкивается с сильными переживаниями. Наиболее острыми среди них выступают переживания *невозможности*: *невозможность существовать прежним, известным человеку способом, невозможность реализовывать свои мотивы, стремления и ценности, невозможность преодолеть кризис способами, известными из прошлого опыта*. Кризис разворачивается в пространстве самой жизни, затрагивая жизнь как целое, жизненный замысел. Трудность, сложность и невозможность прежнего способа существования подталкивают человека искать новые формы и способы видения мира и межличностных отношений. Преодоление кризиса всегда приводит к переходу на другой уровень психологического функционирования.

В кризисной психологии наряду с понятием кризис часто употребляются такие понятия как *стресс*, *фрустрация*, *конфликт*, однако значение этих понятий не синонимично понятию кризис. По мнению Ф.Е. Василюка [19], каждому из них соответствует особое категориальное поле, задающее нормы функционирования и употребления этого понятия (Табл. 1).

Под *стрессом*, по определению Г. Селье, понимается неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует перестройки организма для адаптации к изменившимся условиям [69]. Стресс затрагивает жизнедеятельность организма, прерывая здесь-и-теперь удовлетворение и нарушая витальность. Факторы, вызывающие стресс, называются стрессорами. По мнению Г. Селье, любая жизненная ситуация вызывает стресс: положительная ситуация вызывает эустресс, негативная – дистресс.

Р. Лазарусом было предложено понятие *психологический стресс*, которое включает не только ответ организма, но и оценку организмом внешней угрозы и защитные механизмы.

Фрустрация – при переводе с английского буквально означает расстройство, уничтожение замыслов, мотивов. Это понятие рассматривается в контексте проблемы выносливости человека по отношению к его жизненным трудностям и этим оно приближается к понятию кризис [60:с.407]. Состояние фрустрации характеризуется двумя аспектами: наличием сильной мотивации к достижению цели и наличием преграды, препятствующей достижению этой цели. Препятствия, возникающие на пути к цели, могут быть:

- физические (замкнутое пространство);
- биологические (болезнь, старость);
- психологические (страх, стыд);
- культуральные (правила, нормы поведения).

Фрустрационные барьеры могут быть так же внешними или внутренними.

Конфликт – состояние, характеризующееся столкновением интересов при их высокой значимости для человека. Конфликт затрагивает согласованность внутреннего мира человека. Конфликт может быть внешним, когда сталкиваются интересы людей, либо внутренним, при котором сталкиваются разные мотивы, желания, установки.

Табл. 1

Типология критических ситуаций

Онтологическое поле	Тип активности	Внутренняя необходимость	Нормальные условия	Тип критической ситуации
"Витальность"	Жизнедеятельность организма	Здесь-и-теперь удовлетворение	Непосредственная данность жизненных благ	Стресс
Отдельное жизненное отношение	Деятельность	Реализация мотива	Трудность	Фрустрация
Внутренний мир	Сознание	Внутренняя согласованность	Сложность	Конфликт
Жизнь как целое	Воля	Реализация жизненного замысла	Трудность и сложность	Кризис

Таким образом, понятия кризис, стресс, фрустрация, конфликт имеют разные категориальные пространства. Это не исключает, однако, возможности сочетания и взаимосвязи разных психических состояний. Например, мы можем наблюдать, что длительная фрустрация или текущий актуальный конфликт

фасилитируют развитие кризисного состояния, либо что переживаемый стресс усиливает кризисность текущего состояния.

Другое понятие, часто употребляемое в кризисной психологии – это понятие *психологическая травма* (психотравма). Под психотравмой понимают поломку, дефект, который заключается в разрыве, прерывании или разобщении, разведении связей между психическими процессами на отдельные составляющие. Такая поломка приводит к дезинтеграции личности, нарушениям восприятия, мышления, памяти, снижению уровня психической энергии, глубокому личностному изменению. Для возникновения психотравмы характерно первоначальное переживание субъектом угрозы, невозможность противостоять ей, последующая капитуляция перед лицом опасности с развивающимся состоянием беспомощности.

Понятие психотравма соотносится с понятием *осложняющегося кризиса* [19], при котором происходит остановка или угнетение жизнедеятельности человека и возникает деструктивное, патогенное влияние на физическое и психическое здоровье человека, блокируется реализация его жизненного замысла. Однако понятия «кризис» и «психотравма» находятся в разных семантических пространствах. Понятие «кризис» описывает происходящее с субъектом с точки зрения невозможности реализации его прежнего способа жизни, тогда как «психотравма» описывает само повреждение психических процессов в форме их специфической дезинтеграции.

Кризис как психологическое состояние характеризуется особым **переживанием**. Переживание кризиса может сопровождаться *тревогой*. Любая значимая ситуация вызывает тревогу, которая представляет собой мобилизацию ресурсов организма. Поскольку тревога помогает в мобилизации против угрозы, возникновение тревоги в ситуации кризиса представляет собой нормальное явление. Вместе с тем, сильная тревога создает замешательство, искаженные, негативные суждения, дезорганизует психическую деятельность.

Другое чувство, переживаемое в кризисе – это *беспомощность*, которая переживается как невозможность справиться с ситуацией, как состояние, когда «почва уходит из-под ног».

Для кризисного переживания может быть характерно чувство *стыда*. Сама ситуация кризиса как бы ставит под сомнение способность человека справляться с трудностью. Человек может почувствовать себя плохим, некомпетентным, зависимым от других, он может стыдиться того, что с ним произошло.

В кризисном переживании часто присутствуют *печаль* и *тоска*. Тоска – тягостное переживание разлученности, невозможности быть рядом со значимым человеком, либо невозможности вернуться в ситуацию (тоска по детству). Печаль часто возникает при переживании горя как отношение к утраченному или нереализованному.

Другие чувства, характерные для кризисного переживания – *гнев*, *ярость*. Гнев отражает отношение к препятствию, нарушающему реализацию потребности. Гнев может быть направлен на судьбу, которая отняла близкого,

на себя и на свою неспособность справляться со слезами, на обидчика. И гнев, и ярость могут не осознаваться человеком, могут быть вытеснены и спрятаны за чувствам *вины/обиды* или беспомощности.

Кризисное переживание часто сопровождается чувством *одиночества*. Оно выражается в чувствах ненужности, непонятости, тупика, безнадежности, пустоты.

Ф.Е. Василюк рассматривает четыре **вида кризисных переживаний**[19]:

1. Гедонистическое переживание игнорирует свершившийся факт, отрицает его, формирует ложное чувство благополучия.
2. Реалистическое переживание подчиняется принципу реальности. Человек признает случившееся, приспособливает свои интересы к новому образу и смыслу жизни. Возврат к предыдущему отношению к вещам становится невозможен, прошлое отбрасывается.
3. Ценностное переживание признает наличие кризиса, но отвергает пассивное принятие ударов судьбы. Ценностное переживание строит новое содержание жизни с учетом понесенной утраты.
4. Творческое переживание характерно для волевых личностей. Такой человек в ситуации кризиса сохраняет способность сознательно искать выход из сложившейся ситуации.

Кризисное переживание, несмотря на сложность и тягостность, имеет определенные функции. По мнению Р.Х. Шакурова (2001), **кризис выполняет следующие функции**[60:с.109]:

1. Созидательную, которая заключается в мобилизации ресурсов субъекта для преодоления сопротивления среды, мешающего удовлетворению потребностей; Функцию регулирования поведения с учетом характера преодолеваемых преград», которая представляет собой изменение внутренних условий в направлении повышения их функциональных возможностей;
2. Тормозящую функцию, связанную с остановкой или угнетением жизнедеятельности человека по удовлетворению его потребностей;
3. Подавляющую функцию, заключающуюся в блокировке удовлетворения важных потребностей и оказании деструктивного, патогенного воздействия на личность.

Каждый кризис имеет свою **динамику**. Г. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса [19]: 1) первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем; 2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными; 3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников; 4) повышение тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, дезорганизация личности.

Кризис можно описать следующей схемой:

1. Источники кризиса: противоречия, проблемы, возникающие у человека.
2. Симптомы: особенности переживаний, которые проявляются в поведении.

3. Возможные обстоятельства, углубляющие протекание кризиса.
4. Обстоятельства, облегчающие выход из кризиса.
5. Влияние кризиса на успешность деятельности.
6. Формы «расплаты» за невыход из кризиса.
7. Особенности психологической помощи, в которой нуждается человек, оказавшийся в кризисной ситуации.

Кризис может завершиться на любой стадии, если исчезнет опасность или обнаружится решение. Исследования показывают, что существует три основных **способа преодоления кризиса**. Первый способ – это эффективное его разрешение благодаря осознанию смысла кризисной ситуации, использованию конструктивных *копинг-стратегий* и внутренних ресурсов. Второй способ представляет собой неэффективное разрешение кризисной ситуации из-за неспособности человека видеть смысл в ситуации и его сильной сосредоточенности на эмоциональных переживаниях. Уход от разрешения кризисной ситуации, избегание связанных с ней негативных переживаний является третьим способом преодоления кризиса.

Общим признаком всех деструктивных стратегий преодоления кризисов является фактическое нежелание и/или неспособность человека работать со своей проблемой: не способность принимать решения, брать ответственность, страх изменений, внешне-обвинительная позиция.

Конструктивное преодоления кризиса предполагает принятие реальности, взятие ответственности, способность к анализу происходящего, способность к выделению главного и второстепенного в проблеме, возможность ее поэтапного решения. В этом случае кризис и становится поворотным этапом жизненного пути личности.

Тема 2. Кризисные и чрезвычайные события и ситуации, их виды

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Ознакомить студентов с основными характеристиками кризисных и чрезвычайных событий и ситуаций, рассмотреть подходы к типологии кризисных и чрезвычайных ситуаций.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать понятия «событие», «ситуация», «значимое событие», «кризисное событие», «кризисная ситуация», «чрезвычайная ситуация».
2. Рассматривать кризисные и чрезвычайные ситуации в контексте жизненного пути человека.
3. Различать объективную и субъективную кризисные ситуации.

4. Определить характеристики кризисной и чрезвычайной ситуации.
5. В условиях чрезвычайной ситуации определить уязвимость разных слоев населения к травматизации.

Студент должен знать:

1. Особенности кризисных событий и ситуаций.
2. Основные подходы к типологии кризисных и чрезвычайных ситуаций.
3. Характеристики чрезвычайных ситуаций.
4. Факторы уязвимости населения к травматизации в чрезвычайных ситуациях.

Темы проектов, рефератов:

1. Исследования жизненного пути человека в работах С.Л. Рубинштейн и А.Н. Леонтьева.
2. Биографический метод как способ исследования событий жизненного пути личности.
3. Взаимосвязь объективных и субъективных факторов в кризисной ситуации.
4. Формы трансформации личности в кризисной ситуации.

Рекомендуемая литература:

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: В 2 т. Т. 1. – М.: Педагогика, 1980. – 232 с.
2. Бассин Ф.В. К развитию проблемы значения и смысла // Вопросы психологии, 1973. – №6. – С. 13-22.
3. Бассин Ф.В. О силе "Я" и психологической защите // Вопросы философии. – 1969. – №2. – С. 118-125.
4. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
5. Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
6. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен // Психологический журнал. – 1988. – №5. – С.121-128.
7. Логинова Н.А. Развитие личности и ее жизненный путь. В кн.: Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2000. – С. 238-246.
8. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – С. 20-121.
9. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.

10. Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 608 с.
11. Психология социальных ситуаций / Сост. и общая редакция Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
12. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: В 2 т. Т. 2. – М.: Педагогика, 1989. – 328 с.
13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
14. Трифонова С.А. Психология социальных ситуаций: Учебное пособие. – Ярославль: Изд-во Ярославского ун-та, 2004. – 91 с.
15. Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что такое структура ситуации?
2. В чем сходства и отличия понятий «событие» и «ситуация»?
3. Какие события жизненного пути, по Вашему мнению, являются объективно значимыми?
4. Как в субъективно значимых ситуациях отражаются личностные особенности субъекта? Приведите примеры.
5. Отличаются ли, по Вашему мнению, кризисные и чрезвычайные ситуации?
6. Что делает ситуацию кризисной? Чрезвычайной?

Основные вопросы темы:

1. Определение понятия «ситуация», структура ситуации.
2. Представление о значимых событиях и ситуациях жизненного пути.
3. Критерии кризисности событий и ситуаций.
4. Типология кризисных событий и ситуаций.
5. Виды чрезвычайных событий и ситуаций.
6. Первичная и вторичная травматизация населения в условиях чрезвычайной ситуации.

Содержательная часть

Понятие **ситуация** возникает при взаимодействии субъекта с окружающей действительностью и включает в себя три составляющих: самого субъекта, окружающую среду и взаимодействие между ними. В основе этого подхода лежит идея К. Левина о том, что поведение субъекта в каждый момент времени детерминируется той конкретной целостностью, которая включает в себя как субъекта, так и его актуальное окружение. В зависимости от преобладания роли внешней обстановки или личностных факторов выделяют объективную и субъективную ситуации. Субъективная

ситуация формируется посредством придания личностной значимости объективной ситуации.

Каждая ситуация представляет собой систему событий, в той или иной степени связанных между собой, где событие выступает детерминантой ситуации [44]. При этом *ситуация - это отражение всего богатства взаимодействия субъекта и среды, а событие - это отражение значимости изменений, возникающих в процессе этого взаимодействия (на себя)*.

Исследованиями событий в аспекте психологии жизненного пути занимался С.Л. Рубинштейн. Он рассматривал события как элементарные структурные единицы жизненного пути. Основным критерием события, по мнению С.Л. Рубинштейна, является его судьбоносность, то есть способность события зримо повлиять на жизненный путь личности. «В ходе индивидуальной истории бывают и свои «события» – узловые моменты и поворотные этапы жизненного пути индивида, когда с принятием того или иного решения на более или менее длительный период определяется жизненный путь человека» [66:с.248]. Различая внешние и внутренние события, С.Л. Рубинштейн писал, что внешние события, преломляясь через внутренние условия (внутренний мир личности), превращаются в переживания – внутренние события; внутренние события – переживания побуждают личность совершать поступки, которые изменяют жизненный путь и становятся его поворотными пунктами – внешними событиями.

«Значимые событие» – способные влиять на жизненный путь - изучались в работах Б. Г. Ананьева. С точки зрения Б. Г. Ананьева события являются универсальными составляющими субъективной картины жизненного пути, из них сплетается реальная человеческая жизнь. Значимые жизненные события, как отмечал Б. Г. Ананьев, делят жизнь на дискретные отрезки биографического времени. Каждое жизненное событие датирует собой начало и конец временного периода, создавая, таким образом, внутреннюю периодизацию индивидуального жизненного пути личности [4] .

Т. Б. Карцева связывает событие с самоопределением личности, она пишет: «Событие является для человека жизненным в том случае, когда его совершение затрагивает центральные аспекты его личности, т.е. жизненное событие есть ситуация самоопределения личности» [32:с.126].

Поскольку кризис как раз и характеризуется невозможностью реализации центральных аспектов личности, то *кризисной ситуацией* можно называть такое *взаимодействие субъекта и его среды, при котором реализация жизненно важных психических процессов субъекта становится невозможной*.

Кризисное событие, в таком случае, – это такое значимое для субъекта изменение в окружающей действительности (внутренней и внешней), которое приводит к невозможности реализации его жизненно важных процессов.

Кризисность ситуации может быть связана как с объективными характеристиками ситуации (как при стихийных бедствиях, катастрофах,

тяжелом заболевании), так и с субъективными: спецификой индивидуально-психологических особенностей человека в ситуации. Часто в кризисных ситуациях наблюдается феномен «ключ к замку», когда патогенность обстоятельств и специфика личностных особенностей человека накладываются и усиливают друг друга.

Поскольку понятие «кризис» объединяет в себе и нормативные состояния, закономерно возникающие в ходе человеческой жизни, и патогенные, то типология и феноменология кризисных событий и ситуаций очень богата.

Кризисные ситуации и события можно рассматривать с точки зрения их **пространственных, временных и других характеристик**:

- ожидаемые – неожиданные;
- события, которые связаны с поведением личности в среде (события-поступки) и события, происходящие «не по инициативе личности и неподвластные ее контролю»[4];
- внешние события – события переживания [43];
- сильные (способные стать критическими для любого человека) – слабые (являющиеся критическими только для некоторых людей);
- краткосрочные – длящиеся.

События могут происходить в разных областях жизнедеятельности (семья, здоровье, работа), быть связаны с возрастом (школа, вступление в брак, выход на пенсию), с ходом истории (война, экономический спад) или с превратностями судьбы одного человека (болезнь и развод).

К **кризисным ситуациям** относят:

1. Ситуации, связанные с переходом к следующему возрастному этапу (возрастной кризис).
2. Ситуации утраты.
3. Чрезвычайные, психотравмирующие ситуации.

Кризисные ситуации первого типа могут возникать как в жизни отдельного человека (как например, подростковый кризис), так и затрагивать целые системы (кризисы семьи). Кризисы утраты могут возникать в любом возрасте и быть связаны с потерей близкого человека, утратой значимых отношений, с материальными потерями.

Особое место среди кризисных событий и ситуаций занимают чрезвычайные, психотравмирующие, катастрофические, поскольку именно они вызывают наиболее тяжелые переживания, разрушают психику и имеют мощные последствия для функционирования человека.

В психоаналитических работах психотравмирующие события связывают с дефицитами, возникающими в процессе развития ребенка, со способностью среды удовлетворять его жизненно важные потребности (З. Фрейд, Д. Винникот, А. Фрейд, О. Фенихель, Д. Боулби) [74].

Английский психоаналитик М. Хан вводит понятие «кумулятивная травма», под которой понимает все незначительные повреждения, не носящие по отдельности травматического характера, получаемые ребенком

от рождения и до подросткового возраста [74]. Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения, по его мнению, могут и не иметь еще травматического характера, но их эффекты могут накапливаться.

В клиническом подходе к психотравмирующим событиям относят такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, характеризуются угрозой, требуют от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия [76:с.52].

В понимании М.Ш. Магомед-Эминова (1998) «трансординарное существование» создается катастрофическими событиями, несущими в себе угрозу смерти, либо нарушающими целостность личности, дезадаптирующими ее, но не связанными с угрозой для жизни [47].

О.В. Бермант-Полякова, характеризуя травматическое событие, отмечает, что «травматическое событие – это событие, перегружающее Эго...(это) экстраординарное, выбивающееся из общего хода жизни событие, даже если оно не несет угрозы жизни» [10:с.13].

В Международной классификации болезней МКБ-10 [50:с.166] психотравмирующее событие характеризуется как экстремальное, безусловно патогенное, имеющее «исключительно угрожающий характер» и оказывающее неблагоприятное воздействие на психику. Американская психиатрическая ассоциация (DSM – IV) конкретизирует травматическое событие как то, которое «включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной)» [76:с.50].

Таким образом, можно выделить следующие **особенности события**, на основе которых данное событие рассматривается как **чрезвычайное, психотравмирующее**:

1. невыносимость, угроза для психического функционирования (существования) человека;
2. способность вызывать нарушения в психической сфере;
3. катастрофичность, экстраординарность;
4. экстремальность воздействия, определяющаяся как внешними условиями, так и значимостью для человека.

Известно, что событие может рассматриваться в качестве структурного компонента ситуации, и что «ситуация состоит из событий, количество событий в ситуации характеризует ее объем»[78:с.28]. Очевидно, что чрезвычайная, психотравмирующая ситуация может состоять из ряда событий и не все из них, возможно, первоначально, являются для субъекта психотравмирующими. Однако, если хотя бы одно событие в ситуации является психотравмирующим для субъекта, то и вся ситуация (включая все другие события в данной ситуации) приобретает для него характер экстремальной, психотравмирующей. Происходит генерализация психотравмирующего характера отдельного события на все остальные события в данной ситуации.

К психотравмирующим ситуациям можно отнести следующие:

- Военные действия,
- Природные (климатические, сейсмические) катастрофы,
- Экологические, техногенные катастрофы,
- Пожары,
- Террористические акты,
- Присутствие при насильственной смерти других,
- Несчастные случаи: транспортные и производственные аварии,
- Сексуальное насилие,
- Внезапное появление угрожающих жизни заболеваний,
- Нападения и так далее [79:с.15-16].

В зависимости от того, какую роль в них играет человек, различают природные и антропогенные ситуации. По масштабности можно говорить о массовых, групповых и индивидуальных психотравмирующих событиях и ситуациях.

Уязвимость населения в чрезвычайной ситуации связана со следующими социальными кругами:

- физическая близость: непосредственная опасность, вблизи района бедствия, в пределах слышимости, за пределами района бедствия;
- социально-психологическая близость: непосредственная семейная близость, товарищеские отношения – близкое знакомство, чувство солидарности и самоотвержения с жертвами;
- с точки зрения групп риска: недавний опыт подобных травм, потеря близких в течение последнего года, тяжелый личный или социальный кризис, другие группы риска.

Таким образом, последствия психической травмы могут представлять собой как отдельную реакцию на событие, так и трансформироваться в обширный процесс, захватывающий все более широкие слои жизни пострадавшего и его социального окружения.

Отмечая виды психотравмирующих ситуаций, выделяют первичную травматизацию, когда человек был участником тех или иных событий, и вторичную, когда он стал свидетелем через рассказы других людей. Вторичной травматизации подвергаются в первую очередь близкие пострадавшего, а так же специалисты – в том числе, врачи, психологи, психотерапевты, оказывающие помощь.

Важно помнить, что психолог, помогающий в кризисных и экстремальных ситуациях, находится в зоне риска. Консультирование пострадавших может приводить к выгоранию специалиста. Именно поэтому важно, чтобы психолог, работающий в данной сфере, был компетентен и эмоционально устойчив.

Тема3. Психическая травма и ее последствия

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов представления о феноменологии психологической травмы и динамике травматической диссоциации; познакомить студентов с последствиями психологической травмы.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать понятия первичная, вторичная, третичная диссоциация.
2. Выявлять признаки, указывающие на наличие психологической травмы.
3. Прогнозировать индивидуальные и социальные последствия чрезвычайных, катастрофических ситуаций.

Студент должен знать:

1. Модели психологической травмы.
2. Феноменологию переживания психологической травмы.
3. Этапы и признаки травматической диссоциации.
4. Критерии ПТСР, ОСР.
5. Этапы, развертывающиеся после чрезвычайного события.

Темы проектов, рефератов:

1. Развитие представлений о психологической травме в работах З. Фрейда.
2. Психологические модели механизмов психологической травмы.
3. Особенности психологической травмы у детей.
4. Социальные последствия чрезвычайных, катастрофических событий.
5. Факторы, оказывающие влияние на последствия психологической травмы.

Рекомендуемая литература:

1. Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных ситуациях//Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия/Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2000. – С. 154-220.
2. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.

4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
5. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
6. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
7. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
8. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. – М.: Азбуковник, 1999. – 944 с.
9. Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 608 с.
10. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
11. Тарабина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. – 1992. – № 2. – С.15-25.
12. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
13. Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.
14. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: Академический Проект, 2005. – 848 с.
15. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. – СПб.: «Алетейя», 1999. – 256 с.
16. Фрейд З. Торможение, симптом, тревога/Собрание сочинений в 10 томах. Т. 6. Истерия и страх. – М.: Фирма СТД, 2006. – С. 233-295.
17. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что означает понятие психологическая травма?
2. В чем особенности психологической травмы по сравнению с кризисом, фрустрацией, конфликтом?
3. Что такое «психогенная смерть»? Что такое «вина выжившего»?
4. Какие изменения в интеллектуальной сфере возникают в результате психологической травмы?
5. Какие изменения в эмоциональной сфере возникают в связи с психологической травмой?

6. Что такое феномен деперсонализации и как он соотносится с процессом диссоциации?
7. Какие признаки ПТСР с Вашей точки зрения являются самыми тяжелыми и почему?

Основные вопросы темы:

1. Определение психологической травмы.
2. Модели психологической травмы в разных психологических подходах.
3. Определение и феноменология процесса диссоциации.
4. История исследования психологической травмы.
5. Острые и отдаленные последствия психологической травмы.

Содержательная часть

3.1. Общие представления о психологической травме

Понятие *травма* (trauma) в переводе с греческого обозначает «рана». В энциклопедическом словаре травма определяется как «повреждение тканей организма человека или животного с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним воздействием» [53]. По аналогии с определением медицинской травмы психотравму можно определить как нарушение целостности и функций психики человека, вызванное внешним воздействием на него.

Исследования психической травмы берут свое начало в работах З. Фрейда. Психотравма рассматривается им как повреждение связи между аффектом и воспоминанием, при котором болезненный аффект остается в связанном состоянии как «предсознательный комплекс идей», в изоляции от сознания [30:с.125]. З. Фрейд рассматривает **два независимых источника тревоги**, приводящих к психической травмы:

- 1) в первой модели психотравма возникает как результат непереносимых обстоятельств [84],
- 2) основным фактором повреждения психики становятся неприемлемые и невыносимо интенсивные сексуальные побуждения и желания индивида, которые выступают в качестве внутренних травмирующих факторов [86].

Современный аналитик Д. Калшед пишет: «Обычно психика является тем органом переживания, который создает связи и ассоциации между элементами личности, преследуя цели интеграции, целостности и единства личности. Однако в случае травмы мы видим, что психика не только устанавливает связи, но и разрушает их – расщепляя или диссоциируя» [30:с.116-117]. Д. Калшед ссылается на мнение К.Г. Юнга о том, что психотравма представляет собой расщепление психики «на множество различных комплексов, каждый из которых содержит

определенный набор архетипических мотивов или образов в своей сердцевине» [30:с.126].

В других психоаналитических исследованиях психическую травму описывают как «неспецифическую дезинтеграцию личности со стертой дифференциацией и регрессией к детской зависимости», как разрушение связного ощущения «Я»[81]. Разрушение целостности психики при психической травме вызывается «признанием (субъектом) существования неизбежной опасности и капитуляция перед ней», завершающиеся «психогенной смертью» [36].

Согласно Е. Bernstein и F. W. Putnam диссоциация это потеря нормальной интеграции мыслей, чувств и переживаний в потоке сознания и памяти.

Н.В. Тарабрина ссылается на позицию А.М. Ludwig [76:с.78], который рассматривает диссоциацию как процесс, посредством которого определенные психические функции, обычно интегрированные с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти.

Процесс диссоциации разворачивается в три этапа. В первые мгновения травмирующего события нарушается интеграция сенсорных и эмоциональных элементов события в рамках единой идентичности, переживание оказывается разделенным на изолированные соматосенсорные компоненты. Этот феномен представляет собой явление **первичной диссоциации**.

При непрекращающейся угрозе проявляется дальнейшая дезинтеграция элементов психотравмирующего переживания, выражающаяся в виде феноменов выхода из тела, дереализации, деперсонализации, анальгезии. Это способствует дистанцированию от непереносимой ситуации и снижению болевых ощущений [76:с.81-82].

О переживании деперсонализации К. Ясперс пишет следующее: «...Вся психическая жизнь включает в себя переживание единственной и фундаментальной активности. Любое проявление психического...несет в себе этот особый аспект принадлежности «мне», данное качество психики мы называем персонализацией. Когда...проявления психического сопровождаются осознанием того, что они не принадлежат мне, чужды, автоматичны, существуют сами по себе, приходят извне, мы имеем дело с феноменом деперсонализации» [97:с.159-160].

Субъекты, находящиеся в состоянии деперсонализации, сообщают о двойственности переживания: «им кажется, что они...(теряют) свое «Я», обезличиваются, превращаются в безвольные автоматы...объективное исследование показывает относительную сохранность функций органов чувств, эмоциональных переживаний и разумность мыслительного процесса» [76:с.81].

Н.В. Тарабрина отмечает, что **вторичная диссоциация** обуславливает отчуждение чувств и эмоций, связанных с психотравмирующей ситуацией, тогда как «первичная диссоциация ограничивает переработку травматического переживания таким образом, что это позволяет индивиду, который находится в ситуации, выходящей за рамки его обыденного опыта, действовать, игнорируя некоторые аспекты или всю психотравмирующую ситуацию» [76:с.89].

Третичную диссоциацию связывают с развитием таких состояний, которые «содержат в себе психотравмирующие переживания и состоят из сложных личностных идентичностей, обладающих характерными когнитивными, эмоциональными и поведенческим паттернами» [там же].

С течением времени возможно расширение восприятия и восстановление прерванных связей между разными психическими процессами (мыслями, воспоминаниями, чувствами и так далее). При этом осознание психотравмирующего события становится более полным, а переживание более осознаваемым, то есть субъект может начать осознавать и переживать разные аспекты опыта.

3.2. Последствия переживания психологической травмы, критерии ПТСР

Описания психических и поведенческих расстройств у людей, переживших экстремальные, психотравмирующие события накапливались исследователями с 17 века. В частности, были описаны гражданские и военные катастрофы, природные катаклизмы. В 1666 году С. Пепис, будучи свидетелем пожара в Лондоне, сделал следующую запись: “Это странно, но до сегодняшнего дня не могу проспать и ночи без ужасов пожара” [76: с.19]).

Э. Крепелин описывал у своих пациентов состояния эмоционального потрясения или испуга, развивавшиеся вследствие несчастных случаев, пожаров, железнодорожных катастроф и так далее. Аналогичные случаи отмечались Да Коста (1871) и Х. Оппенгеймом (1889). Последний ввел термин “травматический невроз” для диагностики психических расстройств у участников боевых действий. Важную роль психотравмирующих событий одним из первых заметил Ж. Шарко, а именно, он проследил, что некоторые истерические приступы являются последствиями непереносимых переживаний в прошлом [76: с. 19-20]).

Разными исследователями были выделены такие симптомокомплексы как: военная усталость, боевое истощение, снарядный шок (К.С. Майерс), хронический военный невроз (А. Кардинер, 1941), военный невроз (Р. Гринкер, П. Шпигель, 1945).

В дальнейшем при исследовании срочных и отсроченных последствий психотравмирующего события были выделены рубрики острое стрессовое расстройство (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Острая реакция на стресс (F43.0) это транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается в ответ на исключительный физический и психологический стресс и обычно проходит в течение часов или дней. Симптомы представляют собой смешанную картину, включают начальное состояние «оглушенности», некоторого сужения поля сознания, снижения внимания, дезориентации, часто присутствуют признаки панической тревоги.

К отдаленным последствиям психологической травмы относят ПТСР и стойкое изменение личности после переживания катастрофы.

Термин **ПТСР (F43.1)** введен в медицинскую практику с 1980 г. ПТСР возникает как непсихотическая отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать дистресс почти у любого человека.

К диагностическим критериям ПТСР в классификации психических поведенческих расстройств по МКБ-10 в настоящее время относят [50]:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессового события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, способного вызвать дистресс почти у любого человека.

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

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

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия, либо частичная либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора) представленные любыми двумя из следующих:
 - А) затруднения засыпания или сохранения сна;
 - Б) раздражительность или вспышки гнева;
 - В) затруднения концентрации внимания;
 - С) повышение уровня бодрствования;
 - Д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б,В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации.

Стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0) развивается как отдаленное последствие ПТСР и включает такие изменения личности как: враждебность к миру, социальную аутизацию, чувство пустоты, хроническое чувство существования «на грани», чувство

измененности. Эти изменения личности сохраняются не менее двух лет и не связаны с органическими повреждениями головного мозга [50].

Ю.А. Александровским (2000) выделены следующие этапы, развертывающиеся постепенно у человека, пережившего кратковременное экстремальное событие [1]:

«Нулевой» период – или период ожидания, когда событие могло быть предсказано, ожидалось. Для этого периода характерны тревога, ажитация, попытка избежать переживания угрозы с помощью веселья или переключения внимания.

Острый период, который включает стадию оцепенения и неверия с произвольными и малоосознанными действиями, стадию шока с явлениями сверхмобилизации, на которой преобладают чувства страха, отчаяния, головокружение, головная боль, сухость, жажда, возможны острые психотические и непсихотические реакции, состояния диссоциации, поведение подчинено спасению. На этой фазе возможны «тоннельные состояния», когда люди, оказавшиеся в одной группе, почти не вспоминают о других.

В этот же период включены:

Стадия психофизиологической демобилизации с пониманием масштабов случившегося и осознанием характера стрессоров с ожиданием их повторных воздействий. В этот период, как правило, возникает необходимость опознания погибших близких, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ. Характерны снижение самочувствия, растерянность, депрессивные реакции, астенизация, снижение моральной нормативности поведения.

Стадия разрешения, характеризующаяся постепенной стабилизацией самочувствия и настроения при сохранении сниженного эмоционального фона. В конце стадии появляется желание выговориться, рассказы могут сопровождаться ажитацией. Объективно наблюдаются истощение физиологических резервов, переутомление.

Стадия восстановления. На этой стадии возрастает общение, эмоциональность, улучшается самочувствие, сон. Событие перерабатывается и переходит в долговременную память.

Подострый период – наступает через месяц после события, для него типичны транзиторные состояния в виде страхов, навязчивостей, нарушений сна, психосоматических нарушений и так далее.

Хронический период. Длится от 6 месяцев до нескольких десятков лет. Характерны фиксация пережитых реакций, личностная патология с нарастанием симптоматики.

Опираясь на представление Л.С. Выготского о структуре дефекта [21], можно сказать, что психическая травма может приводить к возникновению дефекта, имеющего сложную структуру, включающую первичные нарушения (распад и разобщение психических связей), вторичные (нарушение процессов

восприятия и переработки информации, снижение уровня функционирования личности) и третичные расстройства (нарушения социальной адаптации).

В связи со сложностью и масштабностью нарушений человек, переживший экстремальное событие, нуждается в особой психологической помощи, которая может отличаться в зависимости от этапа травматического процесса.

Тема4. Основные принципы и методы психологической помощи в кризисной ситуации

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Ознакомить студентов с основными принципами оказания психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях, рассмотреть основные методы психологической помощи.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать кризисное переживание.
2. Установить эмпатический контакт с клиентом, нуждающимся в кризисной помощи.
3. Выбрать стратегию срочной кризисной помощи в зависимости от реакции пострадавшего.
4. Соотносить интенсивность кризисного переживания пострадавшего с его личностными ресурсами к совладанию с ситуацией.
5. Дифференцировать различные психотерапевтические подходы, используемые при оказании кризисной помощи.

Студент должен знать:

1. Принципы оказания кризисной помощи.
2. Требования к личности консультанта.
3. Основные методы, используемые при оказании кризисной помощи.
4. Правила осуществления кризисной помощи.

Темы проектов, рефератов:

1. Профессиональное выгорание психологов, оказывающих кризисную помощь.
2. Супервизия как поддержка здоровья и профессионального роста психолога-консультанта.
3. Техники когнитивно-поведенческой психотерапии, используемые в кризисном консультировании.
4. Применение гештальт подхода в кризисном консультировании.

5. Конечность человеческого существования как экзистенциальный кризис.
6. Смысл и его утрата в кризисной ситуации.
7. Проблема личной свободы и ответственности подростка, находящегося в ситуации кризиса.
8. Составить памятку для психологов, работающих с кризисными и чрезвычайными ситуациями: «Как сохранить себя рядом с кризисным пациентом».

Рекомендуемая литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М.: Издательство «Корвет», 2011. – 320 с.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
5. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
6. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
7. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
8. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
9. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
10. Сименс Х. Практическое руководство для Гештальттерапевтов. Пер с голландского – СПб: «Издательство Пирожкова», 2008. – 168 с.
11. Тарабина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. – 1992. – № 2. – С.15-25.
12. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
13. Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что такое включенность консультанта в кризисную ситуацию?
2. Что такое эмпатический контакт?

3. Выберите три принципа оказания психологической помощи в кризисной ситуации, которые с Вашей точки зрения являются наиболее важными. Обоснуйте свою точку зрения.
4. Какие еще принципы оказания психологической помощи в кризисной ситуации Вы могли бы добавить к перечисленным в списке?
5. Какую опасность для психолога представляет собой консультирование кризисных клиентов?

Основные вопросы темы:

1. Основные принципы оказания кризисной психологической помощи.
2. Требования к личности консультанта.
3. Особенности первого контакта с людьми, оказавшимися в кризисной или чрезвычайной ситуации.
4. Особенности срочной психологической помощи в зависимости от реакции пострадавшего на чрезвычайное событие.
5. Методы оказания психологической помощи в кризисных или чрезвычайных ситуациях.
6. Основные правила осуществления кризисной помощи.

Содержательная часть

Кризисная помощь – это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Структура кризисной психологической помощи включает: человека, нуждающегося в кризисной помощи, профессионала, способного оказать такую помощь, и договоренностей между ними об осуществлении (получении) такой помощи. Человек, нуждающийся в кризисной помощи, может называться «клиентом» или «пациентом». Обычно понятие «клиент» используют в ситуациях психологического консультирования, однако, кризисная психологическая помощь очень часто предполагает длительную работу с людьми, имеющими тяжелые физические и психические нарушения. В этом случае понятие «пациент» является вполне оправданным, особенно если учесть первоначальный смысл этого термина: “patient” в переводе с английского означает “страдающий, терпящий” (здесь и далее мы будем употреблять понятия клиент и пациент как равнозначные). Профессионал, оказывающий помощь, может называться «консультант» или «психотерапевт».

В кризисной ситуации возможны **два вида психологической помощи**: *кризисное консультирование* и *кризисная психотерапия*. Любая ранящая ситуация вызывает изменения в чувствах, поведении и мыслях человека. Кризисное консультирование производится тогда, когда трансформации подконтрольны человеку, и он в силах самостоятельно справиться с ними. Кризисное консультирование, как правило, недолгосрочно, и чаще всего основывается на тактиках информирования. Если же негативные изменения

приобретают длительный, затяжной характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психотерапевтической помощи.

Кризисная психотерапия в отличие от консультирования более долгосрочна, включает работу с состоянием обратившегося, оценку психической динамики его состояния на протяжении всего курса встреч. В кризисной психотерапии большая роль отдается исследованию отношений, развивающихся между клиентом (пациентом) и психотерапевтом, учитывается динамика этих отношений.

Основные принципы кризисной психологической помощи.

1. Эмпатический контакт. Под эмпатией понимается способность сопереживать, чувствовать то, что чувствует другой человек, видеть мир его глазами. Эмпатия не допускает формального отношения к человеку. Развитие эмпатии предполагает возможность выйти за пределы традиционных взаимоотношений и проникнуть в глубину человеческого страдания. Когда эмпатия объединяется с искренним стремлением усилить веру пострадавшего в себя, в свои собственные возможности, возникают изменения.
2. Слушание и понимание. Оказывая кризисную помощь, важно не просто придерживаться схемы консультирования. Профессионалу очень важно не только разобраться в психологических проблемах пострадавшего, но и оценить его потенциал прежде, чем применять ту или иную методику работы.
3. Объективность и реалистичность. Прежде чем оказывать какую либо помощь, важно понять структуру кризисной ситуации, определить потребности обращающегося за помощью.
4. Высокий уровень активности психолога. Психологу важно проявлять активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис. Важно обнаружить тот способ и уровень контакта, который доступен пострадавшему.
5. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной психологической помощи – предотвращение катастрофических последствий. Поэтому психологу важно поддержать восстановление психологического равновесия пострадавшего.
6. Экологичность. Оказывая помощь, важно помнить принцип «не навреди». Важно тщательно выбирать техники и приемы кризисной работы, не провоцируя и не усиливая тяжести состояния. Кроме того, важно помнить, что кризисная помощь представляет собой частичный вклад в восстановление психического здоровья пострадавшего. В связи с этим, необходимо взаимодействовать с другими помогающими специалистами, учитывая их вклад.
7. Ориентация на личностный рост и развитие. Кризисное состояние должно рассматриваться не как болезнь, а как нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Кризис – это процесс личностного

развития, в том случае, если он будет преодолен позитивно, то личность перейдет на качественно новую ступень. Следовательно, реабилитационную работу следует рассматривать как помощь процессу личностного развития, а не как лечение.

8. Уважение. Человек, переживающий кризис, воспринимается как знающий, вполне компетентный, независимый, стремящийся обрести уверенность в себе, сделать самостоятельный выбор.
9. Поддержка. При работе по преодолению кризиса психологу важно в первую очередь сосредоточиться на восстановлении системы поддержки и самоподдержки пострадавшего.

Кризисная работа предъявляет особые **требования к личности консультанта**. Эти требования можно объединить в три группы.

- 1) Профессиональная компетенция. Важно, чтобы консультант обладал высокой компетенцией, хорошо разбирался в механизмах возникновения кризисной ситуации, мог дифференцировать вид кризиса, его тяжесть и этап, замечать его феноменологию.
- 2) Личностная компетенция. Предполагает способность консультанта сохранять эмоциональную устойчивость при взаимодействии с пострадавшим, умел слушать, вовремя замечать изменения своего состояния. Отмечать у себя как излишнюю включенность, так и отстраненность от чувств обращающегося за помощью. Важно, чтобы консультант был достаточно зрелым и имел свой собственный опыт совладания с кризисными ситуациями.
- 3) Профессиональность консультанта определяется так же его способностью и открытостью для собственных обращений за психологической и супервизионной помощью. *Супервизия* – это процесс обсуждения сложных моментов работы с другим профессионалом.

Первый контакт. Первому контакту в кризисной психологической помощи придается большое значение: от того как пройдет эта встреча, может зависеть дальнейшая работа. Особое место проблема первого контакта занимает в ситуациях оказания неотложной психологической помощи на месте происшествия, поскольку переживания участников событий являются свежими, высок уровень гнева, агрессии, недоверчивости, что исключает возможность использования специальных техник и приемов работы. Именно поэтому активное слушание и возвращение некоторых фраз остаются наиболее подходящими способами для установления контакта. Важно дать возможность людям разрядить гнев. Главными на первой встрече являются установление безопасности. Общие рекомендации по оказанию срочной помощи пострадавшим в зависимости от их реакции представлены в таблице 1.

**Рекомендации сотруднику по оказанию психологической помощи
в зависимости от реакции пострадавшего на чрезвычайное событие**

Рекомендации сотруднику	Вид реакции	
	активная	↔ пассивная
Поддержка, внимание, беседа о произошедшем, информация, направить пострадавшего к полезной деятельности	Страх, беспокойство, многословные рассказы о случившемся, лихорадочная активность	Замешательство, слезы, потливость, дрожь, боли, печаль, сильная усталость
Личный контакт, заставить человека разговориться, предложить еду/питье, физическая поддержка, направить к полезной деятельности	Активный, деловой, громкая речь, беготня, смена занятия, раздражительность	Молчаливость, продолжительная раздраженность, снижение деятельности, частичная отключенность, замкнутость
Личное внимание, краткая информация, физическая близость, иногда изоляция, но не в одиночестве. Лекарства по предписанию врача.	Гиперактивность, бесцельная беготня, обвинения, умножение слухов, страшные рассказы, бессонница	Выражение пустоты, недоумение во взгляде, физическая замкнутость, апатия, сон как вид бегства

Методы кризисной психологической помощи. При оказании кризисной помощи могут использоваться различные психотерапевтические подходы.

Рациональная психотерапия. Она основана на принципах логического анализа состояния, разъяснения его природы, причин, симптоматики, течения и прогноза. Этот подход способствует устранению неопределенности, снижению тревоги и напряжения, характерных для кризиса.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Ставит перед собой цель исправления неадаптивных когний, мыслей, вызывающих беспокойство, травматических образов-воспоминаний затрудняющие решение проблемы. Пациента обучают умению идентифицировать свои неадаптивные когнии и рассматривать их объективно. Необходимо максимально использовать опыт клиента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил регуляции поведения с целью сделать их более гибкими, более учитывающими реальность. Наиболее известными являются Техника вскрывающих интервенций (Exposure-Based Interventions, EBI), Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движения глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), а так же тренинг преодоления тревоги (Anxiety Management Training, AMT) [8,10,29,54,55,60,62,64,65,76,79].

Техника вскрывающих интервенций. Она основана на предположении, что при кризисе страх вызван не только стимулами, релевантным травматическим, но и воспоминаниями о событии. Метод заключается в том, чтобы помочь клиенту заново пережить травматические воспоминания и их интегрировать.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движения глаз (EMDR). Метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г., вызывает большое количество споров, поскольку проведенные исследования (М. Маклин, 1998) показывают ненадежные результаты. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации (например, при авиакатастрофе).

EMDR – это вариант техники «вскрывающих интервенций», дополненной движениями глаз клиента. Психологическая помощь состоит в следующих процедурах: представления клиентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации и направляемых консультантом саккадических движений. Клиента просят сосредоточиться на воспоминании, попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него травма. Затем клиента просят представить эту сцену в «сжатом» виде, сконцентрироваться на негативных мыслях и следить глазами за пальцами психотерапевта, ритмично движущимися на расстоянии 30-35 см от его лица. После 24 саккадических движений его просят сделать вдох и отвлечься от переживаний. Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а так же на позитивных мыслях («все в прошлом», «я сделал все, из того, что мог»). Психотерапевт оценивает состояние пациента по субъективной 10-бальной шкале дистресса (Subjective Units of Distress scale, SUD), после чего принимается решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура длится, пока балл по шкале не опустится до 1 или 2 пунктов.

Тренинг преодоления тревоги. Включает множество разнообразных процедур, в том числе технику «биологической обратной связи», релаксационные методы, когнитивное переструктурирование.

Психодинамическая психотерапия. В своих теоретических основаниях восходит к концепции психологической травматизации З. Фрейда. В настоящее время в рамках психодинамического подхода существует много других концепций психологической травматизации (некоторые из них уже были описаны выше). Психодинамическая терапия позволяет глубоко исследовать не только причину, но и процесс психологической травматизации, рассматривая его в контексте раннего детского развития. Основной рабочей процедурой выступают свободные ассоциации. Переживания клиента исследуются в ходе переноса – специальной психотерапевтической техники. Перенос представляет собой процесс перенесения чувств, установок, отношений с первичных объектов (родителей) на психотерапевта, то есть пациент будет переживать в ситуации лечения по отношению к аналитику все значимые человеческие отношения

своего прошлого, которые сознательно не вполне доступны ему. Длительная психодинамическая психотерапия позволяет постепенно реконструировать жизненную историю пациента, дифференцируя и анализируя разные травматические факторы, восстанавливая психическую целостность и способность к переживанию [11,12,14,20,30,33,35,36,74,81,84-86].

Гештальт терапия. Метод, направленный на восстановление нового, творческого контакта с окружающей средой. В гештальт подходе исследуются процессы, которые происходят «здесь-и-сейчас». «Здесь-и-сейчас» клиент может исследовать то, как он прерывает свой контакт со средой, может обнаруживать свои потребности и восстанавливать цикл их удовлетворения. Одним из принципов гештальт подхода является динамическое соотношение *фигуры и фона*, где фигурой выступает актуальная потребность, а все остальные психические процессы представляют собой фон. В ситуации кризиса можно видеть перегруженность фона, спутанность клиента и невозможность выделить фигуру потребности. Работа гештальт терапевта в этом случае может быть связана с прояснением фоновых процессов (запутанных аспектов ситуации), дифференциацией переживаний, выявлением интроектов, затрудняющих личностное развитие, исследованием системы поддержки клиента. Принципами в работе гештальт-терапевта являются:

- Присутствие – способность быть рядом и переживать возникающие чувства;
- Диалог – способность поддерживать коммуникацию Я – Ты, уважать клиента;
- Включенность – способность увидеть ситуацию клиента своими глазами, не теряя при этом терапевтической позиции;
- Приверженность – преданность клиенту, вера в него и не использование клиента в своих интересах.

В гештальт подходе применяется большое количество разнообразных техник (такие как «работа со стулом», «телесные метафоры», «работа со сновидениями» и так далее), но важно иметь в виду, что в работе с кризисным переживанием (особенно если речь идет о катастрофической травме) техники следует применять с осторожностью, поскольку контакт с реальностью у таких клиентов часто диссоциирован. Работа должна быть направлена в первую очередь на восстановление способности клиента присутствовать в терапевтической ситуации, что возможно при качественном присутствии самого психотерапевта. Технические приемы могут использоваться на отдаленных этапах работы, когда клиент развивает большую непрерывность и устойчивость своего «Я» [56,57,63,70,80,93].

Экзистенциальная психотерапия. Близка к гештальт терапии, построена на тех же основных принципах работы. Вместе с тем, психотерапевтическая работа построена на исследовании клиентом основных данностей бытия:

- 1) Чувство бытия;

- 2) Свобода, ее ограниченность;
- 3) Конечность человека, или смерть;
- 4) Экзистенциальная тревога;
- 5) Экзистенциальная вина;
- 6) Смысл и бессмысленность.

В процессе психотерапии рассматриваются установки клиента по отношению к этим универсалиям жизни, которые составляют ядро любого кризисного переживания [9,10,16,48,62].

Гипноз и трансовые техники. Гипносуггестивный метод применяется для дезактуализации кризисных состояний, сопровождаемых аффектами гнева и обиды. Гипнотерапия может применяться как симптоматическая методика для снятия психического напряжения при реакциях острого горя, для купирования астенической и фобической симптоматики, нормализации вегетативных функций [62].

Каков бы ни был психологический метод, используемый психологом-консультантом, **работа с кризисным клиентом (пациентом) должна подчиняться следующим основным правилам:**

1. Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается утрата доверия к миру.
2. Повышенная чувствительность к процессам пациента.
3. Создание надежного окружения для пациента во время проведения психотерапии.
4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности пациента.
5. До начала психотерапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
6. Исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента.

Фундаментальное правило в работе с кризисным переживанием (особенно в работе с ПТСР) – принимать тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает [60].

Тема 5. Психологическая помощь при нормативном кризисе

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Ознакомить студентов с закономерностями нормативного кризиса и основными подходами оказания психологической помощи в кризисных ситуациях, имеющих нормативный характер.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать понятия «индивидуальный нормативный кризис», «семейный нормативный кризис».
2. Определить характер влияния возрастных и индивидуально-психологических особенностей на специфику протекания индивидуального кризиса.
3. Выявить ситуационные факторы, влияющие на протекание нормативного индивидуального кризиса.
4. Определить характер семейного кризиса и факторы, влияющие на его протекание.

Студент должен знать:

1. Закономерности протекания индивидуальных и семейных нормативных кризисов.
2. Этапы кризисной помощи при индивидуальном нормативном кризисе.
3. Основные подходы психологической кризисной помощи в работе с семьей.

Темы проектов, рефератов:

1. Особенности психологической помощи сводным семьям.
2. Особенности психологической помощи семьям с наркозависимостью.
3. Особенности функционирования семей с хроническими больными: пути помощи.
4. Психологическая работа с однополыми браками.
5. Психотерапевтическая нейтральность в работе с семьей.
6. Краткая семейная терапия (школа Пало Альто).
7. Бихевиоральная семейно-супружеская терапия.

Рекомендуемая литература:

1. Анциферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и "техники" ее бытия / Психологический журнал. – 1993. - №2. – С. 3-16.
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 288 с.
4. Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
5. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 4. Детская психология/Под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
7. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.

8. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен // Психологический журнал. – 1988. – №5. – С.121-128.
9. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных и супружеских расстройств. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
10. Логинова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь. В кн.: Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – С. 238-246.
11. Лэсли Б. Кейлис, Рут МакКлендон. Супружеская и семейная терапия: учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 208 с.
12. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация РФ, 1998. – 496 с.
13. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
14. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: «Речь», 2000. – 284 с.
15. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2012. – 496 с.
16. Трифонова С.А. Психология социальных ситуаций: Учебное пособие. – Ярославль: Изд. Ярославского ун-та, 2004.– 91с.

Вопросы для самоподготовки:

1. В чем особенность кризиса трех лет?
2. Какие, с Вашей точки зрения сходства и отличия кризисов раннего возраста и подросткового кризиса?
3. Мать 2,5 летнего ребенка говорит на консультации, что она уважает позицию ребенка, поэтому во всем его слушается. Прокомментируйте ситуацию.
4. Чем, с Вашей точки зрения, вызвана установка враждебности в старческом возрасте?
5. Какие переживания характерны для кризиса середины жизни?
6. На каком этапе психологической работы с кризисом важно поддерживать пробование новых способов преодоления кризиса?
7. Что такое «триангуляция»? Кто предложил этот термин?
8. Какие поведенческие методы работы с семьей Вы знаете?
9. Перечислите методы работы с семьей, направленные на развитие у ее членов процесса осознания?

Основные вопросы темы:

1. Подходы к возрастной периодизации.
2. Особенности протекания кризисов в раннем детстве.
3. Кризисные переживания ребенка в школьном возрасте.
4. Кризисы у взрослых: феноменология переживания.
5. Этапы психологического старения.

6. Этапы психологической помощи при индивидуальном нормативном кризисе.
7. Кризисы семейной жизни.
8. Психотерапевтические подходы в оказании кризисной помощи.

Содержательная часть

1.1. Кризисы индивидуального развития

Кризисы развития возникают в переходный период между возрастными этапами. Возраст обозначает временную характеристику индивидуального развития. *Хронологический возраст* – это количество лет, прожитых человеком. *Психологический возраст* обозначает определенную качественно-своеобразную ступень развития человека, обусловленную закономерностями формирования организма, условиями жизни, обучения и воспитания и имеющую конкретное общественно-историческое происхождение.

С учетом разных подходов к возрастной периодизации развития чаще всего выделяют кризисы: первого года жизни, трех, семи лет, кризис подросткового возраста, кризис среднего, предпенсионного возраста и «узелковый период» - последний возрастной кризис в жизни человека. Возрастные кризисы обусловлены в первую очередь физиологическими сдвигами и морфофункциональными перестройками организма. Специфика протекания возрастного кризиса зависит от темперамента человека, его характера, индивидуальных, биологических особенностей, системы его социальных отношений.

Кризис первого года жизни. Это переходный период между младенчеством и ранним детством. Он связан с постепенным развитием индивидуальной психической жизни ребенка. Условием адекватного психического развития в этом возрасте является стабильная и надежная среда (ухаживающий объект), которая способна угадывать потребности ребенка, обеспечивать его безопасность. Нестабильность среды (например, заболевание матери), ненадежность контакта с ухаживающим объектом, прерывистость заботы, брошенность – приводят к общему регрессу в развитии, нарушению биоритмических процессов, неудовлетворенности витальных потребностей, соматовегетативным нарушениям.

Кризис трех лет. Представляет собой период формирования «Я» позиции. Возрастающая в этом возрасте управляемость движений (за счет лучшей иннервации поперечно-полосатой мускулатуры) дает ощущение способности к контролю тела и поддерживает возникающее желание делать все самому («Я сам»). Возрастает (и проверяется в контакте со взрослым) способность регулировать работу сфинктеров, активно развивается речь. Ребенок на этом этапе нуждается во взрослом, который способен признать и принять отличия ребенка, уважая его независимость и не разрушая при этом близость и тепло в контакте с ним. Чрезмерные ограничения ребенка

взрослым, не позволение ему обнаруживать свою позицию, излишний контроль над ребенком (в том жесткое приучение к чистоте) не позволяют ребенку выработать свою позицию и развить автономию, а приводят к борьбе за власть. Чрезмерное потакание ребенку без учета родителем реальных ограничений так же способствует нарушению развития у ребенка границ и гипертрофии «Я».

Кризис семи лет. Представляет собой этап развития саморегуляции. Ребенок на этом этапе начинает регулировать свое поведение правилами, которые устанавливает для себя сам. Источником кризиса является несоответствие позиции школьника старой системе отношений, характерной для более раннего периода детства. Испытывая потребность в уважении, ребенку трудно сдерживать свои чувства. Пройдя через кризис, ребенок научается предвидеть свои эмоции, управлять ими, научается избегать нежелательных ситуаций.

Подростковый кризис актуализирует кризисные переживания более ранних возрастов. Подростковый кризис – это следующая попытка отделиться, найти себя. Однако, вместе с тем, подросток продолжает нуждаться в помощи и поддержке взрослых. Наиболее ярким симптомом подросткового кризиса является негативизм, который направлен, прежде всего, на родителей, на взрослых и проявляется как враждебность, противодействие, обесценивание, недовольство, грубость, цинизм, углубление в себя. Часты конфликты с собой и окружающими, недовольство собой, своей внешностью, стремление следовать идеальному для подростка образу. Подросток на этом этапе нуждается в родителе, который сохраняет к нему уважение и интерес, признает факт взросления и постепенного отделения ребенка, оставаясь доступным для него.

Кризис зрелого возраста. Чаще всего связывают с «возрастом Христа» - 33 года. На этом этапе человек осознает собственные ограничения и возможности, расстается с молодостью. Кризис связан с анализом того, насколько выбранный путь (профессия, спутник жизни) соответствует реальным потребностям человека. У человека, переживающего кризис, может возникнуть желание сменить профессию, радикально сменить сферу деятельности, на этом этапе у супругов могут возникнуть связи вне брака.

Кризис середины жизни. Это этап стабилизации интересов, ценностей жизни, период наибольшей продуктивности в деятельности. Вместе с тем, может возникнуть ощущение застоя, могут появляться признаки пресыщения текущей деятельностью, стабилизация профессионального роста. Возникает потребность в подведении промежуточных итогов. При неудовлетворенности собой возможны эмоциональные срывы, переезд в другой город и попытки «начать все с начала», суицид, алкоголизация или распад личности.

Кризис пожилого возраста обусловлен физиологическими, социальными и психологическими причинами. Происходит старение организма, постепенно снижается работоспособность, замедляются интеллектуальные процессы. Труднее приобретаются новые знания,

медленнее происходит приспособление к изменениям. В эмоциональной сфере возникает чувство грусти, слезливость, раздражительность. Изменения в моральной сфере касаются неприятия новых форм поведения, одежды, возрастает критичность к незнакомому. В социальной сфере сужается количество контактов.

Д. Бромлей выделила *пять типов приспособления к старости*[55]:

1. Конструктивная установка – уравновешенность, спокойствие, принятие старости как факта своей жизни.
2. Установка зависимости – легкий отказ от профессиональных занятий, чувство безопасности создается семейным окружением.
3. Защитная установка – страх смерти и маскировка беспомощности через усиления профессиональной деятельности.
4. Установка враждебности – разгневанность, вспыльчивость, предъявление претензий своему окружению, нереалистичность в восприятии старости, зависть к молодым.
5. Враждебность, направленная на себя – депрессивность, жалость к себе, страдающая позиция, неудовлетворенность прожитой жизнью, пассивное восприятие ударов судьбы.

«Узелковый кризис» - последний возрастной кризис в жизни человека. Это период подведения итогов жизни. Центральным симптомом в этот период является страх смерти. В.В. Болтенко выделяет ряд *этапов психологического старения*[55]:

1. Сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию.
2. Сужение круга интересов за счет выпадения профессиональных привязанностей.
3. Забота о личном здоровье.
4. Сохранение жизни, круг общения на этом этапе сужается до предела (врач, сиделка, соцработник, близкий родственник, который занимается уходом).
5. Обнажение витальных потребностей.

Психологическая помощь в работе с нормативным кризисом часто может быть ограничена кризисным консультированием, заключающемся в информировании клиента о механизмах кризиса, поддержке клиента в осознании кризисной ситуации, его вкладе в эту ситуацию, совместном поиске путей выхода из кризиса. Информирование и просвещение представляют собой важные аспекты работы, поскольку многие люди не осведомлены об особенностях того или иного возрастного этапа, не имеют представлений о кризисности процесса перехода от одного этапа к другому.

При более длительной и глубокой работе возможна следующая **последовательность в работе с кризисом**:

1. Выслушивание и прояснение ситуации, позиции клиента, его жизненных установок, отношений, желаний, потребностей, фантазий, планов и так далее. На этом этапе полезны техники активного

слушания и самые разные уточняющие вопросы. Важно, если клиент сможет символизировать свои переживания, придать им словесную форму. Таким образом, он сможет лучше понять свои чувства и увидеть более полно свою ситуацию.

2. Выявление узловых переживаний и проблем кризиса. Обсуждение тех способов решения, которые уже были известны клиенту. Обсуждение особенностей известных клиенту способов решения. Сопоставление «за» и «против» привычных способов решения. Такое обсуждение дает возможность клиенту как бы «увидеть со стороны» себя и свои привычные стратегии, сформировать к этому отношение и подготовиться к поиску новых способов.
3. Творчество в создании и пробовании новых способов преодоления кризиса. Важно, чтобы клиент не просто пробовал новый способ, но сохранял способность к самоанализу и самонаблюдению, мог заметить, как его активность меняет ситуацию и меняет его самого. Другим важным аспектом является то, что изменения нужно вносить, имея достаточную систему поддержки и самоподдержки. Таким образом, переходить к третьему этапу нужно только когда у клиента есть достаточный ресурс и энергия.

1.2. КРИЗИСЫ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Семья, как и человек, рождается, развивается, взрослеет и иногда развитие семья заканчивается ее смертью – разводом. Как утверждал великий классик отечественной литературы Л.Н. Толстой, все счастливые семьи одинаковы, все несчастные семьи несчастливы по-своему. В жизни каждой семьи можно выделить типичные, нормативные, кризисы, которые связаны с закономерностями развития взаимоотношений.

Первый кризис связан с самим фактом вступления в брак. Этот кризис наиболее остро разворачивается в том случае, если ему предшествовал «конфетно-букетный» период отношений с характерными для него идеализацией и романтизацией образов друг друга. Вступление в брак приводит к изменению образа жизни, смене социального статуса, изменению фамилии (у женщин). Меняется быт, появляются новые родственники. Период адаптации супругов друг к другу длится обычно в течении первого года совместной жизни. Если супругам не удастся справиться с завышенными ожиданиями друг к другу, заметить и принять реальные стороны жизни (черты характера, привычки), то отношения в паре могут быть разрушены. Первый пик разводов обычно приходится на конец первого года совместной жизни.

Второй кризис семьи возникает с рождением первого ребенка, даже если этот ребенок желанный. В этот момент снова меняется уклад семейной жизни, перераспределяются обязанности и нагрузки. Само рождение ребенка вызывает у каждого из его родителей особые переживания и кризисные

состояния. Например, у женщин в период после родов возможно длительное снижение настроения, депрессивное переживания, чувства опустошенности, ненужности, загнанности, раздражение, связанное с прекращением активной социальной жизни. У мужчин возможны охлаждение отношений к супруге в связи с изменением ее статуса: супруга теперь не только жена, но и мать. У мужчин переживания могут быть связаны с ревностью к ребенку, могут появляться чувства ненужности жене, угасать сексуальное влечение к ней. В ряде случаев отцовские чувства возникают у мужчин позже, чем у женщин. Все это переживания вместе с возросшей нагрузкой могут дестабилизировать отношения, привести к взаимным обидам и распаду семьи.

Кризис может возникать с появлением второго ребенка и усугубляться переживаниями первого ребенка: завистью, ревностью. Возникающее соперничество иногда может проявляться в форме агрессии старшего ребенка по отношению к младшему, драчливости. В других случаях наблюдается регрессия старшего ребенка: он начинает сюсюкать, просится на руки, сосет палец и так далее. Сложные ситуации могут возникать, если период рождения второго ребенка приходится на критические периоды в жизни первого ребенка (кризисы первого года, трех, пяти, семи лет). Рождение каждого следующего ребенка вызывает в семье новый кризис.

Кризисный период в жизни семьи может возникать, когда ребенок начинает посещать детский сад или школу. Именно в этот период ребенок активно усваивает социальные нормы и правила. Негативная ситуация возникает в том случае, если родители имеют разные воспитательные позиции, ссорятся и скандалят, пытаются привлечь ребенка на свою сторону и создавая коалиции друг против друга. Ребенок чувствует, что он раздираем противоречиями, он может переживать сильную тревогу, потерю безопасности. Манипулирование родителями, поведенческие девиации, ложь или психосоматическое заболевание могут стать для ребенка способами восстановления безопасного мира, таким образом, ребенок, как наиболее чувствительный член семьи становится ее «зеркалом». Его расстройства отражают семейные процессы.

Следующий кризис представляет собой совпадение по времени двух кризисов: подросткового кризиса детей и кризиса 40-летних у родителей. Наложение кризисов приводит к значительным противоречиям в семье. Второй пик разводов приходится именно на возраст 40-45 лет после 10-15 лет совместной жизни.

Критический период может быть связан с профессиональным самоопределением детей. Это особенно выражено в ситуации возрастающей конкуренции в обществе. Родители, опасаясь за будущую жизнь своих детей, стремятся помочь им в решении проблем, вкладывают большие ресурсы в их образование и трудоустройство. Вместе с тем, довольно часто возникают конфликты между родителями и детьми: дети чувствуют, что у них нет свободы самоопределения (при этом нуждаются в поддержке родителей),

родители чувствуют, что их вклад не оценивается детьми, что приводит к взаимной обиде.

Следующий кризисный период возникает в связи с выходом одного из супругов на пенсию. Это особенно тяжело для людей с лидерскими чертами, привыкшими нести большую ответственность. Невозможность найти удовлетворяющее замещающее занятие приводит к нарастанию недовольства, раздражительности, ощущению пустоты жизни. Семья может оказываться не готова к той близости, которая возникает, когда оба супруга в течение дня находятся рядом при отсутствии общих интересов. У некоторых людей в этот период возникает сожаление о несделанном, попытка вернуть молодость. Это может стать причиной измены, когда мужчина или женщина заводит отношения с партнером намного моложе его. Именно на этот период жизни приходится третья волна разводов.

Наряду с перечисленными, в каждой семье могут возникать дополнительные кризисы в связи, например, со смертью кого-то из близких или из-за каких-то других воздействий (переезд, потеря работы, болезнь и так далее).

Методы оказания кризисной помощи семье:

Среди подходов, направленных на осознание семейных процессов членами семьи, можно выделить, например, эмпирический подход (В. Сатир), системную семейную терапию М. Боуэна, структурный подход Сальвадора Минухина.

Эмпирический подход (В. Сатир) предполагает работу со всей семьей и направлен на формирование у членов семьи нового опыта взаимодействия «здесь-и-сейчас». В. Сатир полагала, что травмирующий опыт каждого члена семьи вызывает чувства стыда и приводит к выработке защитных механизмов. Цель помощи – создать и поддержать новый опыт, отличающийся от прошлого семейного опыта [68].

Системная семейная терапия Мюррея Боуэна рассматривает дисфункциональную семью как систему со слабой дифференциацией ее членов. В качестве одного из важнейших изучается феномен триангуляции: когда два человека в конфликте, они вовлекают третье лицо, что снижает напряженность в системе. Психотерапевтический подход направлен на поддержку семейной дифференциации. Особенность подхода в том, что психотерапевт может работать только с одним членом семьи. Поскольку семья является системой, другие ее члены так же меняются [77].

Одним из известных поведенческих методов работы с семейным кризисом является **структурный подход** Сальвадора Минухина. Подход придает важное значение иерархии взаимоотношений в семье и правилам, по которым строятся эти отношения (вертикальные и горизонтальные коалиции), определяет границы между подсистемами семьи. В структурной терапии изучается повторяющийся характер взаимоотношений, что дает возможность определить правила, по которым действует система. В работе большое значение уделяется тем факторам, которые разделяют поколения, а

так же тем, которые обособляют одного из членов системы. Метод позволяет упорядочить сложные и хаотические отношения в семье [46].

Тема 6. Психологическая помощь при утрате

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Ознакомить студентов с феноменологией переживания утраты, сформировать представления о патологических реакциях на утрату.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Определить этап процесса горевания.
2. Дифференцировать нормальное и осложненное горевание.
3. Оказать психологическую помощь при переживании горя.

Студент должен знать:

1. Механизмы и феноменологию переживания горя.
2. Индивидуально-психологические, возрастные и ситуационные факторы, оказывающие влияние на переживание горя.
3. Формы осложненного горя.
4. Особенности психологической помощи на разных этапах горевания.

Темы проектов, рефератов:

1. Особенности переживания утраты в детском возрасте.
2. Психологические последствия ранней утраты.
3. Особенности переживания родителями утраты ребенка.
4. Сделайте конспект работы З. Фрейда «Печаль и меланхолия».
5. Механизмы психологической защиты в ситуации утраты близкого.
6. Терминальные состояния: особенности переживания процесса умирания.
7. Психологическая помощь умирающему.
8. Организация социально-психологической работы в хосписе.

Рекомендуемая литература:

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
2. Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, №4 (18). С.123-146.
3. Заманаева Ю.В. Переживание утраты близкого как процесс изменений во внутреннем личности. Дис. канд...психол. наук. – СПб., 2004. – 320 с.

4. Линдемманн Э. Клиника острого горя//Психология эмоций. Тексты /Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтор.- М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 224-232.
5. Мамардашвили М.О. О философии//Вопросы философии. – 1991. - №5. – С. 4-6.
6. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
7. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
8. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
9. Фрейд З. Печаль и меланхолия. – В кн.: Влечения и их судьба. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – С. 152-176.
10. Хааз Э. Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты//Московский психотерапевтический журнал, №1. 2000. – С. 29-47.

Вопросы для самоподготовки:

1. В чем заключается смысл «работы печали»?
2. Каковы особенности переживания на фазе острого горя?
3. Как Вы думаете, влияют ли возрастные особенности на переживание горя? Каким образом?
4. В чем различия между подавленным, отставленным и отсутствующим горем?
5. На каком этапе работы с горем важнее всего поддерживать отреагирование чувств?
6. Чего не следует делать в работе с горем?

Основные вопросы темы:

1. Понятие утраты, виды утрат.
2. Этапы переживания горя.
3. Факторы, осложняющие переживание горя.
4. Формы осложненного горя.
5. Культуральные особенности переживания горя.
6. Психологическая помощь на разных этапах переживания горя.

Содержательная часть

6.1. Особенности кризиса утраты

Переживание утраты представляет собой общечеловеческий опыт и встречается в жизни каждого, поскольку жизнь невозможна без смерти. Переживание утраты представляет собой *горевание* – процесс постепенного

расставания с чем-то или кем-то кто-то, кто имел витальный смысл и большое значение для скорбящего. Однако переживание утраты возникает не только, когда умирает близкий. К утратам помимо смерти относятся: длительная разлука, прекращение отношений со значимым человеком. Возможны социальные утраты (утрата статуса, прекращение работы или учебы), психические или физические (утрата способностей), духовные и материальные. Довольно часто материальная утрата может сопровождаться переживанием утраты духовной и психической.

Один из первых исследователей переживания утраты, З. Фрейд, в работе «Печаль и меланхолия» пишет, что реакция на потерю любимого – тяжелая печаль – «отличается страдальческим настроением, потерей интереса к внешнему миру – поскольку он не напоминает умершего, потерей способности выбирать какой-нибудь новый объект любви...» [85: с.152]. З. Фрейд одним из первых говорит об особой психической и душевной работе, проделываемой каждым при горевании – работе печали. Смысл работы печали в том, что справиться с сопротивлением, признать и переживать реальность, в которой любимого человека нет. З. Фрейд пишет, что это сопротивление может быть настолько велико, что «наступает отход от реальности и объект удерживается посредством галлюцинаторного психоза, воплощающего желание». Работа печали восстанавливает уважение к реальности, однако это не происходит быстро, работа печали разворачивается постепенно и поэтапно.

Э. Линдемманн называет этот процесс работой горя. Он выделяет следующие **этапы переживания горя**[41]:

1. Шок и оцепенение: «Не может быть...». Это состояние длится от нескольких секунд до 7-9 дней. Человек в этот момент напряжен, у него затруднено дыхание, он хочет глубоко вздохнуть, но не может, вздох судорожный, теряется аппетит, Характерны переживания нереальности происходящего, невозможности, оглушенности, диссоциативные феномены.
2. Фаза поиска. Наступает на 5-12 день после известия смерти. Человеку кажется, что умерший присутствует рядом; возможны «узнавания» умершего среди толпы: «это его лицо промелькнуло». Переживания узнавания характеризуются реалистичностью.
3. Фаза острого горя длится до 6-7 недель с момента трагического события. Это период наиболее острых страданий, сильной душевной боли. Возникают ощущения бессмысленности, чувства отчаяния, одиночества, страх, вина, тревога, беспомощность. Человека душат слезы, рыдания, возникают ощущения «кома в горле», нарушения сна, чувство пустоты в желудке, нарушения дыхания, снижение аппетита. Могут возникать трудности концентрации, не доведение дел до конца. Довольно часто на этом этапе разворачивается процесс идентификации человека с умершим: могут появляться привычки умершего, возникает невольное подражание его позе, жестам, могут возникать те

заболевания и состояния, которые наблюдались у умершего. После того, как спадает острота чувств, наступают опустошенность, депрессия, пустота и начинается примирение с потерей.

4. Этап растерянности и паники. Человеку нужно изменить всю свою жизнь, чтобы найти свое место в жизни без любимого. Переживания на этом этапе связаны с тем, как жить дальше.
5. Чувство вины перед умершим за то, что ему недодали, не сделали вовремя.
6. Фаза агрессии и враждебности по отношению к причине горя. На этом этапе возможен гнев на умершего за то, что он бросил, гнев на судьбу, обстоятельства, врачей.
7. Фаза пробуждения надежды, когда человек чувствует, что его жизнь продолжается и что он может справиться с горем.
8. Фаза толчков и реорганизации, когда восстанавливается аппетит, сон, переживания остаются, но становятся намного слабее и усиливаются только в момент определенных событий, напоминающих о произошедшем.
9. Этап, когда человек утверждает себя в реальности, сохраняя воспоминания об утраченном. Эти воспоминания не причиняют сильной боли, но приобретают особую ценность. Восстанавливается активная жизнь, налаживаются новые связи.
10. Фаза завершения, обычно наступает через год после утраты. Завершается работа горя, человек возвращается в жизненное русло.

При замедлении процесса горевания, остановке его переживания или затруднениях интеграции утраты и приобретения новых знаний, возникает феномен осложненного горя. К **осложненному горю** приводят [52]:

1. Внезапная или неожиданная утрата.
2. Утрата, вызвавшая двойственные чувства, например, гнев и самообвинение.
3. Утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, вызвавшие сильную тоску.
4. Отсутствие систем поддержки личности.

Осложненное горе может [52:с.16-20] приобретать следующие формы:

1. Хроническое горе с преобладанием тоски.
2. Конфликтное (преувеличенное) горе: один или несколько признаков горя искажаются или чрезмерно усиливаются чувствами вины и гнева.
3. Подавленное (маскированное) горе: проявления горя незначительны или полностью отсутствуют, вместо них появляются соматические жалобы, например, «кластерная головная боль».
4. Неожиданное горе: внезапность ситуации затрудняет принятие и интеграцию утраты

5. Отставленное горе: переживания утраты откладываются, «работа горя» прекращается и запускается в ситуации новой потери или при напоминании о прежней потере.
6. Отсутствующее горе: признаки переживания потери отсутствуют, чувства отрицаются.

В ряде случаев осложненное горе может усугубляться присоединением признаков посттравматического стрессового расстройства, например в условиях чрезвычайных ситуаций.

6.2. Особенности психологической помощи при утрате

Помощь человеку, понесшему трату, в большинстве случаев не предполагает профессионального вмешательства. Достаточно оказывается информировать близких о том, как вести себя с ним. Для горюющего самым важным является возможность разделить свое горе с Другим, пережить его вместе. Однако не все люди способны изначально не только делиться своими переживаниями, но и позволять себе сильные чувства. Все эти особенности усложняют горевание. Вместе с тем, существует большое количество правил (в том числе и культуральных) о том, как надо и не надо горевать. С одной стороны эти правила позволяют человеку разделять свое состояние с другими (например, собирая друзей на 3, 7, 40 дни после смерти), с другой стороны могут и затруднять процесс горевания («не плачь, а то покойник в воде окажется»).

При утрате одним из первых возникает вопрос о том, **как сообщить человеку о его утрате**. Этот вопрос чаще всего возникает, когда нужно сказать ребенку о смерти родителя или наоборот. В этих ситуациях довольно часто возникает сокрытие информации, ребенку врут («мама уехала»). Очевидно, что взрослые в этой ситуации сами испытывают сильный страх смерти и опасаются своих собственных реакций рядом с ребенком, хотя и объясняют ложь тем, что опасаются за ребенка. Важно понимать, что горе является естественным процессом и его важно переживать, давая место возникающим чувствам, разделяя эти чувства с другими.

Сообщая ребенку о смерти родителя важно сказать ему о том, что это очень печальная новость, что другие взрослые переживают вместе с ним. Важно подсказать ему, что нужно поплакать и попрощаться, можно подойти к телу, важно вспоминать то хорошее, что было между ними и это хорошее будет всегда с ним. Важно понять детские чувства оставленности и брошенности умершим родителем, не осуждать его гнев и обиду. Важно ответить на вопросы ребенка на его уровне понимания. Так же важно объяснить ребенку, как в связи с этой смертью изменится его жизнь, возможно он переедет, кто теперь будет заботиться о нем, где будут находиться его вещи и так далее. Нужно включать ребенка в семейные ритуалы, брать с собой на кладбище, давая ему возможность «обратиться к

родителю». Все это позволяет ребенку постепенно принять тяжелую реальность и создавать новые связи в мире.

Консультирование клиентов, обратившихся с переживанием горя, это в первую очередь создание такого пространства, где они могут быть услышаны и их чувства могут быть выражены. Активное слушание, готовность принять и облегчить чувства клиента являются неотъемлемыми и самыми важными моментами на всех этапах работы с горем. Собеседник может неоднократно обращаться к одним и тем же моментам, деталям утраты. Все это требует от консультанта терпения и эмпатии.

М Мамардашвили пишет: «Нельзя жить, если жизнь не освещена тем особым напряжением, что сопутствует переживанию смерти, которая как таковая не может быть эмпирически переживаемым состоянием человека» [48:с.5]. Поэтому целью работы с клиентом, переживающим горе, является превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».

Психологическая помощь на стадии шока. Не оставлять человека в изоляции, дать почувствовать ему свое присутствие, возможно через прикосновение или пожатие руки. При этом важно помнить, что в разных культурах придается разное значение телесному контакту, в некоторых культурах он недопустим.

Помощь на стадии острого горя. Следует говорить об умершем, о причине его смерти и чувствах в связи с произошедшим. Спрашивать, интересоваться фактами его биографии, рассматривать вместе фотографии. В случае необычной смерти (например, насильственная смерть или суицид) возможность такой беседы осложняется чувствами стыда, реальные обстоятельства могут превращаться в секрет семьи. Поддержание этого секрета блокирует процесс горевания. С одной стороны нельзя торопить клиента и провоцировать его говорить «правду», с другой очень важно быть открытым и не осуждающим. При обнаружении секрета важно обсуждать малейшие детали и чувства, которые они вызывают у клиента. В моменты замирания, приостановки дыхания можно предложить клиенту лучше опереться на стул, глубже вдохнуть. Процесс дыхания очень важен, поскольку ритмичное и глубокое диафрагмальное дыхание способствует более полному и поддержанному переживанию сильных чувств. Необходимо дать возможность плакать, не торопясь утешать («все будет хорошо»). Важно быть рядом с клиентом в той точке переживания, где находится он сам.

Помощь на стадии восстановления. Несмотря на картину общего улучшения психического состояния клиентов на этом этапе, им может быть необходима профессиональная помощь, поскольку довольно часто большая часть переживаний как бы откладывается, оставляется, горе остается незавершенным. Повседневная жизнь предъявляет высокие требования к каждому человеку: ему приходится работать, заботиться о других. Часто можно встретить такие высказывания «мне некогда горевать», «не хочу снова плакать, если начну, то не остановлюсь» и так далее. Все это приводит к незавершенности переживания, которое может обостриться внезапно,

несмотря на количество лет, прошедших с момента утраты. Важно выявить особенность переживания/непереживания горя данным человеком, обнаружить в какой момент и на каком этапе процесс горевания был остановлен. Это и будет основным проводником в работе с клиентом. В работе могут использоваться техники гештальт терапии, такие как «разговор с пустым стулом», «монолог», арттехники.

На отдаленных этапах работы с утратой могут снова возникать сильные чувства боли и отчаяния. Они могут быть связаны с тем, что воспоминания о близком постепенно стираются из памяти, становятся более бледными, и это может пугать клиентов: «я больше не могу отчетливо представить его лица, я начала его забывать». Эти признаки указывают на то, что процесс горевания постепенно завершается. На этом этапе можно предложить клиенту писать письма, обращаясь к умершему, например, писать письма каждый день о том, как был прожит этот день. Предлагая это, мы поддерживаем у клиента способность интегрировать прошлое, настоящее и даем некоторое пространство будущему. Возможно, что в один из дней клиент скажет «я забыл вчера написать письмо» и это говорит о возвращении его интереса к реальной жизни.

Важно помнить, что на любом этапе работы с клиентом **не следует**: останавливать его, когда он плачет, не следует дискутировать с клиентом, чувствующим озлобленность, и корректировать ее, а важно дать ей проявиться, не следует быстро утешать и обещать быстрых изменений. В любом случае, при профессиональной поддержке и без нее, работа горя требует длительного времени.

ТЕМА 7. Психологическая помощь жертвам насилия

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Дифференцировать понятие «насилие», сформировать у студентов представление о механизмах, формах и видах насилия, принципах оказания психологической помощи пострадавшим от насилия.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать виды и формы насилия.
2. Оказывать первую помощь пострадавшим от насилия.
3. Выбирать формат и методы психологической помощи при консультировании жертв насилия.
4. Определять свою ролевую позицию при оказании психологической помощи жертвам насилия.

Студент должен знать:

1. Психологические механизмы и социально-психологические последствия насилия.
2. Правила оказания первой психологической помощи пострадавшим от насилия.
3. Цели, задачи и методы работы с пострадавшими от насилия.

Темы проектов, рефератов:

1. Домашнее насилие: механизмы и феноменология.
2. Виктимное поведение подростков.
3. Особенности переживания жертв в ситуации террористического акта.
4. Психологические последствия терроризма.
5. Психологическая помощь жертвам терроризма.
6. Психологическая помощь жертвам сексуального насилия.
7. Война как источник насилия.
8. Особенности оказания психологической помощи преступникам.

Рекомендуемая литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 288 с.
4. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1997. – 336 с.
5. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
6. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. – М.: «Триада-Х», 1999. – 266 с.
7. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
8. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.- М.: «Класс», 2001. – 464 с.
9. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
10. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
11. Кудрявцев В.Н. Генезис преступления. Опыт криминологического моделирования: Учеб. пособие. – М.: «ФОРУМ – ИНФРА-М», 1998. – 216 с.

- 12.Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. - 1993. – т. 14, №6. – С. 110-118.
- 13.Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
- 14.Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культуры, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: прайм-Еврознак, 2001. – 400 с.
- 15.Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А. Половые преступления против детей и подростков: психиатрический аспект. – Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1994. – 106 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. В чем сходства и отличия агрессора и жертвы?
2. Что такое виктимность и чем она обусловлена?
3. Что такое «стокгольмский синдром» и в чем он проявляется?
4. Что такое треугольник Г. Хартмана?
5. Какую ролевую позицию, с Вашей точки зрения может занимать психолог-консультант в работе с пострадавшим от насилия?
6. Назовите правила оказания первой помощи пострадавшему от насилия.
7. Назовите методы оказания психологической помощи пострадавшим от насилия.

Основные вопросы темы:

1. Определение понятия «насилие».
2. Формы и виды насилия.
3. Особенности переживания ситуации насилия ее участниками.
4. Психологические особенности жертвы и агрессора.
5. Правила оказания первой помощи в ситуации насилия.
6. Цели и задачи психологической помощи пострадавшему от насилия.
7. Особенности отношений, развивающихся между психологом-консультантом и пострадавшим от насилия.
8. Методы оказания психологической помощи пострадавшим от насилия.

Содержательная часть

Проблема насилия в настоящее время становится одной из наиболее актуальных, она имеет не только психологический, но также социальный, медицинский и юридический аспекты. Насилие по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. Нарушения, возникающие в результате насилия, затрагивают все уровни функционирования человека: познавательную сферу, аппетит, сон, приводит к стойким изменениям личности. Пережитое в детстве насилие влияет на всю последующую жизнь человека.

Понятие насилия многозначно, оно используется не только в психологии, но и в юриспруденции. В разных науках насилие отождествляют с физическим, психологическим, экономическим ущербом, который люди наносят друг другу: *насилие представляет собой целенаправленное ограничение свободы поведения, подчинение, нарушение прав и нанесения ущерба людям*[17]. Существует много форм насилия: домашнее насилие, война, террористические акты, захват в заложники, пленение и так далее.

Одним из частых явлений настоящего времени становится домашнее насилие. Домашнее насилие – это ситуация, когда один человек контролирует или пытается контролировать поведение и чувства другого члена семьи. Домашнее насилие это повторяющийся с увеличением частоты цикл физического, словесного, духовного, экономического оскорбления с целью контроля, запугивания, внушения чувства страха. Домашнее насилие включает случаи жестокого обращения с детьми, насилие, направленное на супруга (или партнера в отношениях), на родителя (например, в случае престарелых родителей). Оно включает:

Физическое – пощечины, удары, побои, пинки, применение оружия.

Сексуальное – принуждение к интимности, действия сексуального характера, нежелательное для партнера.

Психологическое – изоляция от окружающего мира, угрозы, критика в адрес партнера, игнорирование.

Экономическое – материально зависимому члену семьи выделяется ограниченная сумма денег, о которой он должен полностью отчитываться, лишение партнера права голоса при рассмотрении проблем семьи, запрещение работать.

Для людей, подвергшихся насилию, характерны: низкая самооценка, извращенное представление о семье, о роли женщины в обществе, оправдание действий обидчика, чувство вины и отрицание чувства гнева, которые они испытывают по отношению к обидчику, уверенность, что никто не может помочь им в решении проблемы насилия, вера в миф о насильственных отношениях в семье как нормальных отношениях между партнерами.

Агрессоры– люди, которые подвергают насилию других людей, в детстве чаще всего так же подвергались насилию. Для агрессора, так же как и для жертвы, характерны: низкая самооценка, традиционные взгляды на роль мужчины в семье и обществе, обвинение других в действиях, которые совершают сами, восприятие насилия как адекватного паттерна в отношениях, быстро возникающие ощущения дискомфорта и психическое напряжение, которыеотреагируются через агрессию[33,37].

Виктимология – специальная область научного знания, которая пытается ответить на вопросы, каким образом взаимодействует агрессор, ситуация и жертва. Виктимным называется поведение, которое в определенных обстоятельствах превращает человека в жертву. Факторами

риска реализации программы поведения жертвы являются такие личностные качества как: конформность, нерешительность, робость, неуверенность.

В психологических исследованиях, посвященных проблеме насилия, рассматривается, так называемый, *стокгольмский синдром*. Стокгольмский синдром отражает специфическую связь жертвы и агрессора: жертва начинает сочувствовать агрессору, оправдывает его действия, отождествляет себя с агрессором. В разных исследованиях этот синдром описан как «синдром идентификации заложника», «синдром выживания заложника». В основе синдрома лежит механизм «идентификации с агрессором», описанный А. Фрейд [14].

Г. Хартманом была выявлена триада «агрессор – жертва – спасатель», которая представляет собой ролевые позиции, возникающие в ситуации агрессии. Эти позиции взаимосвязаны, так что жертва легко может стать агрессором или спасателем, а агрессор наоборот.

Психологическая помощь жертвам насилия представляет собой сложную задачу, поскольку люди, подвергшиеся и/или подвергающиеся насилию, находятся в тяжелом психоэмоциональном состоянии, испытывают стыд, вину, зачастую отрицая факт насилия, сохраняя произошедшее в тайне (особенно если это семейная ситуация). Для них могут быть характерны переживания ужаса, сверхбдительности, чувства безнадежности и бессилия, физиологическое и психическое напряжение, внутренний дискомфорт, нарушения сна, навязчивые воспоминания, суицидальные мысли.

Конечно, психологическая помощь жертвам насилия будет существенно отличаться в зависимости от ситуации насилия, ее многократности, масштабности, от возраста человека, пережившего насилие и так далее. Однако, в целом, можно выделить три этапа психологической работы: срочная (или первая) помощь, этап кризисной работы, исследовательский этап работы.

Срочная психологическая помощь жертвам должна быть направлена на стабилизацию их текущего психического и физиологического состояния и восстановление безопасности их жизнедеятельности. Важно помнить, что срочная помощь не предполагает глубокого психологического исследования, экспериментирования и так далее.

Правила оказания первой помощи жертвам насилия [67]:

- Не бросайтесь обнимать пострадавшего, избегайте лишнего телесного контакта. В крайнем случае, можно взять его за руку или положить руку на плечо.
- Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).
- Не расспрашивайте о подробностях произошедшего, не обвиняйте.
- Дайте почувствовать, что пострадавший может рассчитывать на вашу поддержку.

- Если пострадавший начинает рассказ о случившемся, то не переспрашивайте о конкретных деталях, побуждайте говорить о чувствах, связанных с событием.
- При необходимости можно сопровождать пострадавшего, например, если он идет в милицию подавать заявление или на опознание погибших родственников.

В кризисной работе с жертвами насилия основная *цель психолога заключается в уменьшении и ликвидации травматических переживаний, чувства собственной неполноценности, ущербности, в формировании адекватной самооценки.* На данном этапе важно дать возможность пострадавшему пережить сложные чувства, возникшие в ситуации. Данный этап работы может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом формате. Индивидуальный формат позволяет создать более безопасную среду, тогда как в групповом формате пострадавший может получить больше поддержки и увидеть, что он не одинок. Вместе с тем, важно помнить, что целям кризисной работы больше удовлетворяют небольшие гомогенные группы (то есть состоящие из участников, имеющих схожую проблематику), существующие непродолжительное время (около двух месяцев).

При кризисном консультировании пострадавших важно [27]:

- Обеспечить возможно более полное принятие себя.
- Помочь составить конкретный план действий в обстоятельствах, связанных с насилием.
- Помочь определить основные проблемы.
- Помочь в мобилизации систем поддержки.
- Помочь в осознании серьезности произошедшего.
- Помочь осознать необходимость потратить время на выздоровление.
- Выявить и укрепить сильные стороны личности пострадавшего.

После эмоционального отреагирования можно постепенно переходить к работе, направленной на исследование поведенческих паттернов и механизмов, обеспечивающих воспроизведение ситуации насилия. Целью данного этапа работы является репарация системы межличностных отношений. Этот этап работы является длительным и может продолжаться в течение нескольких лет.

Говоря об исследовании межличностных отношений, очень важно отметить *специфику отношений психолог – клиент в работе с такими клиентами.* Психолог часто вынужден участвовать в разыгрываемой клиентом динамике доминирования, подчинения и принуждения, являющихся характерными чертами отношений клиентов, развивающихся в ситуации насилия. Д. Дейвс и М.Д. Фраули выделяют восемь ролевых конфигураций таких терапевтических отношений [52]:

- Злоупотребляющий родитель и брошенный ребенок;
- Насильник и жертва;
- Спаситель и ребенок, ожидающий спасения;
- Совратитель и совращенный.

Каждая ролевая пара осязаемо воссоздается в процессе психологической помощи. Поскольку клиент в качестве средства коммуникации использует повторное разыгрывание, то постоянно существует вероятность повторного насилия как внутри, так и вне психотерапевтических отношений.

В процессе терапевтических отношений самоощущение клиентов, история жизни которых связана с насилием, очень переменчиво: то клиент переживает чувства ребенка, маленького, беспомощного и взволнованного перед могущественным взрослым, то – дистанцирован, обособлен и как бы «не здесь». У таких клиентов размыта граница между «сейчас» и «после», что вносит вклад в повторное переживание событий прошлого, как если бы они были частью событий настоящего. Такая неспособность клиентов делать свой опыт объектом рефлексии с опорой на язык и образование символов приводит к тому, что интенсивные переживания из прошлого вновь возникают в настоящем. Трудность для психотерапевта – в том, чтобы сохранить свою жизненность, оставаться одновременно и наблюдателем и участником действия, разворачивающегося в психотерапии.

Для клиентов – жертв насилия характерна склонность к диссоциации переживания: диссоциированное переживание не похоже на вытесненное, диссоциация отделяет переживание от памяти, переживание расчленяется отдельно на соматические, обонятельные, осязательные «воспоминания», отдельные аффективные «вспышки». Психические состояния переживаются как отчужденные, не мыслимые «лингвистически», ужасающий опыт клиента не может быть выражен словами. Именно поэтому рассказывание истории своей жизни, истории насилия становится очень важным.

С клиентами – жертвами насилия используются следующие **методы психотерапии:**

Психоанализ (З. Фрейд) – направлен на интеграцию ранее подавленных диссоциированных болезненных проявлений в общую структуру личности и анализ психологических причин их обуславливающих.

Аналитическая терапия (К.Г. Юнга) – позволяет прорабатывать травматические переживания на символическом, бессознательном уровне, что создает для клиента ощущение безопасности.

Экзистенциальная терапия (И. Ялом) - способствует преодолению переживания беспомощности, чувства потери контроля, исследованию и поиску жизненного смысла, восстановлению способности человека более полно присутствовать в своей жизни.

Адлеровская терапия – приводит к повышению социального интереса, позволяет осознавать механизмы поведенческих реакций.

Клиент-центрированная терапия (К. Роджерс) – помогает клиенту выразить себя, способствует интеграции глубинных переживаний и накопленного опыта с «Я-реальным».

Гештальт терапия (Ф. Перлз) исследует способы, с помощью которых, у клиента был прерван контакт с реальностью, направлена на восстановление творчества в контакте с собой и с окружающей средой.

Терапия реальностью (В. Глассер) – стремится побудить жертву взять на себя ответственность за различные жизненные ситуации и добиваться поставленных целей.

Когнитивно-поведенческая терапия (Ф. Зимбардо, С.Л. Франк, Ф. Шапиро, А. Эллис, А. Бек)– направлена на обучение пациента способам совладания с тревогой, страхами и негативными мыслями.

Семейная терапия (М. Боуэн, В. Сатир, Р. Минухин) – способствует гармонизации отношений между членами семьи, формированию адекватного отношения и адекватной поддержки членов семьи по отношению к пострадавшему от насилия.

Групповая терапия – помогает в осознании ролевых стереотипов и поведенческих паттернов, способствует развитию новых форм контакта в группе.

Однако важно помнить, что любая форма психотерапии имеет свои ограничения и даже противопоказания в использовании. В частности, использование психоаналитической кушетки может вызвать у пострадавшего утяжеление симптоматики и в некоторых случаях спровоцировать психотическое состояние. При использовании символических методов работы важно, чтобы клиент имел достаточно высокий интеллектуальный уровень, в ином случае психологическая работа может обострять у него переживания неполноценности. Терапия реальностью, используемая на более ранних этапах психотерапевтической работы, совершенно противопоказана, так как провоцирует пострадавшего взять на себя ответственность за случившееся с ним. При использовании групповой терапии важно проводить предварительный отбор участников группы и оценивать способность потенциального участника справляться с тревогой. Слишком раннее использование группового формата работы может способствовать ретравматизации сложного участника.

Тема 8. Особенности оказания психологической помощи детям, пострадавшим от насилия

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов представления об особенностях психологической травматизации детей в ситуации насилия, ознакомить студентов с особенностями консультирования детей – жертв насилия.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать формы и виды насилия над детьми.
2. Устанавливать контакт с ребенком, пострадавшим от насилия, и преодолевать его психологическое сопротивление оказанию помощи.
3. Применять диагностический инструментарий для выявления у ребенка опыта насилия.
4. Использовать методы психологической помощи детям, пострадавшим от насилия.

Студент должен знать:

1. Социально-психологические факторы риска применения насилия по отношению к детям.
2. Формы и виды насилия над детьми.
3. Особенности психологической травматизации детей – жертв насилия.
4. Способы диагностики ситуации насилия во время консультирования ребенка.
5. Цели, задачи и основные методы психологической помощи детям – жертвам насилия.

Темы проектов, рефератов:

1. Школьное насилие: механизмы и феноменология.
2. Факторы риска применения насилия по отношению к детям, обусловленные личностью родителя.
3. Психологические особенности детей в алкогольных семьях.
4. Феномен детской беспризорности: пути помощи.
5. Особенности оказания психологической помощи детям в детских домах.
6. Превентивные программы по профилактике сексуального насилия над детьми.
7. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия детей – жертв насилия.
8. Применение адлерианской терапии в работе с детьми, пострадавшими от насилия.
9. Групповая психотерапия с родителями жертв сексуального и физического насилия.

Рекомендуемая литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
3. Брызгунов И.П. и др. Психосоматика у детей. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с.

4. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 288 с.
5. Винникот Д. Игра и Реальность. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002. – 288 с.
6. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
7. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ.пособие. – Мн.: Белорусская наука,1999. – 189 с.
8. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
9. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.- М.: «Класс», 2001. – 464 с.
- 10.Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
- 11.Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
- 12.Кэдьусон Х., Шефер Ч. Практикум по игровой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
- 13.Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. - 1993. – т. 14, №6. – С. 110-118.
- 14.Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ. / Предисл. А. Я.Варга. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 368 с.
- 15.Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
- 16.Экслайн В. Развитие личности в игровой терапии. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 256 с.
- 17.Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А. Половые преступления против детей и подростков: психиатрический аспект. – Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1994. – 106 с.

Вопросы для самоподготовки:

1. Как проявляется пренебрежение в уходе за детьми?
2. Что такое психологическое насилие?
3. Какую роль играет межпоколенческая передача в возникновении в семье паттерна насилия над детьми?
4. Какие психологические изменения возникают у ребенка после перенесенного им насилия?
5. Что такое инцест? Каковы последствия инцеста для ребенка?
6. Что не надо делать психологу-консультанту при установлении контакта с ребенком, являющимся жертвой насилия?

7. Как в игре ребенка проявляется пережитый им опыт насилия?
8. В чем сходство и отличия директивной и недирективной игровой психотерапии?

Основные вопросы темы:

1. Типология насилия по отношению к детям.
2. Социально-экономические факторы домашнего насилия над детьми.
3. Сексуальное злоупотребление детьми – как одна из наиболее тяжелых форм насилия.
4. Цели и задачи консультирования детей – жертв насилия.
5. Особенности установления контакта с ребенком, пострадавшим от насилия.
6. Диагностика ситуации насилия при индивидуально-психологическом обследовании ребенка.
7. Психологические методы работы с детьми – жертвами насилия.

Содержательная часть

Дети являются наиболее виктимной категорией и часто становятся жертвами в различных ситуациях. Они могут оказываться жертвами домашнего и/или школьного насилия, стать жертвами насилия на улице, оказаться заброшенными или беспризорными. М.Д. Асанова выделяет **четыре основных типа насилия над детьми** [27:с.23].

- физическое насилие – это вид отношения к ребенку, когда он умышленно ставится в физически уязвимое положение, когда ему умышленно причиняют телесное повреждение или не предотвращают возможности его причинения;
- сексуальное насилие – это вовлечение функционально незрелых детей и подростков в сексуальные действия, которые они совершают, не понимая их полностью, на которые они не способны дать согласие или которые нарушают социальные табу семейных ролей (с.80);
- психологическое насилие – это совершенное по отношению к ребенку деяние, которое тормозит или вредит развитию его потенциальных способностей. К психологическому насилию относятся такие хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка.
- пренебрежение – хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности несовершеннолетнего ребенка в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре. При физическом пренебрежении ребенок может быть оставлен без соответствующего его возрасту необходимого питания, может быть одет не по погоде. При эмоциональной заброшенности – родители равнодушны к нуждам ребенка, игнорируют его, отсутствует тактильный контакт. Пренебрежение может проявляться в запущенности здоровья ребенка,

отсутствии необходимого ему лечения. Пренебрежение образованием ребенка может выражаться в том, что ребенок часто опаздывает в школу, пропускает уроки, остается присматривать за младшими детьми и так далее.

Рут Соонетс (2000) относит к насилию над детьми, наряду с насильственными действиями и заброшенностью, чрезмерную опеку. Под насильственными действиями она понимает: эмоциональное, физическое, психологическое, сексуальное насилие.

Среди факторов, провоцирующих домашнее насилие над детьми, можно выделить[27]:

1. Социально-экономические – низкий доход, безработица, фактор неполной и/или большой семьи, принадлежность к групповому меньшинству и так далее;
2. Факторы, обусловленные структурой семьи и моделью общения – многодетность, воспитание родителем одиночкой, воспитание приемными родителями, наличие отчима/мачехи, конфликтные/проблемные отношения между супругами, межпоколенческая передача;
3. Факторы риска, вызванные личностью родителя – низкий уровень социальных навыков, психические нарушения, наличие соматического заболевания, алкоголизация/наркотизация родителя;
4. Факторы риска, связанные с особенностями ребенка – нежеланность ребенка родителями или его рождение после смерти другого ребенка, наличие у ребенка врожденных психических/физических нарушений, поведенческих особенностей (например, гневливости, импульсивности), личностных особенностей (аутизация), привычек, особенности его внешности.

В школе негативными факторами, обуславливающими насилие, могут выступать: плохой микроклимат в учительском коллективе, равнодушное отношение учителей к происходящему в классе и так далее. Школьное насилие оказывает на детей прямое и косвенное влияние. С одной стороны, агрессия, направленная на ребенка, приводит к переживанию им чувства затравленности, безысходности, отчаянию, снижению самооценки, нарушению идентичности. С другой стороны, позиция унижаемого снижает социальный статус ребенка в группе, другие дети перестают с ним дружить, что так же влияет на его самооценку, усиливает и без того тяжелые переживания. Отверженность может распространяться и на другие сферы: у ребенка могут появиться проблемы в учебе и поведении.

Одним из самых опасных по своим последствиям форм насилия над детьми является сексуальное насилие. По оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского ежегодно в России регистрируется 7-8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми. Чаще всего жертвами насилия становятся дети в возрасте 3-7 лет. Признаками насилия могут являться:

- телесные симптомы: оральные, анальные, вагинальные симптомы;
- изменения в поведении ребенка: не соответствующая возрасту информированность в области половых отношений, интерес и игры сексуального содержания, соблазняющее поведение, сексуальное использование младших детей;
- изменения в эмоциональном состоянии: замкнутость, отвращение, стыд, жестокость, отчуждение от родственников;
- изменения в личности ребенка: смирение, неспособность себя защитить, принятие на себя родительской роли в семье, снижение самооценки;
- появление невротических и психосоматических симптомов: боязнь оставаться наедине с определенным человеком, боязнь раздеваться (например, во время медосмотра), головные боли, боли в области желудка, сердца.

Одной из самых страшных форм сексуального насилия является инцест. Инцест (кровосмешение) – половая связь между близкими кровными родственниками (родителями и детьми, братьями и сестрами). Для семей, в которых происходит инцест, характерна дисфункциональность: коммуникативные связи слабые, границы в отношениях нарушены, матери часто теряют власть настолько, что не могут воспрепятствовать инцесту, типично беспрекословное подчинение младших старшим, высоко эмоциональное напряжение. Вокруг ребенка, перешагнувшего сексуальный барьер, с одной стороны, образуется интимный вакуум, сохраняется секретность происходящего с ним. С другой стороны, положение такого ребенка может стать привилегированным, девочка может пользоваться защитой отца, получать подарки, ее семейный статус может стать выше статуса матери. В семье, где много детей, инцестуозные отношения могут продолжаться со всеми детьми одновременно/последовательно или затрагивать только кого-то из детей. При этом секретность сохраняется таким образом, что каждый из детей может не знать, что его братья/сестры тоже жертвы. Секретность в таких семьях поддерживается за счет изоляции жертвы, угроз, обмана или подкупа ребенка [92].

Психологическая работа с детьми, подвергшимися насилию, очень сложна. Она требует от психолога чуткости, медленности и аккуратности. Дети, пережившие насилие, нуждаются в особом внимании, понимании и поддержке со стороны психолога. Наличие у них сильного чувства вины не позволяет им обсуждать свою проблему напрямую: они считают, что каким-то образом спровоцировали атаку по отношению к себе (особенно в случае сексуального насилия). Стыд за себя не дает детям раскрываться. Поэтому в работе с детьми важно избегать закрытых или направляющих вопросов.

Общей целью в работе с детьми, пережившими насилие (как и со взрослыми), является уменьшение и ликвидация травматических переживаний, преодоление чувства собственной неполноценности, вины и стыда. В работе с ребенком важно поддерживать его способность

дифференцировать взаимодействия с окружающими людьми, способствовать его личностному развитию.

Беседуя с ребенком, важно, прежде всего, оценить свое отношение к насилию. Взрослый, имеющий собственные проблемы в данной области, может столкнуться со значительными трудностями, ему будет труднее вызвать у ребенка доверие.

Следует с большой осторожностью использовать групповые методы работы, особенно на начальных этапах после случившегося. Консультирование лучше проводить в игровом кабинете или релаксационной комнате, а не в классе. Встречаться с ребенком лучше в одном и том же пространстве, а не в разных местах. Процесс консультирования идет успешнее, если ребенок может контролировать дистанцию между собой и взрослым. При оптимальном варианте психолог располагается напротив ребенка (или под углом), а рядом находится журнальный столик, чтобы ребенок мог прятаться, используя его как барьер. Прежде, чем работать с ребенком, необходимо собрать информацию о самом ребенке, его семье, интересах, ситуации насилия.

При установлении контракта с ребенком на психологическую работу с ним важно учитывать феномен сопротивления. Дети жертвы насилия – испытывают сильный страх при встрече с любым незнакомым человеком, а так же при посещении нового места. Часто они не знают, куда и зачем ведут их родители. Это может оказать влияние на формирование у ребенка негативных ожиданий от встречи. У ребенка могут возникать следующие вопросы:

- Кто такой психолог, зачем туда идти?
- Что подумают мои друзья, если узнают об этом?
- Будет ли мне больно?
- Сколько я там пробуду?
- Смогу ли уйти оттуда, если мне не понравится?
- Что я должен говорить о своей семье, неужели я должен говорить что-то плохое?
- Расскажет ли этот взрослый другим то, что я ему рассказал?

В ситуации консультирования ребенок может беспокоиться за свою автономию, отказываться говорить или что-то делать. Дети жертвы насилия могут сердиться на психолога, испытывать страх рассказать то, что с ними произошло. Сопротивление может проявляться: в избегании контакта глаз, опоздании, враждебности, прятании (за мебелью) и так далее.

Преодолению сопротивления ребенка помогает интерес, дружелюбие, искренность и теплота, которая исходит от психолога. Только в этом случае (возможно не сразу) ребенок почувствует себя услышанным и сможет доверять. Важно, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно в кабинете специалиста, это достигается постоянством места и времени консультации, защищенностью (никто не входит в кабинет во время работы, нет телефонных звонков, консультации начинаются вовремя). Нарушение этих

простых правил разрушает для ребенка безопасность его присутствия и в конечном счете разрушает саму психологическую работу.

Иногда в начале работе с детьми бывает важно продиагностировать ситуацию насилия и определить феноменологию переживания ребенка. Обследование обычно проводится в форме игры или игровых заданий. Возможны следующие варианты заданий:

- Игра с куклами: для детей от 2 до 7 лет;
- Рисование: для детей от 5 лет;
- Рассказывание историй: для детей школьного возраста, имеющих достаточные вербальные способности и хороший словарный запас.

Игра с куклами. Дети, которые не испытывали насилия, воспроизводят в игре повседневную жизнь. Дети, пережившие насилие (особенно сексуальное), часто раздевают кукол, разглядывают их, кладут вместе в кровать, проигрывают соответствующие роли.

Рисование. Рисунки детей служат потенциальными индикаторами насилия. Для диагностики особенностей контакта ребенка со средой можно использовать рисунки на тему: нарисовать картинку о своей семье, нарисовать картинку о себе самом, спонтанное рисование.

Для рисунков детей, переживших насилие, характерны: зачернение рисунка, излишняя штриховка (особенно в области рта или гениталий), агрессивные и устрашающие предметы (например, ножи), прорисованная мимика (слезы, нахмуренные брови), чересчур выделенные и в избытке нарисованные волосы или полное их отсутствие (свидетельствует о тревожности, растерянности, неадекватности), отсутствие рук на рисунке (потеря контроля над событиями, чувства вины), отсутствие на рисунке нижней части тела, выделенные фаллические символы и так далее.

Рассказывание историй. Рассказывание историй может быть: по стандартным картинкам, по специально разработанным тестам. Во время рассказа ребенка важно обратить внимание на его комментарии к изображенным лицам, реакции страха, волнение. Воспоминание о пережитом насилии может возникать в ходе рассказа в зависимости от того, как часто ребенок подвергался насилию, сколько времени прошло с последнего случая и насколько он был травмирован.

В работе с детьми – жертвами насилия можно использовать различные психотерапевтические подходы. Однако наиболее подходящим видом психологической работы для детей до 12 лет является игровая терапия. *Игра* – это единственная деятельность ребенка, имеющая место во все времена и у всех народов. Детей не нужно учить играть: они играют спонтанно, охотно, с удовольствием, не преследуя никаких целей. З. Фрейд писал, что «в игре каждый ребенок подобен писателю: он создает свой собственный мир, или, иначе, он устраивает этот мир так, как ему больше нравится... Ребенок относится к игре очень серьезно и щедро вкладывает в нее свои эмоции» [цит. по 45: с.19]. Согласно Ж. Пиаже игра является мостиком между конкретным опытом и абстрактным мышлением, и именно

символическая функция игры является особенно важной. В игре ребенок на сенсо-моторном уровне демонстрирует с помощью конкретных предметов, которые являются символом чего-то другого, то, что он когда-либо прямым или косвенным образом испытал. Игра придает конкретную форму выражению внутреннему миру ребенка. Главная функция игры в работе с ребенком – превращать нечто в поддающиеся контролю ситуации [45].

В настоящее время существуют разные формы игровой терапии, в том числе директивная игровая терапия, недирективная игровая терапия, игровая терапия в рамках гештальт подхода, игровая терапия в рамках психоаналитического подхода.

При использовании **директивной игровой терапии** психолог использует игру как средство интерпретации, наблюдая за игровым процессом и сюжетом. В определенные моменты в ходе разговора психолог помогает ребенку осознать свои мысли и чувства, а так же то, как игровая ситуация связана с реальной жизнью, в частности с перенесенным насилием. Психолог направляет деятельность ребенка таким образом, чтобы «отыграть» травматическую ситуацию, сопутствующие ей мысли и чувства и новые, более конструктивные способы выхода из нее [27].

Недирективная игровая психотерапия. Данный подход основан на идее К. Роджерса о том, что у каждого человека есть подсознательное стремление к независимости, личностному росту и зрелости, поэтому ребенка важно принимать таким, какой он есть, а не таким, каким его хотели бы видеть взрослые. Психолог дает возможность ребенку почувствовать, что он свободен в выражении своих чувств и мыслей, отражает его реакции на вербальном и невербальном уровнях [45].

Игровая терапия в рамках гештальт подхода направлена на исследование неудовлетворенных потребностей ребенка. То, какие чувства и реакции вызывает у окружающих желания ребенка (прямое высказывание о потребностях), определяет способ его обращения со своими потребностями: он может их заметить, проигнорировать, испугаться, застыдиться. В контакте с психологом, ребенок может лучше узнать свои потребности, научиться говорить о них, развить адекватные границы, восстановить способность к творческому приспособлению [93,96].

В психоаналитическом подходе игровая техника рассматривается как средство анализа бессознательного: предполагается, что, как и поведение взрослых, детская игра направляется скрытыми мотивациями и свободными ассоциациями. Психоаналитическая игровая терапия позволяет проникнуть в бессознательное, вскрыть прошлое и усилить «эго» ребенка [14.20].

Тема 9. Психологическая помощь при суициде

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов представления о механизмах и факторах суицидального поведения, ознакомить студентов со способами оказания психологической помощи при суициде.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать понятия «суицидогенный конфликт», «суицидальное поведение», «суицидальные мысли», «суицидальные замыслы» и «суицидальные намерения».
2. Определять соотношение просуицидальных и антисуицидальных факторов и оценивать степень опасности совершения суицида.
3. Раскрывать суицидальные переживания при потенциальном суициде.
4. Мобилизовать ресурсы потенциального суицидента для решения конфликтной ситуации.

Студент должен знать:

1. Основные концепции суицидального поведения.
2. Социально-психологические факторы суицидальной активности.
3. Механизмы формирования суицидального намерения.
4. Этапы психологической помощи при суициде, их особенности.
5. Основные психологические методы в работе с суицидентами.

Темы проектов, рефератов:

1. Мотивы суицидального поведения у подростков.
2. Феноменология расширенного суицида: исторический экскурс и наше время.
3. Суицидальный риск в пожилом возрасте.
4. Факторы суицидальной опасности у лиц среднего возраста.
5. Культуральные факторы суицидального поведения.
6. Экзистенциально-гуманистический подход в работе с суицидом.
7. Применение арт-терапии в работе с суицидентами.
8. Суицид как деструктивный способ совладания с психотравмой.
9. Суицидальное поведение умирающего: проблема эвтаназии.

Рекомендуемая литература:

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства//Социальная и клиническая психиатрия. – 1994.– №4.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М.: б/и, 1980. – 48 с.
3. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом//Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - №1.
4. Бердяев Н.А. О самоубийстве. – М.: Изд-во МГУ, 1992. – 23 с.

5. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994. – с.
6. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ.пособие. – Мн.: Белорусская наука,1999. – 189 с.
7. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. – М.: «Класс», 2001. – 464 с.
8. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
9. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
10. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
11. Суицид. Хрестоматия по суицидологии/Сост. Моховиков А.Н. – К.: А.Л.Д., 1996 – 216 с.
12. Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Сост. А.Н. Моховиков. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
13. Хендин Г. Психотерапия и самоубийство//Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - №1.

Вопросы для самоподготовки:

1. В чем особенность предиспозиционной фазы суицида?
2. Какие фазы проходит суицидогенный конфликт?
3. Как формируются суицидальные намерения?
4. Из чего складывается суицидальный комплекс?
5. Что такое истинный суицид, завершённый, незавершённый, демонстративный, расширенный?
6. Что такое пособничество суициду?
7. Что такое членовредительство и чем оно отличается от суицида?
8. В чем состоит особенность оказания психологической помощи при потенциальном суициде?
9. Что включают в себя кризисная поддержка, кризисное вмешательство при суициде?
10. Каковы особенности завершающего этапа работы с суицидентом?

Основные вопросы темы:

1. Основные концепции суицидального поведения.
2. Фазы суицида, динамика конфликта при суициде.
3. Понятие «суицидального поведения».
4. Социально-психологические факторы суицида.
5. Виды суицидов.
6. Психологическая помощь при потенциальном суициде.

7. Этапы психологической помощи при суициде.

Содержательная часть

Суицид – осознанное лишение человеком себя жизни. Первыми формами суицида были ритуальные самоубийства. Они встречались у Шумеров, в древней Индии, у кельтов, населявших во втором – первом тысячелетии до н.э. значительную часть современной Западной и Центральной Европы. С распространением христианства отношение к суициду изменилось: все христианские конфессии рассматривают его как тяжкий грех, вызов Божественному правосудию. Ислам и Иудаизм так же осуждают лишение себя жизни. В ряде мусульманских стран (Египет, Иран, Пакистан) уровень самоубийств один из наиболее низких в мире [89].

Стремление осмыслить природу суицидов, дать этому теоретическое обоснование уходит своими корнями в глубокое прошлое. В настоящее время выделяют **три основные теоретические концепции**: психопатологическую, психологическую и социальную.

Сторонники **психопатологической концепции** утверждают, что самоубийство является проявлением острого или хронического психического расстройства (авторы). Делалась попытка выделить самоубийство в отдельную нозологическую единицу, предполагались различные медикаментозные и терапевтические методы лечения суицидентов. В настоящее время эта концепция представляет больше исторический интерес.

Согласно **психологической концепции** ведущим и основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. В психоаналитическом подходе суицид рассматривается как проявление «инстинкта смерти», который может проявляться в агрессии и, как частный случай, в аутоагрессии. Экзистенциальные психологи полагают, что основная причина самоубийств – «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни. Поведенческая теория исходит из понятия «рефлекса цели». И.П. Павлов писал: «...жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна... Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное задерживание, торможение... рефлекса цели» [цит. по 29:с.123].

Однако роль психологических факторов необходимо рассматривать в совокупности с социальными и биологическими факторами. Основоположник **социологической концепции** Э. Дюрхгейм считал, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции [25]. Дальнейшее развитие этой концепции связано с работами А.Г. Амбрумовой, с точки зрения которой, суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта [2].

Совокупность суицидентов представлена тремя диагностическими категориями: больные психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами, практически здоровые. Количественное соотношение 1,5:5:1.

У всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективная дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения. Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном от негативно окрашенных переживаний (тревога, горе, обида, душевная боль и другие) до выраженных психопатологических синдромов (астения, дисфория, депрессия).

В динамике суицида выделяют две фазы[2.3]: predisposиционную и суицидальную (с момента зарождения суицидальных тенденций до покушения на жизнь). Для перехода predisposиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых основная, актуальная в данный момент, потребность человека, другая – препятствие к ее удовлетворению. Исходя из этого, различают: внутренний, внешний и смешанный конфликты.

Конфликт подвергается генерализации, трансформации и переносу.

Генерализация конфликта – расширение круга лиц, связанных с локальным источником первоначального конфликта.

Трансформация – заключается в том, что на основе первичного конфликта в одной сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной среде.

Перенос конфликта – изменение направления конфликтной реакции с истинного агента на замещающий его объект из другой среды отношений.

Суицидогенный конфликт так же проходит две фазы. Первая (predisposиционная) является предпосылкой суицидального акта и может быть обусловлена разными причинами:

- Реальными (у здоровых людей);
- Психотическими (при патологических переживаниях у лиц с аффективными, бредовыми, галлюцинаторными синдромами).

Независимо от того, какими причинами он обусловлен, конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается тягостными переживаниями.

Вторая (суицидальная) фаза конфликта представляет собой парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта. Переход первой фазы во вторую происходит через «критический пункт», который характеризуется:

- Значительным ограничением количества известных субъекту вариантов его разрешения;

- Субъективной оценкой различных альтернативных вариантов разрешения конфликта как неэффективных или неприемлемых.

Суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. К внутренним формам суицидального поведения относят: мысли, представления, переживания, суицидальные тенденции – замыслы и намерения. Возникновению суицидальных тенденций предшествуют антивитаальные переживания, в которых еще нет четких представлений о суициде, но есть отрицание жизни: «Не живешь, а существуешь», «Жить не стоит».

Различают три ступени перехода внутренних форм суицидального поведения во внешние:

1. Пассивные суицидальные мысли. Фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни.
2. Суицидальные замыслы (активная форма): придумывается время и место суицида, его форма.
3. Суицидальные намерения. На этом этапе к замыслу присоединяется волевой компонент.

Переход от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным. Пресуицидальный период может протекать как аффективно-напряженный, либо аффективный компонент может быть редуцирован. К внешним формам суицидального поведения относятся: суицидальная попытка и завершённый суицид.

А.Г. Амбрумова и В.А. Тихоненко **выделяют два основных типа суицидальных попыток**: истинные и демонстративно-шантажные. О последнем может свидетельствовать выбор малоопасных способов самоубийства, попытка совершения суицида на глазах у других [3].

Среди психологических и социально-психологических факторов суицида (по А.Е. Личко) можно выделить:

- потеря любимого человека,
- состояние переутомления,
- уязвленное чувство собственного достоинства,
- разрушение защитных механизмов личности в результате зависимого поведения.

А.Г. Амбрумова, классифицируя мотивы и поводы суицидальных поступков, выделяет[2]:

- личностно-семейные конфликты;
- состояния психического здоровья;
- состояния физического здоровья;
- конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента;
- конфликты в профессиональной или учебной сфере;
- материально-бытовые трудности;
- другие виды мотивов.

Другими факторами суицидальной опасности могут выступать пол, возраст, семейное положение, образование и профессиональный статус. Суициды чаще всего встречаются в возрастной группе от 45 до 65 лет, групповой высокого риска являются подростки и молодые люди в возрасте от 12 до 24 лет, мужчины 20-30 лет, представители обоих полов старше 50 лет и особенно старше 60 лет.

Уровень суицидов у мужчин в 3-4 раза выше, чем у женщин; у женщин в 3 раза выше уровень суицидальных попыток.

Чаще всего суициды совершают люди, не состоявшие в браке, разведенные, вдовы, бездетные и проживающие в одиночестве.

Среди совершивших суицид больше всего лиц с незавершенным образованием и низким профессиональным статусом, безработных, а так же лиц с высоким профессиональным статусом. Наиболее высокий риск суицидов у врачей (психиатров, психотерапевтов, анестезиологов), музыкантов, юристов, низших офицерских чинов.

Психологическая помощь при суициде представляет собой следующие последовательные этапы работы [29]:

1. кризисная поддержка;
2. кризисное вмешательство;
3. повышение уровня социально-психологической адаптации.

Первая помощь при потенциальном суициде – это распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях. Одно из важных отличий суицидоопасного состояния – ощущение себя «вне» общества. В связи с этим, важнейшим принципом кризисной поддержки при суициде является не избегание темы суицида.

Кризисная поддержка начинается с установления эмпатического контакта, отношений доверия. Важно проявлять интерес, не оценивая и не осуждая, не пытаясь переубедить собеседника. Установление терапевтического контакта требует, чтобы клиент был выслушан терпеливо и сочувственно, необходимо создать у клиента уверенность в том, что психолог компетентен в вопросах оказания психологической помощи, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента и готов применит адекватные виды помощи. Эмпатический контакт способствует ликвидации чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит в условиях безусловного принятия клиента, что повышает его самовосприятие, сниженное в результате психологического кризиса. Важно поддержать отреагирование пациентом подавляемых эмоций, это снижает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал может быть временно проигнорирован с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации психологической помощи. В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на факторы суицидального риска: одиночество, наличие хронического

заболевания, потерю близкого в недавнем прошлом, наличие предшествующих суицидальных попыток.

Целесообразно бывает прямо спросить у человека, есть ли у него желание умереть. С другой стороны важно прояснить антисуицидальные установки: «Что удерживает Вас в жизни?».

Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений, повышения самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса.

Заключение терапевтического контракта предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулированию ее в понятных человеку терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации психологической помощи, сроках работы, разделении ответственности. Важно заключить антисуицидальный договор о том, что клиент не совершит суицид в течение времени психологической работы.

Кризисное вмешательство включает в себя рассмотрение неопробованных ранее способов разрешения кризисной ситуации, выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, коррекцию неадаптивных психологических установок [8].

Полезно исследовать вместе с клиентом систему его самоподдержки через рисунок или беседу: «кто или что поддерживает меня в моей жизни?». Можно обратить внимание на то, насколько часто человек обращается к тем или иным формам самоподдержки. Очень важно бывает проговорить и попробовать неизвестные ранее способы разрешения кризисной ситуации, при этом внимание следует уделять навыкам самоанализа и самонаблюдения.

Большое значение имеет физическая активность человека, занятия спортом (бег, плавание) позволяют снизить физическое напряжение, дает эмоциональную разрядку.

Мощным терапевтическим приемом оказания помощи является предоставление им помощи другим людям, оказавшимся в еще более сложной ситуации. Это позволяет переключиться с собственных переживаний на переживания другого человека. В результате такой помощи возникает бесценный опыт который является базой для решения собственных проблем.

Повышение уровня социально-психологической адаптации представляет собой тренинг неопробованных ранее способов проблемно-решающего поведения, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных психологических установок, расширение сети социальной поддержки путем привлечения к психокоррекционной работе значимых лиц из микросоциального окружения человека [8].

Стадия начинается только после того, как клиент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. Формат работы может быть как групповой, так и индивидуальный. Основными методами

психологической помощи могут являться коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевой тренинг, психодрама, гештальт подход.

Окончание кризисной помощи является короткой, но важной фазой работы. На заключительном этапе суммируются достижения клиента, составляются реалистические планы на будущее, обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долговременной психотерапии и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной работы посвящается одна-две встречи, так как быстрое завершение может усилить тревогу клиента по поводу прекращения. Если тревога все же возрастает, нужно разделить это переживание и исследовать ее причины.

Важно отметить, что психологическая работа с суицидентами требует опытности и представляет собой большой риск, поскольку вероятность суицида (несмотря на контракт) может оставаться высокой. В связи с этим начинающим и малоопытным психологам-консультантам рекомендуется передавать своих клиентов более опытным товарищам в случае, если они диагностируют суицидальную активность.

Тема 10. Психологическая помощь жертвам сект

Вид занятий: лекция

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Ознакомить студентов с понятиями кризис и психологическая травма, дифференцировать понятия «кризис», «стресс», «психологическая травма»

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Студент должен уметь:

1. Дифференцировать понятия «секта», «тоталитарная секта», «индоктринизация», «бомбардировка любовью».
2. Определять у адепта этап его вовлечения в секту.
3. Анализировать факторы, способствовавшие попаданию в секту.
4. Обнаруживать признаки личностной деформации в связи с пребыванием в секте.
5. Установить контакт с жертвой секты и поддержать его развитие, адекватно применяя техники психологической помощи.

Студент должен знать:

1. Критерии оценки группы как секты.
2. Этапы и механизмы вовлечения в секту.

3. Социально-психологические факторы, способствующие вовлечению в секту.
4. Особенности личностной деформации в секте.
5. Особенности оказания психологической помощи членам сект и их родственникам.

Темы проектов, рефератов:

1. Придумать плакат, направленный на профилактику попадания в секты.
2. Составить для населения памятку, предупреждающую об опасности вовлечения в секты.
3. Тоталитарные секты современной России: обзор и характеристика.
4. Сектантство в России: исторический обзор.
5. Психологическая помощь родственникам членов сект.
6. Психотерапевтические технологии восстановления личной свободы у бывших членов сект.
7. Использование духовной психотерапии в работе с жертвами сект.
8. Личность сектанта, основные характеристики.
9. Признаки измененных состояний сознания, культивируемых в сектах.

Рекомендуемая литература:

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
2. Джамбалва К. Консультирование о выходе: Семейное воздействие. Как помогать близким, попавшим в деструктивный культ. – Нижний Новгород: ННГУ, 1995. – 118 с.
3. Зинченко В.П. Миры и структура сознания // Вопросы психологии. – 1991. – №2. – С. 15-37.
4. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен // Психологический журнал. – 1988. – №5. – С.121-128.
5. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.- М.: «Класс», 2001. – 464 с.
6. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
7. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
8. Лири Т., Стюарт М. Технологии изменения сознания в деструктивных культурах/Под ред. И. Митрофановой. – СПб.: «Экслибрис», 2002. – 224 с.
9. Логинова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь. В кн.: Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – С. 238-246.
10. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация РФ, 1998. – 496 с.

11. Мороз А.А. Деструктивные тоталитарные секты в современной России. – СПб.: ИПЦ СПГУТД, 2005 – 267 с.
12. Полищук Ю.И. Влияние деструктивных религиозных сект на психическое здоровье и личность человека//Журнал практического психолога. – 1997. – №1. – С. 93-97.
13. Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 608 с.
14. Сарджвеладзе Н., Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашвили Н., Сарджвеладзе Н. Травма и психологическая помощь. – М.: Смысл, 2007. – 180 с.
15. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983. – 285 с.
16. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: прайм-Еврознак, 2001. – 400 с.
17. Целикова В.В. Групповое мышление как механизм влияния на личность в деструктивном культе//Журнал практического психолога. – 1997. – №1. – С. 97-108.

Вопросы для самоподготовки:

1. Что такое секта, каковы признаки тоталитарной секты?
2. Что такое «бомбардировка любовью» и какую роль она играет при вовлечении в секту?
3. Какие аспекты включает в себя контроль над сознанием адепта?
4. Какие индивидуально-психологические особенности человека способствуют попаданию его в секту?
5. Выделите задачи психологической помощи человеку, ставшему жертвой секты?
6. Какую роль в психологической работе с жертвой секты играет психологическая работа с его родственниками?
7. В чем особенности отношений между психологом-консультантом и клиентом, пострадавшим от действия секты?
8. Каковы последствия жизни в секте у детей?
9. Какую роль может играть традиционная религия при оказании психологической помощи жертвам сект?

Основные вопросы темы:

1. Определение и критерии оценки группы как секты.
2. Деформация личности в секте.
3. Этапы вовлечения в секту.
4. Социально-психологические факторы, способствующие попаданию человека в секту.
5. Особенности психологической помощи пострадавшим от секты.

Содержательная часть

Секты и сектантство – не новое явление в нашей жизни. Секты существуют столько же, сколько и само человечество. Они возникали каждый раз, когда появлялся новый лидер, называвший себя Богом на земле, и формировал вокруг себя группы фанатиков.

Слово секта происходит от латинского глагола отсекасть. **Под сектой в психологии понимают группу, для которой характерны три основных признака [88]:**

- особый ритуал – поклонение Богу или человеку;
- изоляция от окружающей «злой» культуры;
- наличие харизматического лидера.

Критериями для оценки группы как секты являются не содержание верований, а само поведение участников группы и способы воздействия, затрагивающие права человека, его достоинства и свободу. Поведение каждого члена такой группы управляется с помощью навязывания ему определенного учения, контроля над его мыслительной деятельностью, а так же с помощью психического насилия, приводящего к разрушению личности.

Физическими характеристиками секты являются [51]: неполноценное питание, недостаточный сон, напряженная работа по отправлению ритуалов, изучению материалов секты. Изменения индивидуально-психологических особенностей личности включает: снижение способности к критическому суждению об окружающей действительности, эмоциональное обеднение, враждебность по отношению к лицам, не являющимся членами секты, разрушение социальных связей (семейных, профессиональных), обеднение всех областей знания, не связанных с вероучением секты.

Вовлечение человека в секту разворачивается в три этапа (Е.В.Макушкин) [55]:

1. Реципиент слушает идеи индуктора и становится терпим к ним, у него появляется эмпатическое сочувствие членам секты. Важным элементом этого этапа является «бомбардировка любовью» - погружение человека в атмосферу любви и заботы, слова восхищения в его адрес. На фоне дефицита в понимании и принятии другими, существующего в обыденной жизни будущего адепта, проявляемое к нему отношение членов секты становится все более и более притягательным. У потенциального участника секты возникает иллюзия возможности быстрого разрешения всех его проблем. Вместе с тем, реципиент на этом этапе еще сохраняет связь с обыденной жизнью.
2. Этап «озарения» протекает субъективно внезапно и неожиданно для человека. В этот момент происходит перестройка когнитивной сферы, возникает идентификация с проповедником, разделение его взглядов, утрачивается критика.

3. Сужение жизни вокруг идей индуктора, нарастание деформация личности.

Дальнейшее закрепление нового участника в секте проходит следующие стадии [88]:

Первая стадия - **индоктринизация** – радикальное отторжение субъекта от прежних групп и связей, отречение от прежней жизни. Новый участник отказывается от прежних форм жизни, имущества.

Вторая - **контроль над сознанием** – включает контроль поведения, контроль информации, контроль мышления и контроль эмоций.

1) Контроль поведения заключается в том, что участнику предписывается где, как с кем он должен жить, какую одежду носить, как и какую пищу принимать, сколько спать. Участник должен подчиняться жесткой дисциплине, полностью отказаться от инициативы, творчества и самостоятельности. Поведение участника должно быть покорным, зависимым. Время жизни в секте структурировано ритуалами, пением мантр, чтением молитв, заклинаний и так далее. Выполнение стереотипных движений во время выполнения ритуалов, подкрепленное недоеданием и невысыпанием, приводит к формированию у участников измененного состояния сознания.

2) Контроль информации предполагает запрет на получение информации (чтение газет, журналов, просмотр телевизионных программ), неиспользование средств связи с внешним миром. Нарушение запрета жестоко пресекается. Вместе с этим, участники секты должны изучать внутрикультовые источники: книги, видео-аудиозаписи. К вновь появившемуся члену секты приставляется наставник для контроля и наблюдения за ним. Формируется система взаимной слежки и доноительства.

3) Контроль мышления. В секте используются методики, направленные на остановку мыслительного процесса: монотонное скандирование, гудение, многократное повторение молитв. Участникам нельзя задавать критические вопросы о лидере, об учении, нельзя сомневаться. В лексику вводятся новые термины, употребляемые только членами секты. Поддерживается расщепление и поляризация любых объектов и событий действительности на «белое» и «черное», «добро» и «зло».

4) Контроль эмоций. У членов секты формируется и поддерживается чувство вины, нагнетаются переживания страха, боязни внешних врагов, боязни потерять здоровье, жизнь. Поддерживается лозунг: «в секте – хорошо, а за ее пределами – плохо». Эмоции радости у участников должны возникать только в связи с сектантскими обрядами. Эмоциональная жизнь в секте представляет так называемые «качели»: перепады от чувства страха, ужаса, панических состояний до экстатического блаженства, чувства растворенности. Вне секты человек чувствует опустошенность, тоску, растерянность.

Третья стадия – **консолидация выработанного нового поведения и невозможность возврата к прошлому за счет жестких связей внутри секты.** В секте проводятся коллективные исповеди, социальная изоляция достигается за счет требования сектантов вступать между собой в половые отношения, формирование проституции, криминализацию участников, привлечение их к террористической деятельности. Используется насилие над участниками: избиения, изнасилования. Сектантов заставляют попрошайничать на улицах, унижаться. Это приводит к формированию у сектантов состояния крайней истощенности, незначимости, униженности, обессиливанию, неспособности к принятию решений.

Д. Росс и М. Лангоуни выделили **факторы, определяющие уязвимость человека к попаданию в секту:** возрастной период, особенности актуальной ситуации, особенности биографии, психологическая предрасположенность [55].

Высокая предрасположенность к вовлечению в секту свойственна: детям, подросткам, пожилым людям. Всем этим группам характерны неустойчивость психики, повышенная внушаемость и зависимость.

Дети, привлекаемые в секту, почти всегда становятся заложниками своих родителей, либо тех близких людей (родственники, соседи, школьные учителя), которые приводят их в секту: они должны подчиняться воле взрослых, даже если это может привести к гибели. Неопытность, недостаточная сформированность представлений о мире, привычное доверие взрослому, все это делает ребенка уязвимым и беззащитным.

В подростковом возрасте опасность связана с естественной склонностью подростка к рефлексии, стремлением найти ответы на сложные вопросы, стремлением разобраться в мироустройстве, желанием избавиться от комплексов и страхов. Широко известен синдром «метафизической интоксикации», свойственный старшему подростковому и юношескому возрастам и проявляющийся философскими размышлениями с отрывом от реальности и утратой критики.

Пожилые люди, в силу ограничения социальных контактов, потери профессиональных навыков, ухудшения здоровья, переживания одиночества, пустоты, так же могут искать в секте решение своих проблем.

К особой группе риска относятся лица с психическими аномалиями, личностной незрелостью, несамостоятельностью, инфантилизмом, обладающие определенными характерологическими особенностями (шизоидные, склонные к паранойяльным образованиям, имеющие аффективную ригидность). Важно отметить, что секты избирательно относятся к вовлечению в их ряды лиц с психическими аномалиями: предпочтение отдается тем потенциальным участникам, чья патология не обременяет секту, чью патологию возможно контролировать.

Вовлечение в секту может быть связано с тяжелым актуальным состоянием потенциального адепта, наличием у него кризисной ситуации: тяжелой болезни, потери близкого, утраты профессионального статуса,

смысла жизни. В секту попадают как люди, имеющие интерес, любопытство, стремящиеся испытать новые ощущения, так и неустроенные, находящиеся в состоянии глубокого конфликта с собой и другими.

Психологическая помощь пострадавшим от секты включает помощь адептам, самостоятельно вышедшим (либо спасенным) из секты, а так же помощь их родственникам и близким. И то, и другое представляет собой очень сложную задачу, эффективность решения которой зависит от многих факторов: возраста пострадавшего, количества времени, проведенного в секте, особенностей ситуации, явившейся триггерной для вступления в секту, индивидуально-психологических особенностей пострадавшего, которые были свойственны ему до вовлечения.

Прежде, чем оказывать психологическую помощь, важно получить информацию относительно данной секты, ее доктрины, представлять образ типичного члена данной секты, систему его представлений, хорошо дифференцировать специфику секты по сравнению с другими [90].

Важно учитывать, что спасенный член секты может быть враждебно настроен к окружающим, в том числе к близким, врачам, психологам. Если есть возможность взаимодействия с семьей пострадавшего, то полезными будут сбор информации и прояснение того, как данный пострадавший представлял себя и мир до ухода в секту, какие недостатки и достоинства видел в себе, какие психологические особенности видели в нем окружающие. Такая беседа с родственниками может иметь не только проясняющий, но и поддерживающий характер, поскольку близкие смогут задуматься и лучше осознать имеющиеся дефициты их межличностного общения [23].

В беседе с близкими очень важно дать им возможность переживать чувства, связанные с уходом члена семьи в секту, его действиями (например, криминал, проституция) и возвращением (спасением): злость, ненависть, обиду, страх, отчаяние, боль, стыд, вину и другие. Пребывание члена семьи в секте часто рассматривается как позор семьи, члены семьи могут не обсуждать это между собой, избегая сильных чувств. Именно поэтому легализация чувств в беседе с родственниками может дать им облегчение. Важно подготовить родственников к тому, что психологическая работа с жертвой секты может быть очень длительной и занять несколько лет [23].

Психологическая работа с жертвой секты начинается с установления с ним дружеских, доверительных отношений. Нельзя разговаривать с пострадавшим угрожающим, воспитывающим или отчитывающим тоном, важно очень спокойно задавать вопросы, не высказывая категоричных суждений и не давая оценок. Как уже было отмечено выше, члены секты бывают негативно настроены к людям из окружающего мира и могут вести себя провоцирующе. Важно оставаться стабильным, устойчивым, не вовлекаться в конфликт и не нападать на доктрину или на лидера. В случае, если психолог отвечает на провоцирующие действия адепта вовлечением, адепт получает доказательство истинности учения, поскольку при пребывании в секте

ситуация спора и отстаивания позиции секты многократно им репетировалась [88].

Поскольку во время пребывания в секте adeptам в течение длительного времени не разрешалось задавать вопросы, осмыслять, устанавливать взаимосвязи (поощрялось лишь механическое воспроизведение заданного), в беседах с adeptом **важно поддерживать у него способность самому устанавливать связи между явлениями, поддерживать возникающие у него ассоциативные связи, вопросы, придерживаясь теплой, но свободной манеры общения.** Такая работа направлена на расширение у пострадавшего понимания многоплановости и богатства мира. В такой беседе пострадавший может постепенно вспомнить свои сомнения и вопросы, которые возникали у него в секте и на которые он не смог найти ответы. Несмотря на продвижения adeptа в понимании его сектантской идеологии как неадекватной, психологу не следует критиковать ее самостоятельно. Однако можно постепенно и аккуратно проинформировать бывшего adeptа о способах контроля сознания, применяемых в других сектах.

Другой необходимый аспект работы с жертвой секты – исследование его жизни до ухода в секту. Важно постепенно оживить воспоминания и обнаружить хорошие моменты в прошлом этапе жизни: это могут события или конкретные люди, успехи в чем то, мечты или фантазии. Хорошие воспоминания могут давать ресурс, несмотря на то, что они могут быть окрашены чувствами горечи и печали (как что-то утраченное). Такая работа дает возможность восстановить у пострадавшего образ его жизни, как чего-то целостного, связать в восприятии прошлое, настоящее и, таким образом, создать основу для формирования образа будущего.

Сложнейшим переживанием человека, вышедшего из секты, являются пустота и одиночество, возникающие в обыденной жизни, чувство «оторванности» и отрешенности от мира. Наряду с пустотой и одиночеством у пострадавшего постепенно могут быть развернуты переживания отчаяния, страха (все эти переживания относятся к депрессивному спектру). Несмотря на боль и унижения, которые существовали в секте, она давала человеку переживание «принадлежности» к группе. Это переживание возможно было утрачено по отношению к собственной семье, близким еще до ухода в секту. Воспроизведение бывшим adeptом элементов доктрины может усиливаться в периоды более глубокого соприкосновения с чувствами и может рассматриваться, таким образом, как форма психологической защиты от интенсивных переживаний. Особенно важным в такие моменты становится присутствие психолога рядом, что дает возможность восстановить у пострадавшего переживание принадлежности к миру, дает ему возможность справиться с одиночеством. Укрепляемое у пострадавшего чувство принадлежности к миру может стать основой для восстановления его личности.

Сложности в работе с клиентом связаны с возникновением у него периодически флэш-бэков – наплывов состояний, которые были обыденными при жизни в секте, отчетливых воспоминания – картинок о жизни в секте, моментов изучения доктрины и сопровождавших их переживаний «озарения» и фанатичной веры. Эти состояния, актуализирующиеся неожиданно, чаще всего за счет ассоциативной связи (обстановка, музыка и так далее), можно характеризовать как измененные состояния сознания. Психологическая помощь в такие моменты должна быть направлена на восстановление контакта с реальностью через работу с дыханием (восстановление естественного ритма и глубины дыхания), восстановление ощущения своего тела, восстановление ориентации в пространстве и собственной личности, установление контакта с психологом. Важным является дальнейшее обсуждение произошедшего «здесь-и-сейчас» срыва контакта с реальностью, которое не обязательно должно быть организовано на текущей встрече, а может быть перенесено на следующую. Такие обсуждения дают возможность не только проанализировать и понять способы совладания с подобными состояниями, но и осознать их психодинамику, выявить их «пусковой механизм».

Другим важным аспектом психологической работы, возникающим на более отдаленных этапах помощи, является **исследование и восстановление представлений о мире, о системе отношений между людьми**, в том числе отношений между полами, между родителями и детьми и так далее. У жертвы секты существует стройная система выученных им убеждений о мире и человеческих отношениях, представляющая собой индуцированное бредовое образование. Важно постепенно деконструировать эту систему, поддерживая у пострадавшего новый опыт отношений, в том числе через опыт помогающих отношений с психологом. Прорабатывая стыд, важно разворачивать все (в том числе и наиболее стыдные) связанные с жизнью в секте воспоминания, формируя к ним более новое отношение, давая возможность пережить личную драму и возвращая свободу и ответственность индивидуального выбора.

Таким образом, основной целью в работе с жертвами сект является восстановление переживания себя как субъекта, восстановление личной свободы и ответственности за свой выбор.

Раздел 2. Практические занятия

Практическое занятие 1. Личность консультанта, оказывающего кризисную помощь

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов личностную готовность к оказанию кризисной помощи, развить навыки присутствия в кризисной ситуации.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

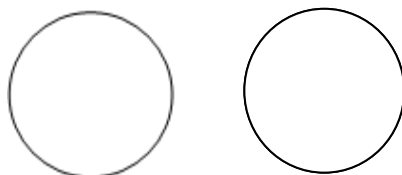
Формирование навыков присутствия консультанта рядом с кризисным клиентом:

1. Развитие навыка включенности в ситуацию клиента. Включенность – способность консультанта увидеть ситуацию клиента его глазами, сохраняя свою позицию.

Задание. Разделитесь на малые группы. Один из участников рассказывает о своем переживании. Задача другого участника – рассказать о том, в чем состоит переживание рассказывавшего, какие чувства у него были при рассказе, какими были телесные проявления, какие моменты рассказа были наиболее важными. После завершения участники обсуждают, насколько полно и точно второй участник смог прочувствовать и описать ситуацию клиента.

2. Исследование эмоциональной устойчивости и дистанции.

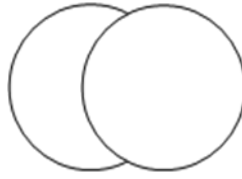
Кризисная помощь и поддержка предполагает особое присутствие консультанта, которое включает, с одной стороны, способность понимать клиента и сопереживать ему, с другой стороны, возможность анализировать кризисную ситуацию, не вовлекаясь в сильные чувства клиента. Баланс этих двух аспектов работы проявляется в дистанции, выбираемой консультантом.



Консультант

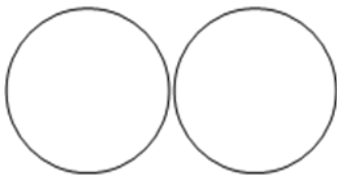
Клиент

Рис.1. Адекватная дистанция: консультант сопереживает и сохраняет способность к анализу процессов



Консультант-Клиент

Рис.2. Слияние с клиентом: консультант вовлекается в чувства клиента, утрачивает способность к анализу процессов



Консультант

Клиент

Рис. 3. Дистанцирование от клиента: консультант ранится ситуацией клиента, его чувствами, защищает от клиента, оставляя его в одиночестве

Задание. Разделитесь на тройки: А – рассказывает о своем переживании. Б – поддерживает беседу и отмечает чувства, которые вызывает у него рассказ А. С – отслеживает дистанцию между А и Б в процессе работы. После завершения упражнения обсудите полученные результаты, проанализируйте, какие факторы повлияли на увеличение/сокращение дистанции.

3. Развитие ответственности, определение границ собственной компетенции.

Учитывая сложность кризисного консультирования, консультанту особенно важно понимать границы своей компетенции. Ответственность консультанта заключается в частности в том, что консультант понимает границы собственного незнания и не начинает консультирование сложных клиентов без поддержки более опытного специалиста.

Задание. Проанализируйте, с какими проблемами, и за какими советами к Вам обращаются чаще всего. Как это связано с Вашим опытом жизни, соотносится ли это с Вашими теоретическими знаниями? Предположите, в работе с какими проблемами, Вы могли бы почувствовать себя более устойчиво и уверенно. Какие проблемы клиентов Вам было бы интересно решать, какие знания и какой личный опыт вам понадобятся для этого? Как и где Вы можете это получить? Обсудите свои размышления в малой группе.

Литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М.: Издательство «Корвет», 2011. – 320 с.
3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.- М.: «Класс», 2001. – 464 с.
4. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
5. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
6. Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. – М., Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
7. Сименс Х. Практическое руководство для Гештальттерапевтов. Пер с голландского – СПб: «Издательство Пирожкова», 2008. – 168 с.

Практическое занятие 2. Методы диагностики ПТСР

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки выявления посттравматического стрессового расстройства у взрослых.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

1. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES)

Опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний. Шкала представляет собой опросник самоотчета для измерения диссоциации как постоянной черты. В инструкции респондента просят оценить частоту переживания того или иного диссоциативного феномена (за исключением состояний, когда респондент находился в состоянии интоксикации ПАВ). В том случае, когда респонденту по тем или иным причинам трудно читать, допускается чтение инструкции исследователем, который затем помогает респонденту сделать соответствующую оценку в бланке. Методика может быть использована для оценки диссоциативных феноменов на неклинической (нормальной) популяции. Возраст респондента не должен быть менее 18 лет.

Задание: Ознакомьтесь с инструкцией (Приложение 1), ответьте на вопросы. Подсчитайте средний балл DES, сравните полученный результат с табличными значениями.

2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS)

Применяется для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления, а так же степень влияния на производственную активность и производственную деятельность. CAPS 1 дает возможность оценить тяжесть текущего ПТСР не только в течение последнего месяца, но и в течение всего посттравматического периода в целом. CAPS 1 был переведен и адаптирован в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии РАН.

Необходимо помнить, что время рассмотрения каждого симптома – 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Формулировки ключевых моментов могут быть зачитаны консультантом, это позволяет получить корректные оценки. Оценка частоты > 1 и оценка интенсивности > 2, отражая реальные проблемы, могут служить основанием о его наличии. Критерии C, D и E требуют, чтобы не было проявлений симптома до психотравмы, интервьюер должен уточнить время их манифестации.

Задание: Вспомните событие из вашей жизни, которое с Вашей точки зрения, отвечает критериям чрезвычайного, психотравмирующего. Опишите его, ответьте на следующие вопросы (Приложение 2). Проанализируйте полученные результаты, сравните их с данными в таблице.

3. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R – IES-R)

Позволяет оценить реагирование на чрезвычайное, психотравмирующее событие, выявляет выраженность тенденций «вторжения», «избегания» и «физиологической возбудимости» при переживании травматического события. «Вторжение» (intrusion – англ.) – навязывание – включает ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли. «Избегание» (avoidance – англ.) – попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с событием, снижение реактивности. Шкала «физиологическая возбудимость» отражает такие симптомы гипервозбуждения, как злость, раздражительность, трудности концентрации, бессонница. ШОВТС получил распространение в России в начале 1990-х, он был включен в комплекс психодиагностических методик, используемых в рамках русско-американского проекта по изучению психологических и психофизиологических аспектов ПТСР, где были показаны хорошие дифференциально-диагностические возможности методики.

Задание: Ознакомьтесь с инструкцией и ответьте на вопросы (Приложение 3). Обработайте полученные результаты, используя ключ, сравните свои результаты с данными в таблице.

Сделайте общее заключение, используя результаты, полученные по трем использованным методикам.

Литература:

1. Тарабина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. – 1992. – № 2. – С.15-25.
2. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
3. Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.
4. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.

Практическое занятие 3. Методы психологической работы с ПТСР

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки оказания психологической помощи при ПТСР.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Психотерапия травмы предполагает работу со следующими основными симптомами психологической травмы: перевозбуждение, спазмы, диссоциация, реакция избегания, реакция вторжения, ощущение беспомощности, неспособность действовать, оцепенение.

Соматическая психотерапия ПТСР. Психологическая работа заключается в пошаговом восстановлении диссоциированных связей между «Я» и телесными ощущениями, между «Я» и окружающим миром, в восстановлении целостности переживания и дальнейшей разрядки скопившейся энергии реакций (борьба или побег), незавершенных во время травматизации.

Упражнение «Постукивания» направлено на восстановление ощущений тела: Начните с легкого постукивания кончиками правой руки по левой ладони. Повторяйте это до тех пор пока не добьетесь отчетливого физического осознания, что эта ладонь Ваша. Затем остановитесь и в течение некоторого времени изучайте ощущения, наполняющие ладонь. Что Вы чувствуете? Легкое покалывание? Вибрацию? Онемение? Прилив тепла? Холод? Посмотрите на свою ладонь и скажите вслух: «Это моя ладонь. Это ладонь принадлежит мне, она часть меня» (найдите свои слова, чтобы выразить мысль о том, что Вы владеете этой частью тела).

Упражнение «Заземление» направлено на восстановление ощущения опоры под ногами, нарушающееся при травме: Встаньте прямо, почувствуйте, что Ваши стопы твердо стоят на полу. Обратите внимание, как напряглись крупные мышцы Ваших ног. Ощутите, как Ваши подошвы плотно соприкасаются с полом. Медленно покачайтесь из стороны в сторону,

а потом вперед – назад. Попробуйте обнаружить центр тяжести Вашего тела. Положите кисти рук на нижнюю часть живота и ощутите центр тела.

Гештальт терапия ПТСР. Работа с ПТСР направлена на постепенное «размораживание» травматического комплекса, представляющего собой сочетание состояния замирания, диссоциативных феноменов, тревоги, беспомощности, утраты осознанности и свободы обращения субъекта с реальностью. Значительную роль в психотерапии травмы играет восстановление у клиента функции ярости, утрачиваемой в травматической ситуации. Утрата ярости блокирует в травматической ситуации реализацию поведения, направленного на спасение (бегство или борьба), что приводит к застаиванию энергии данных незавершенных действий.

Упражнение «Проигрывание» направлено на восстановление свободы обращения с реальностью, размораживание телесной скованности, завершение незавершенных в травматической ситуации действий: Вспомните ситуацию из своей жизни, в которой Вы получили физическое повреждение. Мысленно представьте последовательно всю ситуацию и обнаружьте момент, в котором Вы не могли уже предотвратить происходящее и переживали беспомощность. Вернитесь к моменту до возникновения чувства беспомощности и пофантазируйте, какие действия Вы могли бы (возможно хотели) предпринять, если бы были наделены необычной ловкостью, смелостью, изобретательностью и так далее. Фантазируйте, обращая внимание на свои телесные переживания, давая себе интегрировать новый опыт завершения ситуации.

Бихевиоральная терапия ПТСР. Направлена на изменение дисфункционального поведения для лучшего удовлетворения своих потребностей, обучению процессу принятия решений.

Упражнение «Моделирование поведения»: Участнику предлагается подходящим для него способом продемонстрировать свое поведение в группе. Другим участникам группы следует отозваться, в какой степени продемонстрированное им поведение является уверенным. Желающие участники могут (на основе показанного примера) смоделировать свои примеры уверенного поведения. Полученные результаты обсуждаются в группе, наиболее подходящие модели поведения усваиваются.

Проведение демонстрационной сессии по работе с психологической травмой, разбор сессии.

Литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
2. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М.: Издательство «Корвет», 2011. – 320 с.
3. Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, №4 (18). С.123-146.

4. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
5. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. пособие. – Мн.: Белорусская наука, 1999. – 189 с.
6. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
7. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
8. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
9. Левин П. Пробуждение тигра – исцеление травмы. – М.: АСТ, 2007. – 320 с.
10. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
11. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
12. Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. – М., Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.

Практическое занятие 4. Методы оказания психологической помощи детям – жертвам насилия

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки оказания психологической помощи детям, пострадавшим от насилия.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Арттерапевтическая работа создает у ребенка безопасность, облегчает выражение сильных эмоциональных реакций, позволяет ему размещать травмирующий материал невербально, дает возможность объективировать свои чувства в создаваемую продукцию.

Упражнение «Вулкан» позволяет выявить агрессию, связанную с актуальным или подавленным конфликтом, ее интенсивность, а так же особенности отношения окружающих к агрессии ребенка: Нарисуй вулкан. Далее возможна беседа по рисунку: какой это вулкан, как часто он извергается и извергается ли вообще, сколько в нем лавы, что расположено рядом, что происходит с соседней территорией, когда вулкан извергается и так далее.

Упражнение «Игра с пластилином» дает возможность одновременно выразить чувства по поводу ситуации, снять напряжение, исследовать

ситуацию в более безопасной игровой форме: Слепите из пластилина фигурки, поиграйте с ними. Станьте некоторыми из фигурок, попробуйте представить себя на их месте. Что Вы чувствуете? Снова станьте собой и посмотрите на фигурки теперь. Что меняется в Вашем восприятии? Какие новые мысли и чувства Вы можете отметить?

Сказкотерапия. Позволяет прорабатывать травму насилия на символическом уровне. Психологическая травма может быть рассмотрена как «застывшая сказка», из которой нет выхода. Психотерапевтический смысл сказки в том, что она представляет собой «контейнер» для переживаний ребенка и одновременно содержит алгоритм – подсказку о том, как справиться с ситуацией.

Упражнение «Придумывание сказки» (в парах): А – вспоминает историю, в которой есть элементы насилия (можно вспомнить эпизод из кинофильма). А и Б – выделяют в этой истории переживания, "опасные" для целостности психики субъекта и придают им символическую сказочную форму (делают их персонажами сказки). Б – придумывает историю, в которой А, в выбранном им порядке, используя волшебство, контактирует с этими персонажами, оставаясь целостным и активным. В завершении оба участника обсуждают придуманную сказку и переживания, которые она вызвала.

Демонстрация работы и отработка техник.

Литература:

1. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 288 с.
2. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
3. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ.пособие. – Мн.: Белорусская наука, 1999. – 189 с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
5. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
6. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
7. Левин П. Пробуждение тигра – исцеление травмы. – М.: АСТ, 2007. – 320 с.
8. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ. / Предисл. А. Я.Варга. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 368 с.

9. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. - 1993. – т. 14, №6. – С. 110-118.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
11. Шоттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. – СПб.: Изд-во Пирожкова, 2001. – 256 с.
12. Экслейн В. Развитие личности в игровой терапии. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 256 с.

Практическое занятие 5. Методы оказания психологической помощи в ситуации утраты

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки оказания психологической помощи в ситуации утраты.

Содержание занятия:

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Экзистенциальная терапия позволяет исследовать отношение субъекта к экзистенциальным данностям жизни, одной из которых является конечность существования – смерть. Такое исследование становится профилактикой возникновения осложненных форм горя в ситуации утраты.

Упражнение «Последний день Вашей жизни» направлено на восстановление ценности бытия, укрепление присутствия «здесь-и-сейчас», принятие смерти как факта человеческой жизни: Представьте, что Вам осталось жить один день. Что Вы чувствуете при этом? Как бы Вы хотелось провести последний день? С кем Вы хотите его разделить? Какие моменты вашей жизни Вам захотелось бы вспомнить?

Гештальт терапия. Целью гештальт терапии в работе с горем является восстановление и естественное завершение процессов горевания. Одной из техник в работе с горем является техника «Пустого стула».

Техника «Пустого стула» используется, когда есть незавершенность, недосказанность в отношениях между клиентом и умершим, которая мешает «отпустить» его. В этом случае клиенту предлагают разместить образ умершего на пустом стуле, который клиент ставит перед собой на том расстоянии, которое ему подходит. Для облегчения выражения чувств на этом стуле клиент может расположить портрет или памятную вещь умершего. Клиента просят выразить то, что он испытывает, когда

представляет умершего и произнести эти слова, обращаясь к нему. Необходимо поощрять клиента выражать чувства и делать сообщение о незавершенных действиях по отношению к умершему. Можно задать клиенту следующие вопросы: "Что ты хочешь взять с собой от этого человека и что ты хочешь похоронить?", "Какую часть отношений ты хочешь унести с собой и что хочешь оставить?", "Чего ты хочешь от этого человека?", "Какие у тебя любимые воспоминания об этом человеке?" Во время этого диалога консультант поощряет телесные/физические движения, например, прикосновение к подушке (умершему), жест в его сторону и так далее. Когда клиент заканчивает свое обращение, терапевт спрашивает его, чувствует ли он себя готовым сказать «до-свидания». Этот шаг является ответственностью клиента. Если клиент готов сказать "до-свидания", можно поддержать его, отнести подушку в соседнюю комнату и произнести "до-свидания" или какое-либо другое подобное выражение.

Арттерапия. Может использоваться как на фазе острого горя, так и на завершающих этапах процесса горевания. На остром этапе задания могут быть направлены на выражение чувств.

Упражнение «Чувства»: Выберите два цвета, которые отражают Ваше состояние сейчас и закрасьте лист, используя только их.

Проведение демонстрационной сессии по работе с утратой, разбор сессии.

Литература:

1. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М.: Издательство «Корвет», 2011. – 320 с.
2. Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, №4 (18). С.123-146.
3. Заманаева Ю.В. Переживание утраты близкого как процесс изменений во внутреннем личности. Дис. канд...психол. наук. – СПб., 2004. – 320 с.
4. Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. – М., Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
5. Сименс Х. Практическое руководство для Гештальттерапевтов. Пер с голландского – СПб: «Издательство Пирожкова», 2008. – 168 с.
6. Фрейд З. Печаль и меланхолия. – В кн.: Влечения и их судьба. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – С. 152-176.
7. Хааз Э. Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты // Московский психотерапевтический журнал, №1. 2000. – С. 29-47.
8. Шутценбергер А.А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. – М.: Психотерапия, 2009. – 256 с.

Практическое занятие 6. Методы оказания психологической помощи при семейном кризисе

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки оказания психологической помощи в ситуации семейного кризиса.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Работа с семейным кризисом предполагает исследование семейной системы. Семья как система представляет собой целостность, характеризующуюся открытостью по отношению к окружающей среде. Семейная система является самоорганизующейся, первичной по отношению к каждому входящему в нее элементу. Поведение системы является целесообразным. Намерения и поступки людей в семейной системе вторичны и подчиняются правилам функционирования семейной системы. При работе с кризисом семейной системы важно исследовать: стереотипы взаимодействия в системе, семейные правила, семейные мифы, границы, семейную историю.

1. Диагностика семейной системы –техника Циркулярное интервью.

Она заключается в том, что психолог спрашивает одного из членов семьи, как относятся друг к другу двое других. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных отношениях техника дает более существенную информацию о различиях во взаимоотношениях членов семьи. Циркулярность предполагает, что если мать имеет больше возможности делать то, что хочет, то отец – меньше. Типичные вопросы для интервью: «Кто больше всех расстраивается в семье?». Один и тот же вопрос интервью задается последовательно всем членам семьи. Вопросы интервью предполагают установление различий в области:

- 1) индивидуальных качеств («Кто больше всех злится?»)
- 2) различий во взаимоотношениях («В чем разница между тем, как делает это мама и папа?»)
- 3) различия во времени («Как она общалась с ним в прошлом году, а как сейчас?»).

Задание. Моделируется ситуация, когда семья в полном составе приходит на консультацию по поводу семейного кризиса. Желаящий студент может выступить в роли консультанта и провести циркулярное интервью. После выполнения задания участники обсуждают, как изменилось видение «членами семьи» проблемной ситуации.

2. Исследование стереотипов взаимодействия, правил и границ семейной системе.

Члены семейной системы взаимодействуют друг с другом, используя разнообразные сообщения друг другу. Сообщения могут быть одноуровневые и многоуровневые (например, вербальные и невербальные), могут быть конгруэнтными и неконгруэнтными, повторяющимися и разовыми, могут быть патогенными. Сообщение, направленное к одному члену системы, может провоцировать поведение другого ее члена. Сообщение может исходить от коалиции или от одного человека. Правила семейной системы – это гласные и негласные договоренности о функционировании системы. Границы в семейной системе определяют ее структуру и содержание, отделяя подсистемы и коалиции друг от друга, они могут быть жесткими-размытыми, открытыми-закрытыми и так далее.

Задание. Смоделировать семейную систему одного из участников группы. Для этого участник группы выбирает эпизод из жизни его семьи, называет действующих лиц, распределяет роли и инструктирует участников об их ролях. Далее в течение заданного времени моделированная семья разыгрывает эпизод из жизни. Незадействованные участники группы отслеживают и регистрируют стереотипы взаимодействия семейной системы, правила и границы. После завершения работы все участники обсуждают полученный опыт.

3. Исследование семейных мифов.

Миф – это сложное семейное знание, отражающее бессознательные (чаще всего) установки членов семьи по отношению ко всей семье («Мы – это...»). Мифы регулируют поступки людей в семейной системе.

Задание. Составьте генограмму Вашей семьи, отмечая не только родственные связи, но и качество взаимоотношений между членами системы. При составлении диаграммы, используйте символы (рис. Приложение). В парах проанализируйте генограммы и составьте несколько предложений о своей семейной системе, которые начинались бы «Мы – это...».

Литература:

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
1. Лэсли Б. Кейдис, Рут МакКлендон. Супружеская и семейная терапия: учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 208 с.
2. Осипова А.А. Введение в практическую психокоррекцию: групповые методы работы. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 240 с.
3. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: «Речь», 2000. – 284 с.
4. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2012. – 496 с.
5. Шарфф Давид Э., Шарфф Джилл Сэвидж. Терапия пар в теории объектных отношений. – М.: «Когито-Центр», 2008. – 384 с.
6. Шоттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. – СПб.: Изд-во Пирожкова, 2001. – 256 с.

7. Шутценбергер А.А. Психогенеалогия: Как излечить семейные раны и обрести себя. – М.: психотерапия, 2010. – 224 с.
8. Шутценбергер А.А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. – М.: Психотерапия, 2009. – 256 с.

Практическое занятие 7. Определение степени суицидального риска

Вид занятий: практическое занятие

Место проведения: аудитория

Продолжительность: 2 часа

Цель: Сформировать у студентов навыки выявления степени суицидального риска и оказания кризисной помощи при потенциальном суициде.

Место проведения самоподготовки: читальный зал библиотеки, учебная комната

Выявление суицидального риска выполняется на основе оценки следующих факторов: 1) социально-демографических, 2) медицинских, 3) биографических, 4) ситуационных, 5) поведенческих, 6) когнитивных, 7) эмоциональных, 8) ресурсов клиента.

Оценка факторов осуществляется в ходе свободной беседы в процессе обсуждения вопросов (таблицы 1-8 Приложение4). Общий вывод, полученный в беседе, можно проверить, воспользовавшись Шкалой оценки угрозы суицида (таблица 9 Приложение 4).

Задание 1. Разделитесь на малые группы, проведите в группе беседу с одним из участников, используя для ориентации таблицы 1-8 Приложения. По результатам беседы заполните Шкалу оценки угрозы суицида и сделайте вывод о риске суицидального поведения обследуемого. Для ведения беседы воспользуйтесь следующими рекомендациями:

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему.
2. Задавайте вопросы прямо, в искренней и свободной манере, используя технику активного слушания.
3. Выясните, насколько ясный план будущего суицидального действия сформирован у собеседника: есть ли план, время и место исполнения, суицидальные мысли и попытки в прошлом, какова самооценка вероятности совершения суицида.
4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении.
5. Побудите выразить чувства, связанные с проблемной областью.
6. Спросите, приходилось ли ему рассказывать кому-либо об этом ранее. Какие чувства он испытывает, когда делится этими переживаниями с Вами.

Задание 2. Проведите ролевую игру, где один из участников выступает в роли консультанта, а другой – кризисного пациента. Попытайтесь прийти к совместному договору о кризисной помощи и договориться о следующей встрече. При ведении консультации пользуйтесь рекомендациями, данными в предыдущем задании. После завершения ролевой игры обсудите беседу, выделите мишени для более длительной психологической работы.

Литература:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994. – с.
2. Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Сост. А.Н. Моховиков. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
3. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
4. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
5. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
6. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии.- М.: «Класс», 2001. – 464 с.
7. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. пособие. – Мн.: Белорусская наука, 1999. – 189 с.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие «кризис», основные подходы к его пониманию.
2. Кризис, стресс, фрустрация, конфликт, психологическая травма – дифференциация понятий.
3. Виды и функции кризисных переживаний.
4. Этапы протекания кризиса. Формы совладания с кризисом.
5. Понятия «кризисное событие» и «кризисная ситуация». Виды кризисных ситуаций.
6. Особенности чрезвычайных ситуаций, виды и основные критерии.
7. История исследования и основные подходы к пониманию психологической травмы.
8. Диссоциация как травматический феномен. Феноменология диссоциации, этапы процесса диссоциации.
9. Интеллектуальные, эмоциональные, социальные последствия психологической травмы.
10. Посттравматическое стрессовое расстройство, его основные признаки. Способы диагностики.

11. Этапы переживания кратковременного чрезвычайного события.
12. Принципы и правила кризисной психологической помощи.
13. Требования к личности консультанта.
14. Стратегия оказания кризисной помощи сразу после чрезвычайного события, особенности первого контакта с пострадавшими.
15. Когнитивно-поведенческая терапия последствий психологической травмы.
16. Гуманистическая психотерапия (гештальт терапия, экзистенциальная терапия) последствий психологической травмы.
17. Понятие нормативного кризиса. Индивидуальные нормативные кризисы.
18. Психотерапевтические подходы в работе с индивидуальным нормативным кризисом.
19. Семейные нормативные кризисы. Психотерапевтические подходы.
20. Феноменология переживания при утрате.
21. Феномен осложненного горя, его причины.
22. Особенности и этапы психологической помощи при утрате.
23. Определение «насилия». Структура ситуации насилия. Треугольник Хартмана.
24. Виктимность детей и подростков. Факторы, провоцирующие домашнее насилие по отношению к детям и подросткам.
25. Особенности кризисной помощи в ситуации насилия, ролевая структура ситуации помощи, особенности переживания психолога-консультанта.
26. Виды и формы насилия по отношению к детям.
27. Последствия насилия над детьми. Идентификация с агрессором.
28. Сексуальное насилие по отношению к детям, специфика его последствий для ребенка.
29. Особенности психологической работы с детьми – жертвами насилия.
30. Основные психотерапевтические подходы в работе с детьми – жертвами насилия.
31. Основные теоретические концепции суицидального поведения.
32. Виды суицидов, факторы риска суицидального поведения.
33. Динамика суицида: развитие суицидального конфликта, суицидального намерения.
34. Психологическая помощь при суициде, ее принципы и этапы.
35. Кризисная поддержка при суициде.
36. Кризисное вмешательство при суициде.
37. Понятие «секта», этапы вовлечения в секту.
38. Психологическая помощь жертвам сект.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Найдите соответствие между пунктами из правой и левой колонки:

А) Конфликт

1. Неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей перестройки организма;

Б) Фрустрация

2. Невозможность реализации внутренних потребностей жизни (мотивов, ценностей, стремлений);

В) Стресс

3. Состояние, характеризующееся наличием сильной мотивации к достижению цели и преграды, препятствующей ее достижению;

Г) Кризис

4. Столкновение интересов при их высокой значимости для человека.

2. Отметьте, какие из перечисленных пунктов являются фрустрационными препятствиями, а какие нет:

А) Физические; Б) Биологические;

В) Психологические; Г) Морфологические.

3. Перечислите виды кризисных переживаний (по Ф. Василюку).

4. Разместите утверждения в верном порядке:

А) увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников;

Б) рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;

В) повышение тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, дезорганизация личности;

Г) рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем;

5. Установите соответствие между пунктами из правой и левой колонки:

А) Объективная ситуация

1) Личностные особенности

Б) Субъективная ситуация

2) Внешняя среда

6. Дайте определение понятию ситуация:

7. По мнению С.Л.Рубинштейна, «события» – это:

- А) Изменения во внешнем мире;
- Б) Отражение взаимодействия субъекта и среды;
- В) Поворотные этапы в жизни человека;
- Г) Детерминанты ситуации.

8. Отметьте, что из перечисленного не является видом кризисной ситуации:

- А) Ситуации, связанные с переходом к следующему возрастному этапу;
- Б) Ситуации переживания;
- В) Ситуации утраты;
- Г) Чрезвычайные, психотравмирующие ситуации.

9. Выберите из предложенного критерии чрезвычайной ситуации:

- А) Угроза для существования человека;
- Б) Нарушения в психической сфере;
- В) Экстраординарность;
- Г) Вовлеченность большого количества людей.

10. Расставьте высказывания по порядку с учетом интенсивности возможной травматизации в чрезвычайной ситуации:

- А) Женщина, недавно потерявшая мужа в автокатастрофе, по телевизору узнавшая информацию о гибели людей во время пожара;
- Б) Учительница ребенка, погибшего во время пожара;
- В) Родители этого ребенка;
- Г) Женщина, узнавшая о пожаре по телевизору, у которой в детстве при пожаре погибла мать.

11. Что из перечисленного является моделями психологической травмы, предложенными З. Фрейдом. Травма возникает в результате:

- А) непереносимых обстоятельств;
- Б) слабого инстинкта выживания;
- В) выученной беспомощности;
- Г) неприемлемых и невыносимо интенсивных сексуальных желаний.

12. Дайте определение понятию «диссоциация»:

13. Опишите этапы травматической диссоциации:

14.«Оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях называется _____

15.Какие три реакции характеризуют переживание психотравмирующей ситуации:

- А) Вторжение;
- Б) Нападение;
- В) Избегание;
- Г) Физиологическая возбудимость.

16.Возникающая через некоторое время после чрезвычайного события, постепенная стабилизация самочувствия и настроения при сохранении сниженного эмоционального фона, появляющееся желание выговориться, сопровождающееся ажитацией, характерно для:

- А) Острой стадии переживания;
- Б) Стадии восстановления;
- В) Стадия психофизиологической демобилизации;
- Г) Стадии разрешения.

17.Кризисная помощь – это:

18.Что из перечисленного не является принципом кризисной работы:

- А) Реалистичность;
- Б) Четкость;
- В) Экологичность;
- Г) Эмпатический контакт.

19.В работе с кризисным пациентом, находящемся в остром состоянии, психологу следует:

- А) Делиться своими чувствами;
- Б) Информировать о произошедшем;
- В) Предлагать воду/питье;
- Г) Предлагать упражнения для исследования чувств.

20.Установите соответствие между пунктами из правой и левой колонки:

- | | |
|-------------------------------|---|
| А) Экзистенциальная терапия | 1. Исправляет неадаптивные когниции, мысли; |
| Б) Гештальт терапия | 2. Исследует основные данности бытия; |
| В) Когнитивная терапия | 3. Восстанавливает творческий контакт организма и окружающей среды; |
| Г) Психоаналитическая терапия | 4. Исследует травматизацию в аспекте детского развития. |

21. Нормативный кризис – это

22. Ощущение застоя, признаки пресыщения текущей деятельностью, стабилизация профессионального роста, возникновение потребности в подведении промежуточных итогов характерны для кризиса:

- А) Подросткового возраста;
- Б) Пожилого возраста;
- В) Зрелого возраста;
- Г) Среднего возраста.

23. Что из перечисленного является типами приспособления к старости:

- А) Конструктивная установка – уравновешенность, спокойствие, принятие старости как факта своей жизни.
- Б) Установка независимости – отстаивание своего мнения, стремление самостоятельно решать свои проблемы.
- В) Установка враждебности – разгневанность, вспыльчивость, предъявление претензий своему окружению, нереалистичность в восприятии старости, зависть к молодым.
- Г) Враждебность, направленная на себя – депрессивность, жалость к себе, страдающая позиция, неудовлетворенность прожитой жизнью, пассивное восприятие ударов судьбы.

24. При работе с кризисом в семейной системе техника Циркулярного интервью позволяет:

25. При переживании горя состояние напряжения, с затруднениями дыхания, не возможностью глубоко вздохнуть, потерей аппетита,

переживаниями нереальности происходящего, невозможности, оглушенности, диссоциативными феноменами характерно для фазы:

26. К осложненному горю относятся:

- А) Хроническое;
- Б) Конфликтное (преувеличенное);
- В) Ажитированное;
- Г) Подавленное (маскированное).

27. Соккрытие для ребенка факта смерти родителя является:

- А) Верной тактикой;
- Б) Позволяет ребенку лучше пережить произошедшее;
- В) Является неверной тактикой;
- Г) В зависимости от обстоятельств может быть полезной тактикой.

28. При работе с пациентом, переживающим горе, следует:

- А) Утешать и успокаивать его;
- Б) Останавливать негативные высказывания в адрес умершего;
- В) Обещать, что состояние скоро изменится;
- Г) Дать ему возможность плакать.

29. Насилие – это

30. Выделение материально зависимому члену семьи ограниченной суммы денег, о которой он должен полностью отчитываться, лишение его права голоса при рассмотрении проблем семьи, запрещение работать является:

- А) физическим насилием;
- Б) психологическим насилием;
- В) экономическим насилием;
- Г) духовным насилием.

31. Агрессор и жертва имеют:

- А) схожие психологические особенности;
- Б) агрессор имеет более высокую самооценку, чем жертва;
- В) жертва имеет более высокую сенситивность, чем агрессор;
- Г) и агрессор, и жертва имеют низкую самооценку, но тревожность агрессора меньше, чем у жертвы.

32. Виктимное поведение – это

33. При оказании первой помощи пострадавшему от насилия необходимо:

- А) обнять его, выражая сочувствие;
- Б) расспросить о деталях произошедшего;
- В) исследовать, как пострадавший провоцирует насилие;
- Г) подсказать, какие действия ему следует предпринять в этой ситуации.

34. Ролевая структура взаимоотношений консультант-клиент, пострадавший от насилия, включает следующее:

- А) Злоупотребляющий родитель и насильник;
- Б) Спаситель и ребенок, ожидающий спасения;
- В) Совратитель и брошенный ребенок;
- Г) Свораченный и жертва.

35. В чем разница между вытеснением и диссоциацией травматического материала?

36. В чем особенность рассказа о насилии?

- А) Много деталей и уточнений;
- Б) Много предъявляемых чувств;
- В) Рассказ лишен деталей, путаный, неполный;
- Г) Целостного рассказа почти нет, но событие переживается так, будто оно существует «здесь-и-сейчас».

37. При оказании помощи пострадавшему от насилия, важно:

- А) Помочь определить основные проблемы;
- Б) Помочь в мобилизации систем поддержки;
- В) Помочь осознать необходимость потратить время на выздоровление;
- Г) Помочь наказать обидчика.

38. Ретравматизация у клиента, пережившего насилие, может быть вызвана тем, что:

- А) консультант использует вскрывающие техники работы;
- Б) консультант не торопит, дает клиенту время для разворачивания его феноменологии;

- В) консультант проявляет настойчивость, уверенность, демонстрирует, что знает «куда ведет пациента»;
- Г) консультант делится с клиентом своими сложными переживаниями.

39. Хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности несовершеннолетнего ребенка в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре называется

40. Что из перечисленного может являться факторами риска, провоцирующими домашнее насилие над детьми:

- А) ребенок родился после смерти другого ребенка;
- Б) родители ожидали, что родится ребенок другого пола;
- В) в семье много детей;
- Г) ребенок имеет отставание в развитии.

41. Симптомами, указывающими на ситуацию насилия в жизни детей, являются:

- А) ссадины в области коленей;
- Б) интерес сексуального содержания;
- В) смиренное поведение;
- Г) стремление красиво наряжаться.

42. Инцестуозные отношения дают ребенку:

- А) привилегированное положение в семье;
- Б) чувство одиночества;
- В) помогают ориентироваться в отношении полов;
- Г) укрепляют близость между родителем и ребенком.

43. Психологу, работающему с ребенком, сопротивляющимся психологической работе, рекомендуется:

- А) Мотивировать ребенка, объясняя ему цели и задачи работы;
- Б) Дать почувствовать свой интерес и дружелюбное отношение;
- В) Подсказать ребенку, что ему следует послушаться старших, которые считают такую работу полезной для него;
- Г) Признавать сопротивление ребенка.

44. В кабинете психолога ребенок спрашивает: «Сколько времени я здесь пробуду?». Что бы Вы ему ответили на месте консультанта:

45. Во время консультации ребенок берет игрушку (например, машинку) и замахивается на Вас. Что Вы предпримите:

- А) Отберете игрушку;
- Б) Спросите, чем Вы разозлили ребенка;
- В) Скажете, что бросать игрушки в людей нельзя;
- Г) Выразите испуг/злость.

46. Установите соответствие между психологическими концепциями и их содержаниями:

- | | |
|---|---|
| А) Психопатологическая «рефлекса цели»; | 1. Суицид возникает в результате утраты |
| Б) Психоаналитическая хронического психического расстройства; | 2. Суицид это проявление острого или |
| В) Поведенческая социальной интеграции; | 3. Суицид есть результат неустойчивой |
| Г) Социальная | 4. Суицид есть результат утраты смысла; |
| Д) Экзистенциальный смерти». | 5. Суицид есть проявление «инстинкта |

47. Отметьте причины суицидогенного конфликта:

- А) Реальные;
- Б) Фантастические;
- В) Бредовые;
- Г) Аффективные.

48. Девушка на консультации говорит: «жизнь скучна». Это высказывание можно отнести к:

- А) Суицидальному намерению;
- Б) Суицидальной мысли;
- В) Антивитальному переживанию;
- Г) Суицидальному замыслу.

49. Суициды более характерны для:

- А) Лиц в возрасте от 10 до 16;
- Б) Лиц в возрасте от 12 до 24;
- В) Женщинам от 20 до 30;
- Г) Представителям обоих полов старше 60.

50. Ваш клиент – женщина в возрасте 48 лет, ее дочь-подросток тяжело и неизлечимо больна. Во время консультации клиентка неожиданно признается, что в минуты отчаяния ей хочется сброситься с 10-ого этажа вместе с дочерью. Ваши действия:

- А) Спросите, высказывает ли дочь такие мысли;

- Б) Присоединитесь к чувствам клиентки и посочувствуете ей;
- В) Спросите, на каком этаже она живет;
- Г) Скажете, что это ужасное решение.

51. Ваш клиент – девушка-подросток 16 лет, направлена на консультацию образовательным учреждением в связи с тем, что высказывала суицидальные мысли. Про нее известно, что с 12 лет она живет в приемной семье. В возрасте 13 и 14 лет совершила две суицидальные попытки (резала вены): порезы были поверхностными и располагались выше области запястья. Ее родная мать погибла в результате завершеного суицида, когда девочке исполнилось 13. С чего Вы начнете работу:

- А) Начнете выяснять характер отношений между девочкой и ее родной матерью;
- Б) Начнете расспрашивать ее о суицидальных мыслях, о которых Вам предварительно сообщили;
- В) Проявите интерес к ее жизни сейчас, интересам и переживаниям;
- Г) Попробуете узнать, хотела ли она сама прийти на эту встречу.

52. Критериями секты являются:

- А) вера в Бога;
- Б) изоляция от окружающей среды;
- В) наличие харизматического лидера;
- Г) наличие ритуала поклонения.

53. Радикальное отторжение субъекта от прежних групп и связей, отречение от прежней жизни называется:

54. «Бомбардировка любовью» – это

55. Как проявляется контроль сознания в секте? Установите соответствие между пунктами в правой и левой колонке:

- А) Контроль над эмоциями 1. Монотонное скандирование молитв;
- Б) Контроль над поведением 2. Поддержка чувства вины и страха;
- В) Контроль информации 3. Запрет на инициативу;
- Г) Контроль над мышлением 4. Изучение внутрикультовых

источников.

56. Кто из перечисленных лиц менее уязвим для попадания в секту:

- А) Бизнесмен 40 лет, сделавший блестящую карьеру и достигший целей, поставленных им много лет назад;
- Б) Молодая замужняя женщина 29 лет, имеющая двоих маленьких детей, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком;
- В) Одинокая пенсионерка, дети которой живут в другом городе и редко навещают ее;
- Г) Студент 5 курса, живущий в общежитии, совмещающий учебу с работой, которую начал еще на третьем курсе, чтобы снизить материальное бремя родителей.

57. Оказывая психологическую помощь человеку, который провел длительное время в секте, нужно:

- А) Незаметно переубедить его;
- Б) Поддерживать его способность самостоятельно устанавливать связи между явлениями;
- В) Восстановить его отношения с родственниками;
- Г) Прояснить его позицию.

58. Индуцированный бред – это:

59. Основными сложностями в отношениях между консультантом и клиентом, пострадавшим от действий секты, являются:

- А) враждебность клиента по отношению к консультанту;
- Б) враждебность консультанта по отношению к клиенту;
- В) стыд клиента;
- Г) страх консультанта.

60. Успешность психологической работы с жертвой секты зависит от:

- А) возраста пострадавшего;
- Б) наличия у него родственников;
- В) количества времени, проведенного в секте;
- Г) знания психологом особенности доктрины секты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных ситуациях//Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия/Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2000. – С. 154-220.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства//Социальная и клиническая психиатрия. – 1994.– №4.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М.: б/и, 1980. – 48 с.

4. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: В 2 т. Т. 1. – М.: Педагогика, 1980. – 232 с.
5. Анциферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и "техники" ее бытия / Психологический журнал. – 1993. – №2. – С. 3-16.
6. Бассин Ф.В. К развитию проблемы значения и смысла // Вопросы психологии, 1973. – №6. – С. 13-22.
7. Бассин Ф.В. О силе "Я" и психологической защите // Вопросы философии. – 1969. – №2. – С. 118-125.
8. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - №1.
9. Бердяев Н.А. О самоубийстве. – М.: Изд-во МГУ, 1992. – 23 с.
10. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
11. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. – М.: Издательство «КСП», 1996. – 247 с.
12. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2006. – 240 с.
13. Брызгунов И.П. и др. Психосоматика у детей. – М.: Психотерапия, 2009. – 480 с.
14. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: Школа Анны Фрейд: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 288 с.
15. Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
16. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – М.: Издательство «Корвет», 2011. – 320 с.
17. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1997. – 336 с.
18. Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, №4 (18). С.123-146.
19. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
20. Винникот Д. Игра и Реальность. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002. – 288 с.
21. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
22. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. – М.: «Триада-Х», 1999. – 266 с.
23. Джамбалва К. Консультирование о выходе: Семейное воздействие. Как помогать близким, попавшим в деструктивный культ. – Нижний Новгород: ННГУ, 1995. – 118 с.
24. Духновский С.В. Влияние переживания критических ситуаций на развитие девиантного поведения подростков. Канд. ... псих. наук. – Казань, 2002 – 187 с.

25. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994. – с.
26. Заманаева Ю.В. Переживание утраты близкого как процесс изменений во внутреннем личностном мире. Дис. канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 320 с.
27. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
28. Зинченко В.П. Миры и структура сознания // Вопросы психологии. – 1991. – №2. – С. 15-37.
29. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. пособие. – Мн.: Белорусская наука, 1999. – 189 с.
30. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
31. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.
32. Карцева Т.Б. Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен // Психологический журнал. – 1988. – №5. – С.121-128.
33. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. – М.: «Класс», 2001. – 464 с.
34. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. – М.: «Когито-Центр», 2010. – 197 с.
35. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. – М.: «Когито-Центр», 2003. – 368 с.
36. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 800 с.
37. Кудрявцев В.Н. Генезис преступления. Опыт криминологического моделирования: Учеб. пособие. – М.: «ФОРУМ – ИНФРА-М», 1998. – 216 с.
38. Кэдьюсон Х., Шефер Ч. Практикум по игровой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
39. Лазебная Е.О. Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс. В кн. Психология психических состояний: Сб-к статей. Вып. 4 / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – Казань: Изд-во "Центр инновационных технологий", 2002. – С. 387-399.
40. Левин П. Пробуждение тигра – исцеление травмы. – М.: АСТ, 2007. – 320 с.
41. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтор. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 224-232.

42. Лири Т., Стюарт М. Технологии изменения сознания в деструктивных культурах/Под ред. И. Митрофановой. – СПб.: «Экслибрис», 2002. – 224 с.
43. Логинова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь. В кн.: Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – С. 238-246.
44. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – С. 20-121.
45. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ. / Предисл. А. Я.Варга. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 368 с.
46. Лэсли Б. Кейдис, Рут МакКлендон. Супружеская и семейная терапия: учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 208 с.
47. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация РФ, 1998. – 496 с.
48. Мамардашвили М.О. О философии//Вопросы философии. – 1991. – №5. – С. 4-6.
49. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. - 1993. – т. 14, №6. – С. 110-118.
50. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
51. Мороз А.А. Деструктивные тоталитарные секты в современной России. – СПб.: ИПЦ СПГУТД, 2005 – 267 с.
52. Моховиков А.Н., Дыхне Е.А. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. – М.: Изд-во психологического центра Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006. – 64 с.
53. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений. – М.: Азбуковник, 1999. – 944 с.
54. Осипова А.А. Введение в практическую психокоррекцию: групповые методы работы. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 240 с.
55. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 315 с.
56. Перлз Ф. Практика гештальттерапии. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2005. – 480 с.
57. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 320 с.
58. Полетаева А.В. Психологические механизмы переживания жизненного события, имеющего травматический характер. Автореферат... канд. психол. наук. - Хабаровск, 2005. – 24с.

- 59.Полищук Ю.И. Влияние деструктивных религиозных сект на психическое здоровье и личность человека//Журнал практического психолога. – 1997. –№1. – С. 93-97.
- 60.Психология состояний. Хрестоматия / Сост. Т.Н. Васильева, Г.Ш. Габдреева, А.О. Прохоров / Под ред. проф. А.О. Прохорова. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. – 608 с.
- 61.Психология социальных ситуаций / Сост. и общая редакция Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
- 62.Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д.Карвасарского – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер-Юг, 2006. – 944 с.
- 63.Робин Ж.-М. Быть в присутствии другого: этюды по психотерапии. – М., Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
- 64.Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 192 с.
- 65.Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.
- 66.Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: В 2 т. Т. 2. – М.: Педагогика, 1989. – 328 с.
- 67.Сарджвеладзе Н., Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашвили Н., Сарджвеладзе Н. Травма и психологическая помощь. – М.: Смысл, 2007. – 180 с.
- 68.Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб.: «Речь», 2000. – 284 с.
- 69.Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме: Пер. с англ. – М., 1960. – 128 с.
- 70.Сименс Х. Практическое руководство для Гештальттерапевтов. Пер с голландского – СПб: «Издательство Пирожкова», 2008. – 168 с.
- 71.Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983. – 285 с.
- 72.Суицид. Хрестоматия по суицидологии/Сост. Моховиков А.Н. – К.: А.Л.Д., 1996 – 216 с.
- 73.Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Сост. А.Н. Моховиков. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
- 74.Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитические теории развития. – М.: «Когито-Центр», 2006. – 407 с.
- 75.Тарабина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал. – 1992. – № 2. – С.15-25.
- 76.Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
- 77.Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2012. – 496 с.
- 78.Трифонова С.А. Психология социальных ситуаций: Учебное пособие. – Ярославль: Изд. Ярославского ун-та, 2004.– 91с.
- 79.Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

80. Уиллер Г. Гештальттерапия постмодерна: за пределами индивидуализма. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 489 с.
81. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: Академический Проект, 2005. – 848 с.
82. Фопель К. Барьеры, блокады и кризисы в групповой работе. Сборник упражнений. – М.: Генезис, 2003. – 160 с.
83. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие. – М.: Генезис, 2008. – 256 с.
84. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. – СПб.: «Алетейя», 1999. – 256 с.
85. Фрейд З. Печаль и меланхолия. – В кн.: Влечения и их судьба. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – С. 152-176.
86. Фрейд З. Торможение, симптом, тревога/Собрание сочинений в 10 томах. Т. 6. Истерия и страх. – М.: Фирма СТД, 2006. – С. 233-295.
87. Хааз Э. Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты // Московский психотерапевтический журнал, №1. 2000. – С. 29-47.
88. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: прайм-Еврознак, 2001. – 400 с.
89. Хендин Г. Психотерапия и самоубийство//Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - №1.
90. Целикова В.В. Групповое мышление как механизм влияния на личность в деструктивном культе//Журнал практического психолога. – 1997. – №1. – С. 97-108.
91. Шарфф Давид Э., Шарфф Джилл Сэвидж. Терапия пар в теории объектных отношений. – М.: «Когито-Центр», 2008. – 384 с.
92. Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А. Половые преступления против детей и подростков: психиатрический аспект. – Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1994. – 106 с.
93. Шоттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. – СПб.: Изд-во Пирожкова, 2001. – 256 с.
94. Шутценбергер А.А. Психогенеалогия: Как излечить семейные раны и обрести себя. – М.: психотерапия, 2010. – 224 с.
95. Шутценбергер А.А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. – М.: Психотерапия, 2009. – 256 с.
96. Экслейн В. Развитие личности в игровой терапии. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 256 с.
97. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2) ...слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3) ...находясь в каком-то месте, не могут вспомнить, как они туда попали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4) ...обнаруживают себя одетыми в одежду, о которой не могут вспомнить, как и когда они ее надевали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5) ...находят среди своих вещей новую и не помнят, как и когда они ее покупали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

б) ...иногда к ним обращаются незнакомые люди, называя их при этом другим именем и утверждая, что встречали их раньше.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7) ...испытывают такое чувство, как будто бы они стоят рядом с собой или наблюдают себя со стороны как другого человека.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8) ...им говорят, что они иногда не узнают друзей или членов своей семьи.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9) ...забывают некоторые важные события своей жизни, (например, свадьбу или окончание учебного заведения).

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10) ...их обвиняют во лжи, а им казалось, что они говорили правду.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11) ...глядя в зеркало, они не узнают себя.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12) ...испытывают чувство нереальности окружающих их людей и предметов, а может быть, и всего окружающего их мира.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13) ...испытывают ощущение, что их тело им не принадлежит.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14) ...иногда переживают какое-то событие (или ситуацию) из своего прошлого так, как будто оно опять происходит с ними в настоящее время.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15) ...они испытывают чувство сомнения в том, действительно ли происходили какие-то события в их жизни или эти события только пригрезились им.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16) ...находясь в знакомом и привычном для них месте, вдруг ощущают, что они здесь впервые и это место им незнакомо.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17) ...их настолько поглощает содержание кинофильма или телепередачи, что они уже не замечают ничего, что происходит вокруг них.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18) ...фантазия или мечта кажется им реальностью.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19) ...иногда они не замечают физической боли.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20) ...иногда они сидят, уставившись в пространство, ни о чем при этом не думая и не замечая времени.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21) ...находясь в одиночестве, иногда замечают, что громко разговаривают сами с собой.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22) ...ведут себя в двух похожих ситуациях настолько по-разному, что у них возникает ощущение будто они – два разных человека.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23) ...иногда им вдруг становится легко действовать в тех ситуациях (например, общение, работа, спорт и т.д.), которые обычно вызывают у них затруднения.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24) ...иногда они вдруг не могут вспомнить, действительно ли они сделали что-то или только подумали о том, что это нужно сделать (например, не помнят, действительно ли они только что опустили письмо в почтовый ящик или только подумали об этом).

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25) ...вдруг обнаруживают, что они совершили какой-то поступок, и не помнят, как это случилось.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26) ...иногда находят собственные записи, заметки или рисунок, о которых не помнят, чтобы они их делали.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27) ...иногда слышат посторонние голоса внутри своей головы, которые говорят им, что делать, и комментируют их поступки.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28) ...иногда ощущают, что они смотрят на мир как бы сквозь туман или дымку, так что предметы и люди кажутся им далекими или неясными.

Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS)

Пациент _____ Дата _____ Интервьюер _____

А. Травматическое
событие _____

В. Постоянно повторяющееся переживание травматического события

(1) повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали о событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

- 0 – отсутствие дистресса
- 1 – низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует
- 3 – высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии
- 4 – очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии

(2) интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы

Частота

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин – для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

- 0 – нисколько
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется
- 3 – высокая интенсивность: значительный дистресс
- 4 – очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс

(3) ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзий, галлюцинаций, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты), даже те, которые появляются в просоночном состоянии

Частота

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие(я) происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение?

- 0 – никогда такого не было

1 – слабая интенсивность симптома: ощущение незначительно большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем

2 – умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву

3 – высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения – пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром

4 – очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны – флэшбэк-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода – «затмение», провал в памяти

(4) повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)

Частота

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случилось в течение последнего месяца?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?») Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

0 – отсутствовали

1 – слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения

2 – умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова

3 – высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова

C. Устойчивое избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, или «блокада» общей способности к реагированию (numbing – «оцепенение»)

симптомы не наблюдались до травмы

(5) усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой

Частота

Пытались ли вы отгонять мысли о событии(ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием(ями) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего времени?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии(ях), чтобы не испытать чувств, имеющих к нему(ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя и наркотиков)

- 0 – никакого усилия
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие
- 2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть
- 3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(6) усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме

Частота

Пытались ли вы когда-нибудь избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии(ях)?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избегать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием(ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны,

избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч.)

0 – никакого усилия

1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие

2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть

3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть

4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(7) неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)

Частота

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события(ий) (например, имена, лица, последовательность событий)? Много ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

0 – ничего, ясная память о событии в целом

1 – некоторые обстоятельства, события(ий) было невозможно вспомнить (менее, чем 10%)

2 – ряд обстоятельств события(ий) было невозможно вспомнить (20-30%)

3 – большую часть обстоятельств события(ий) было невозможно вспомнить (50-60%)

4 – почти совсем невозможно было вспомнить событие(я) (более, чем 80%)

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

0 – какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали

1 – слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события

2 – умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти

3 – высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события

4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии(ях)

(8) заметная утрата интереса к любимым занятиям

Частота

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, - например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до произошедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

- 0 – потери интереса вообще не было
- 1 – потеря интереса к отдельным занятиям (менее, чем 10%)
- 2 – потеря интереса к нескольким занятиям (20-30%)
- 3 – потеря интереса к большому числу занятий (50-60%)
- 4 – потеря интереса почти ко всему (более, чем 80 %)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

- 0 – вообще не было потери интереса
- 1 – слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались
- 2 – умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия(й)
- 3 – высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям
- 4 – очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность

(9) чувство отстраненности или отчужденности от окружающих

Частота

Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более, чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки оставался Вам близок?

- 0 – отсутствуют подобные чувства
- 1 – слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя «идущим не в ногу» с окружающими

2 – умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру

3 – высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком

4 – очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем

(10) сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви

Частота

Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственны» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 – такого вообще не было

1 – редко (менее 10% времени)

2 – иногда (20-30%)

3 – часто (50-60%)

4 – почти всегда или постоянно (более, чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

0 – ощущения бесчувственности нет

1 – слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное

2 – умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена

3 – высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям – любви и счастья

4 – очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

(11) ощущение отсутствия перспектив на будущее, например не ожидает продвижение по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни

Частота

Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас «нет завтрашнего дня»? (если да, уточните наличие реального риска, например, опасных для жизни

медицинских диагнозов). Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете, как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

0 – ощущения сокращенного будущего нет

1 – слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращенной жизненной перспективы

2 – умеренная интенсивность симптома: определено присутствует ощущения сокращенной жизненной перспективы

3 – высокая интенсивность: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни

4 – очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, полная убежденность в преждевременной смерти

D. Устойчивые симптомы повышенной возбудимости

(не наблюдались до травмы)

(12) трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна

Частота

Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, чтобы спать нормально? Отличается ли это от того, как вы спали перед событием(ями)? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз за неделю

4 – каждую ночь (или почти каждую)

Трудности с засыпанием?

Да Нет

Пробуждения среди сна?

Да Нет

Очень ранние пробуждения?

Да Нет

Количество часов сна (без пробуждений) за ночь

Желательное количество часов сна для обследуемого

Интенсивность

(Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.)
Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

0 – нет проблем со сном

1 – слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 минут)

2 – умеренная интенсивность: определенное нарушение сна – ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна – 30-90 минут)

3 – высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна – 90 минут – 3 часа)

4 – очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна, непреодолимые трудности с сохранением сна (потеря сна > 3 часов).

(13) раздражительность или приступы гнева

Частота

Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны или проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно? Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до события(ий)? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз за неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали?

0 – не было ни раздражительности, ни гнева

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе – повышение голоса

2 – умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро «остывает»

3 – высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе – речевая или поведенческая агрессивность

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия

(14) трудности с концентрацией внимания

Частота

Не казалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор как случилось это событие(я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более, чем 80%)

Интенсивность

Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе в интервью.)

- 0 – никакой проблемы не было
- 1 – слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия
- 2 – умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но приусилии может сосредоточиться
- 3 – высокая интенсивность: значительная ухудшение функции, даже при особых усилиях
- 4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания

(15) повышенная настороженность (бдительность)

Частота

Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием(ями)? Как часто в прошлом месяце вы были насторожены или бдительны?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более, чем 80%)

Интенсивность

Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

- 0 – симптом отсутствует
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство

2 – умеренная интенсивность: определенно имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре)

3 – высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

4 – очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы – значительная настороженность

(16) преувеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)

Частота

Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т.п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения – «углом здания»)? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события(ий)?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз за неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильной была эта реакция испуга?

0 – симптом отсутствовал: реакции испуга не было

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга

2 – умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, «подпрыгивание»

3 – высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции

4 – очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например ветеран войны, который «падает лицом в грязь»)

(17) физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события

Частота

Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии(ях)? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах.) Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз за неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

- 0 – симптом отсутствует
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция
- 2 – умеренная интенсивность: явное наличие физиологической реакции, некоторый дискомфорт
- 3 – высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт
- 4 – очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас спрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца?

Да Нет

Этот период (или эти периоды) продолжался не менее одного месяца?

Да Нет

Примерно когда этот период (или периоды) начался и закончился?

От _____ до _____

От _____ до _____

От _____ до _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Шкалы оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R-IES-R)

Имя _____

Образование _____

Состав семьи _____

Возраст _____

Пол: м. ж.

Дата « ____ » _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ: Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами.

Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение последних 7 дней, включая сегодняшний.

1. Любое-напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

2. Я не мог спокойно спать по ночам

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

6. Я думал о случившемся против своей воли

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

11. Я старался не думать о случившемся

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации

никогда	редко	иногда	часто
0	1	3	5

15. Мне было трудно заснуть

никогда	редко	иногда	часто
---------	-------	--------	-------

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Оценка факторов суицидального риска

а) Оценка социально-демографических факторов суицидального риска

Социально-демографические факторы	Пол	Возраст	Семейное положение	Образование, профессиональный статус
	мужской	Суициды: 45 - 65 лет, попытки Подростковый возраст, период 20 - 30 лет	Одинок, Вдов, разведен	Высшее, высокий
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора				

б) Оценка медицинских факторов суицидального риска

Медицинские факторы	Психическое заболевание	Соматические заболевания
	Депрессия, алкогольная зависимость, зависимость от других ПАВ, шизофрения, расстройство личности	Онкология, заболевания органов кроветворения, сердечно-сосудистые (ИБС), органов дыхания, (астма, туберкулез), врожденные и приобретенные уродства, потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции, бесплодие), ВИЧ-инфекция, состояния после тяжелых операций, после трансплантации донорских органов
Наличие (+) или отсутствие (-) фактора		

в) Оценка биографических факторов суицидального риска

Биографические факторы	Гомосексуальная ориентация	Суицидальные попытки в прошлом	Суицидальные попытки у значимых лиц

Наличие (+) или отсутствие (-) фактора			
--	--	--	--

г) Оценка ситуационных индикаторов суицидального риска

Ситуационные индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Смерть любимого человека, супруга/супруги	
Развод	
Потеря работы	
Уход на пенсию	
Вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи и друзей	
Сексуальное насилие	
Нежелательная беременность	
«Потеря лица»	

д) Оценка поведенческих индикаторов суицидального риска

Поведенческие индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Злоупотребление ПАВ, алкоголем	
Эскейп-реакция в прошлом	
Изоляция от людей в жизни	
Снижение повседневной активности	
Изменение привычек	
Частое прослушивание траурной или скорбной музыки	
Предпочтение тем смерти и самоубийствах в разговорах и чтении	
«Приведение дел в порядок»	

е) Оценка когнитивных индикаторов суицидального риска

Когнитивные индикаторы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Разрешающие установки к суицидальному поведению	
Негативная триада (негативные мысли)	О себе
	О будущем
	Об окружающем мире и жизни в целом
Туннельное видение	
Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов	Мысли
	Намерения
	Конкретный план

ж) Оценка эмоциональных индикаторов суицидального риска

Эмоциональные индикаторы	Амбивалентные чувства по отношению к жизни	Депрессивное настроение	Переживание горя
Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора			

з) Оценка ресурсов при суицидальном риске

Ресурсы	Наличие (+) или отсутствие (-) индикатора
Внутренние	
Интеллект	
Инстинкт самосохранения	
Коммуникативный потенциал	
Социальный опыт	
Опыт решения проблем	
Внешние	
Поддержка семьи и друзей	
Стабильная работа	
Приверженность религии	
Финансовая стабильность	
Медицинская помощь	
Индивидуальная психотерапевтическая программа	

и) Шкала оценки угрозы суицида (пример заполнения)

Пол	+	Мужской
Возраст	+	12-24, 45 и выше
Депрессия	+	Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от ПАВ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план	+	Время, место, способ
		Детальность данного способа исполнения
	+	Легкость его исполнения
Отсутствие супруга/близкого человека	+	Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями

		и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО		
ОЦЕНКА (количество отмеченных пунктов)		
0-2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3-4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы интервенции и поддержка
5-6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная кризисная помощь
7-10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная кризисная антисуицидальная помощь