

Геннадий
СТАРШЕНБАУМ

БИБЛИОТЕКА
УСПЕШНОГО
ПСИХОЛОГА

БОЛЬШАЯ КНИГА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ



Программа помощи
от 3 до 103 лет



Геннадий Владимирович Старшенбаум
Большая книга
психологических
кризисов. Программа
помощи от 3 до 103 лет
Серия «Библиотека
успешного психолога»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42533853

*Большая книга психологических кризисов. Программа помощи от 3 до
103 лет / Геннадий Старшенбаум: АСТ; Москва; 2019
ISBN 978-5-17-113888-2*

Аннотация

Книга написана психотерапевтом, специализирующимся на кризисной психотерапии. Автор описывает различные варианты психологического кризиса, приводит разработанную им программу кризисной терапии, адаптированную для каждого жизненного этапа от детства к старости. Несложные тесты и индивидуализированные рекомендации помогут читателю объективно оценить психологические проблемы – свои или

близкого человека – и разрешить их, самостоятельно или с помощью специалиста.

Обучающиеся и практикующие профессионалы (психологи, врачи, педагоги, социальные работники) найдут в книге самые современные данные о кризисных состояниях и психологических методах их профилактики и коррекции.

Г. В. Старшенбаум – психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук, профессор Московского института психоанализа, автор нескольких учебно-практических руководств по психотерапии.

В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

Содержание

Введение	9
Воспитание воспитателей	14
Мама боится	15
Грешный ангел	15
Будь готов!	25
Рекомендации родителям тревожного дошкольника	27
Кризисы развития	33
Опросник родительского отношения	40
Отвяжитесь!	49
Жизнь с пуповиной на шее	49
Расстройство сепарационной тревоги по МКБ-11	61
Рекомендации родителям	65
Затюканный принц	67
Бунт на корабле	67
Рекомендации родителям возбудимого ребенка	77
Пугающие заявления ребенка	80
Выбить дурь из головы	83
Признаки физического насилия над ребенком	85
Оценка уровня семейной агрессии глазами	89

ребенка	
Рекомендации родителям	90
Табу инцеста	94
Дочка на продажу	94
Психотерапия инцестуозной семьи	110
Дочки-матери	112
Раненый целитель	112
Ранние дезадаптивные схемы	120
Шкала дисфункциональности	121
Рекомендации импульсивным	127
Как помочь подростку	129
Рекомендации родителям	138
Карта риска суицида подростка	140
Кризисная терапия подростков	143
Век стресса	150
Тяжелый стресс	151
Рекомендации потерпевшим	165
Острое стрессовое расстройство по МКБ-11	168
Правила для психологов при оказании экстренной помощи в ЧС	171
Самостоятельная работа с негативными переживаниями в технике НЛП	182
Жизнь после катастрофы	184
Посттравматическое стрессовое расстройство по МКБ-11	199

Хроническое изменение личности после
переживания экстремальной ситуации по
МКБ-10

205

Конец ознакомительного фрагмента.

208

Геннадий Старшенбаум

Большая книга

психологических

кризисов. Программа

помощи от 3 до 103 лет

Библиотека успешного психолога

Настоящее издание не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

© Старшенбаум Г., 2018

© ООО «Издательство АСТ», 2019

Замечательная книга уважаемого мной психотерапевта Геннадия Владимировича Старшенбаума не только расскажет о том, что такое кризис и как он появляется, но и что можно сделать, если в вашей жизни кризис уже наступил.

Валерия, фармацевт, Москва

Книга понравилась, глубоко и подробно описаны как различные виды кризисов, в том числе депрессия – болезнь века, так и условия их развития. Детально исследуются критические периоды в жизни –

возрастной кризис, любовный и пр.

Татьяна, домохозяйка, мать двоих детей, Витебск

Введение

В трудные 90-е годы я работал в Кризисном стационаре, руководил Отделом суицидологии Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ, защитил диссертацию, которая легла в основу монографии «Суицидология и кризисная психотерапия» (2005). В ней я впервые в литературе обобщил теоретические, методические и организационные вопросы суицидологии и кризисной терапии, предложил клинико-психологическую классификацию кризисных состояний и изложил авторскую программу кризисной терапии.

С этого времени многое изменилось. Эксперты ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) называют XXI век веком депрессии, гомосексуальность признана нормой, мастурбация широко используется в секс-терапии. Размывается гендерная идентичность, разрушается институт семьи. В ряде стран легализовали наркотики и эвтаназию (добровольное самоубийство), узаконили однополые браки и готовятся узаконить инцест. В Интернете открыто существуют сайты для наркоманов и самоубийц, участились случаи школьного насилия.

В этой книге я попытался систематизировать теоретический и собственный практический материал последних 20 лет. Кризисные ситуации и состояния соотнесены с возрастом, в котором они чаще всего наблюдаются. Большинство

глав начинается с клинического случая, затем приводятся современные теоретические представления о данном расстройстве, опросники и советы для клиентов и их близких, а также тесты и терапевтические рекомендации для профес-сионалов.

Используются еще не переведенные на русский язык диагностические критерии Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации DSM-V, а также готовящейся к выпуску Международной классификации болезней 11-го пересмотра МКБ-11. Представлена основная литература по затронутым темам за последние 20 лет.

Кризис (др. – греч. κρίσις – решение, поворотный пункт) – это переломное состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся недостаточными. Вся цепь социально-психологического развития личности скреплена звеньями кризисов. Это, во-первых, закономерные возрастные кризы, которые могут сопровождаться *эволюционными кризисами*. К ним относятся кризисы развития у детей и реакции адаптации у подростков и взрослых. И, во-вторых, это *ситуационные кризисы*, возникающие под воздействием тяжелых психических травм, эмоциональных стрессов.

В поле зрения психиатров оказываются кризисные пациенты с выраженными реакциями адаптации и реакциями на тяжелый стресс, реактивными и хроническими депрессия-

ми. Клиенты психолога обычно переживают кризис на доклиническом уровне, недостаточно описанном в психиатрической литературе.

Продолжительность психологического кризиса ограничивается обычно сроком от одной до шести недель – время, за которое человек находит средства разрешения своих проблем самостоятельно или с чьей-то помощью. Благоприятный исход кризиса способствует повышению адаптационного уровня человека, включая его способность противостоять кризисам в будущем. Негативный исход кризисного состояния ведет к суицидному поведению.

Каждый третий, совершивший попытку самоубийства, рано или поздно ее повторяет, и каждый десятый в конце концов кончает с собой.

Наибольшее количество случаев суицида приходится на возраст 15–24, 40–60, 70 и более лет.

Суициды – это вторая по частоте причина смерти молодых людей. Высокий уровень самоубийств наблюдается среди демобилизованных офицеров, молодых солдат, людей, взятых под стражу, недавних пенсионеров и инвалидов. У нас более 2,5 млн молодых людей не имеют работы, трудоустраивается лишь половина выпускников вузов.

В группе повышенного риска суицида находятся (по мере убывания вероятности) люди, никогда не состоявшие в бра-

ке, разведенные и бездетные супруги. Мужчины заканчивают жизнь самоубийством в четыре раза чаще женщин. Вероятность суицида повышается при наличии хронических сердечно-сосудистых болезней, онкологических заболеваний, депрессии с паническими атаками, алкоголизма и наркомании.

Россия занимает первое место в Европе по количеству подростковых самоубийств. Только в Москве ежегодно пытаются покончить с собой 60 тысяч подростков. Половину от общего числа самоубийств подростков до 16 лет составляют суициды из-за неразделенной любви. Многие дети и подростки убивают себя из-за конфликтов со сверстниками и родителями.

Однако больше всего самоубийств совершают пожилые люди и одинокие старики с безнадежными, смертельными заболеваниями. Уровень суицидов у них в четыре раза выше, чем у других. Пожилой человек отстает от жизни, теряет прежнее положение в семье и обществе, уходят из жизни его близкие люди и старые друзья. Отсутствие социальной поддержки, унижительное чувство ненужности и никчемности, тотальное одиночество – вот те причины, которые толкают наших стариков на самоубийство.

Мы очень мало внимания уделяем людям, которые остались со своими незалеченными ранами после самоубийства близкого, особенно ребенка. Такое горе может «увечиваться» неослабевающим чувством вины: не заметил, не под-

держал вовремя, не настоял на консультации специалиста...

Человек, потерявший близкого, часто ездит на кладбище или, наоборот, уходит в работу, вытесняет психический конфликт в психосоматику, «лечится» от депрессии алкоголем или наркотиками. И далеко не всегда может поделить горем и разделить его с друзьями и близкими людьми в силу традиционного избегания темы самоубийства в нашем обществе.

Если вы читаете сейчас эти строки, значит, вам небезразличны эти проблемы. Я призываю вас, дорогой читатель, набраться мужества. Нам предстоит нелегкая работа.

Воспитание воспитателей



Мама боится

Из чего твой панцирь, черепаха? —

Я спросил и получил ответ:

Он из мной накопленного страха.

Ничего прочнее в мире нет.

Лев Халиф

Грешный ангел

Анжела плачет у Милы на руках, отмахивается от меня, просит побить. Она закрывает от меня лицо, машет рукой: «Пока!» Мила разувает Анжелу, усаживает на диван и включает ей мультик на айпаде.

У Анжелы нет мягких игрушек и кукол, которых можно раздевать и одевать. Я приношу ей такие игрушки, но она их не берет, стереотипно ставит и снимает крышу с домика. Анжела использует Милу вместо своих рук. Мне время от времени повторяет свое «Пока-пока».

Анжела в безличной форме приказывает Миле, что для нее сделать, та механически обслуживает ее. Анжела топчет-ся по пластиковой лягушке, потом засовывает ее под плед — спать. Алик с умилением наблюдает за Анжелой, Мила механически гладит ее, жалуясь, что Анжела не отпускает мать от себя даже в туалете, трясет ручками, боится наступать на

асфальт и плитки, просится на руки, не умеет одеваться и раздеваться, ходит голой при мужчинах. Мила с жалобной гримасой поет: «Она же не разговаривает».

Проблемы с речью и другие странности возникли у Анжелы во Франции, где она была с родителями. Она не смогла играть с детьми в песочнице, которые ее не понимали, и у нее пропала речь. Она стала отбиваться от чужих людей, как маленькие французы отбивались от нее. Детский психиатр заподозрила у Анжелы шизофрению и назначила терапию. Мила не будет давать ей такой препарат – это было бы подтверждением диагноза, ей страшно даже обсуждать его. Она сама принимает от невроза полтаблетки фенибута и дает треть детской дозы Анжеле, не зная, что малые дозы транквилизатора возбуждают.

Анжела устраивает истерику – она ощущает что-то неприятное на затылке. Алик, не глядя: «Все хорошо!» Я предлагаю поинтересоваться, он расстегивает пуговицу, Анжела умоляет снять ее ручки, ножки, лицо, как она снимает у кукол. Алик поглаживает ей спину, Анжела умолкает. Потом начинает бегать по комнате, гладит лицо папе, потом несколько раз подбегает ко мне и гладит по голове. Несколько минут мы играем в «Уйди – приди», она сама зовет меня.

Анжела включает и выключает свет в течение нескольких минут, просится домой. Алик смотрит на часы: у него деловая встреча. Он предлагает Миле остаться одной или с Анжелой. Мила хочет ехать с ними. Анжела пытается надеть

балетки, Алик обувает дочь (без ее просьбы). Анжела прощается со мной за руку, гладит, прижимается щечкой.

Алик вносит Анжелу на руках. Анжела улыбается мне, разрешает подержать себя на руках. Гладит меня по голове, целует и обнимает, приговаривая «Пока-пока». У Анжелы появились мягкие игрушки, она прижимает их к груди. Алик сразу предупредил Анжелу, что сегодня она вне игры, и она первые 15 минут лежит у него на коленях, иногда кричит. Анжела играет игрушками между родителями, потом сидит у отца на коленях, играет в «Привет – привет!», тычет мягкой игрушкой ему в лицо, а затем обнимает его. Мила умиляется и воркует.

Анжела старается прийти пораньше на занятия к балерине, которая ей очень нравится. В садике ее все любят, она ходит там с другом за ручку. Родители договорились отдать дочь в детсад на полный день, а потом сказали об этом ей. Анжела произнесла: «Это неправильно». Мила признается, что думала не об Анжеле, а о себе, признается, что за ее наигранной любовью к дочери – пустота. Милу никто не ласкал в детстве, зато все следили, чтобы она не кричала и не потела – этим она выдавала себя во время мастурбации. Когда Мила приходила в гости к папиной сестре, та первым делом посылала ее в ванну.

Мать отдала Алика в ясли с 8 месяцев, тащила его туда насильно, он бился на асфальте в истерике – позорил мать.

Мила вспоминает, как они возвращались от свекрови. Впереди в 30 шагах Алик, на таком же расстоянии Мила, оглядывающаяся на отставшую на 30 шагов Анжелу. Мила упрекает мужа, что он на прогулке уходит вперед от них с дочерью. Это напоминает ей, как она ждала с мамой возвращения папы из долгой командировки, а потом родители быстро пошли домой, и маленькая Мила не могла их догнать.

Алик в 8 часов вечера посылает дочь спать и щелкает пультом, смотря одновременно несколько каналов. Так он избегает лишних волнений. Анжела возбуждается, капризничает, устраивает истерики. Мила чувствует себя не матерью Анжелы, а прислугой дочери и мужа. Лишь бы они не сердились на нее. Ее пугает и бесит отсутствие эмоционального резонанса у мужа. Ей хочется убить, утопить его. Она разряжает на него агрессию к своей матери.

В 3,5 года у Милы были полипы голосовых связок, врачи приговорили ее к немоте, а мама – к недоразвитости. Теперь Мила воспринимает Анжелу, которая сейчас в таком же возрасте, через эти переживания. Анжела с пискom вытягивает воздух. Милу пугает этот звук – значит, дочь все же ненормальная. Мила забыла, как вытягивала воздух, когда ее душили папилломы. Возможно, Анжела заметила мамину реакцию и теперь дразнит ее.

Анжела играет с отцом, гладит его по лицу, он сидит с ней в обнимку. Мила со стоном вздыхает. Анжела перебирается к ней, гладит ее по лицу. Мила садится на пол, уткнув-

шись лицом в колени дочери и обняв ее. Анжела гладит ее по голове. Через пару минут Мила облегченно вздыхает, вытирает глаза и садится к мужу на диван. Ей хочется открыть детский садик или детский клуб. Но для этого ей надо чем-то наполниться. Она наполняется, когда болтает с Анжелой. Мила называет мужа папой – видит его глазами дочки.

Мечта Алика – шале в горах, там был бы его дом и бизнес. Мила начинает плакать на плече у мужа, он гладит ее: ты чего? Она обнимает его живот. Анжела сидит отстраненно. Я шепчу ей: мама плачет. Анжела гладит по лицу отца, потом вскользь и мать. Та рыдает. Она очень устала, ничего не хочет. Анжела перебирается к ней, утешает мать, глядя ее по щеке. Мила сокрушается, что испугала ее, Алик весело возражает – Анжела достаточно веселая. Мила стонет: «Алик, пойдем домой, пойдем!» Она оправдывается, что не хочет пугать Анжелу, чтобы та не видела ее такой.

Анжела забирается ко мне на колени. Я говорю, что Мила делает из нее себе маму, а из Алика папу, отбирает его у Анжелы. Анжела обнимает меня и идет к отцу. Мила молча выходит, Алик с Анжелой деловито собирают игрушки. Родители уходят без оглядки. Анжела перед лифтом оглядывается, машет мне ручкой.

Анжела просыпается на даче в шесть. Там легкие светлые шторы, громко поют соловьи, а главное – она в постели боится мухи. Анжела переутомляется. Ей очень нра-

вится новая преподавательница балета и сам балет, но это увлечение сбивает ей режим. В конце недели Анжела устает, перестает запоминать новые английские слова. Между прочим, по-английски она говорит без нарушений, которые появляются, когда она говорит по-русски.

Анжела уходит в себя, взгляд – вовнутрь, это аутизм. Она рыдает по два часа и тянется к Миле, присасывается к ее шее. У Милы это вызывает страх и чувство вины, что она не справляется с психически больной дочерью. Мила с детства играет в больницу. Она мечтала стать врачом, но ее выучили на бухгалтера. Алику до слез жалко дочь, как себя в детстве. Мама предпочитала ему старшего брата, которого видела великим математиком.

Я прошу Милу прочесть вслух описание из справочника: «Детский аутизм характеризуется врожденным нарушением социального поведения. Ребенок не откликается на свое имя, не смотрит в глаза, не хочет, чтобы его брали на руки. Он не боится посторонних, одиночества или реальной опасности, проявляя в то же время страх по отношению к безвредному предмету. Высказывания ребенка являются монологом и ограничены рамками собственного интереса к конкретному предмету. Он не просит о помощи, не пользуется мимикой и жестами, выражает лишь крайнюю степень аффекта криком или плачем, а позднее – хватает других за руку и направляет в нужное место, используя человека как инструмент. В ответ на малейшие изменения внешней об-

становки и привычного порядка, на попытку вовлечь в какую-либо деятельность у ребенка может возникнуть реакция панического страха и яростного сопротивления».

Я зачитываю диагностические критерии других детских расстройств, указываю на роль стрессов, в том числе перегрузки различными развивающими занятиями. Родители согласны разгрузить Анжелу, но начинают спорить, как это сделать, в итоге все происходит по принципу: «Дура – сам дурак». Алика бесит Мила – она то тискает дочь, то орет на нее. Вышла за дверь и орала: «Сучка!» (Мила: «Я тихо, она не слышала».) Потом вошла и дернула ее за руку.

Мила жалуется: Анжела ласкается с отцом и трогает себя между ног. Миле приходится оттаскивать ее руки и держать в своих. Вечером у них были друзья Алика, Анжела перевозбудилась, разделась и хотела бежать к гостям голая, от нее пахло, как от текущей сучки. Мила не пустила ее, Анжела долго плакала.

Мила признает, что болезнь дочери укрепляет их брак. Она радостно рассказывает, как ей нравится на даче общаться с Анжелой на ее уровне, и Алик тут же, не отвлекаясь на дела и других людей. Он бьется, а они с Анжелой – его дочери. Алику в последний год хочется мальчика. Второй общий ребенок придал бы ему больше уверенности, что он не уйдет от Милы (у него на глазах слезы).

Анжела приходит к родителям в постель, хотя перед сном Мила наказывает ей не мешать им утром делать «ангелоч-

ков» – она же любит маленьких детей? Анжела боится ухода беременной мамы от нее. Так ушла беременная воспитательница детсада и любимая преподавательница балета. Анжела выбрасывает кукол-девочек в пруд. Играет с куклами-мальчиками, но недавно среди них появилась совсем маленькая куколка-девочка. Анжела просит мать накормить кукол.

Алик упрекает Милу, что она поддакивает мне, а сама ничего не хочет понимать, только боится диагнозов. Соглашалась со мной, когда я зачитывал диагностические критерии, но по-прежнему паникует при мысли об аутизме. Я нужен, чтобы успокаивать ее, убеждать в том, что Анжела нормальная. Мила жалобно кривится: не надо трогать эту тему, это сведет ее с ума.

Алик говорит, что Мила с Анжелой для него на первом месте, а у Милы на первом месте ее родня, на втором – работа, на третьем – дочь. Он устал обслуживать ее страх вызывать чье-то недовольство. Анжела, как кошка, которая лечит больное место, лезет к родителям на колени, соединяет их руки, сближает головы, чтобы они целовались.

Мила освободилась от ответственности за Анжелу, которую взял на себя Алик. Он много внимания уделяет дочери, та уже командует им. Перед сном в 12 часов Алик заходит к Анжеле, она еще не спит. Он тоже долго не засыпал в детстве. По утрам Анжела забирается к Алику в постель, они обнюхивают друг друга, кусают, Анжела эротично воз-

буждается.

Алик вспоминает, что в детстве ходил по классу, не подчинялся требованиям. Мила обижается, что он не сказал ей об этом раньше. Он не хотел становиться ученым, как старший брат. Зато теперь готов на все для развития дочери. Алик упрекает Милу, что она хорошо устроилась: отправила его с Анжелой купаться на пруд и 40 минут болтала по телефону с матерью. Мила поправляет: 20 минут, и радуется, что на пруду дочь впервые много говорила о себе в первом лице.

Анжела пошла в английскую школу. Она подбегает к воспитателям, закрывает лицо руками, потом выглядывает, кричит «Нет!» и убегает. Она впервые сказала, что боится (индусскую учительницу). Алик хвалится, что они платят в два раза больше других, так как с Анжелой там занимается много специалистов. Они ставят ряд дополнительных условий, но Алик с энтузиазмом готов их оплачивать.

В школе предупредили, что могут отчислить Анжелу ради благополучия других детей, но Алик этого не потерпит и обратится к юристу. Они рекомендуют оставить лишь один иностранный язык. Кроме того, требуют прекратить психотерапию. Я хмыкаю. Мила напоминает, что я не Бог, чтобы оспаривать тактику мировых специалистов уникальной школы, в которой учится Анжела. Но ее радует, что в ходе семейной терапии они с Аликом вскрыли свои детские проблемы, стали лучше понимать друг друга. Они решили начать

супружескую психотерапию.

Комментарий. Анжела растет в дисфункциональной семье, ее родители сами росли в таких же семьях и находятся под влиянием непроработанных детских травм. У них наблюдается оценочная зависимость: у отца – в социальной сфере, у матери – в моральной. В основе этой аддикции лежит родительский комплекс неполноценности, который делегируется якобы неполноценной дочери. Забота о ее «нормальном функционировании» служит объединяющим фактором в браке, который может распасться в пылу взаимных обвинений. Такая напряженная атмосфера усугубилась у девочки стрессом попадания в иноязычную среду.

Стресс произошел во время формирования диалоговой речи и других коммуникативных навыков, что привело к развитию социального тревожного расстройства с нарушением речевого развития и элементами аутистического спектра. В процессе краткосрочной семейной терапии удалось добиться некоторого снижения нагрузки девочки. Чрезмерная нагрузка утяжеляла течение расстройства у ребенка. У родителей удалось выработать мотивацию к супружеской и личной терапии.

Страус вовсе не прячет голову в песок – он показывает нам задницу.

Мечислав Шарган

Будь готов!

Сегодня для поступления в хорошую школу необходимо уметь читать и логически мыслить. Во многих школах непропорционально вводятся различные программы (например, физкультуру заменяют уроком ментальной математики) и обязательные дополнительные уроки (например, иностранного языка). Учащихся начальных классов обязывают посещать группы продленного дня и различные кружки, не учитывая, что ребенку нужно побыть одному, отдохнуть в спокойной обстановке, поиграть на свежем воздухе. Более 40 процентов школьных программ ориентированы на «продвинутый» уровень образования, в то время как доля одаренных детей в школах не превышает 6 процентов, а имеющих высокие учебные возможности – 15. Функциональные отклонения и хронические заболевания под воздействием школьных программ чаще наблюдаются у учащихся начальных и выпускных классов.

Родители-перфекционисты предъявляют к ребенку завышенные требования, выражают недовольство недостаточно хорошими оценками или наказывают ребенка за них, например, отказывая в чем-то. Родители сравнивают ребенка с более успешным братом или сестрой, формируя у него чувство вины, неполноценности и страх отвержения. Бабушки и дедушки могут чрезмерно опекать такого ребенка и «спасать»

его от возможных неприятностей, как беспомощного. В результате у ребенка развивается эмоциональная неуравновешенность, он растет капризным, плаксивым, зависимым от старших.

В классе, где периодически возникает педагогическое насилие, ученики, в основном младших классов, переживают страх, испытывают чувство незащищенности. Дети нерешительны, пассивны, избегают общения с учителем. У таких детей могут также развиваться различные фантазии, лживость, агрессивность. Учителя запрещают ученикам выражать свое недовольство и делиться с родителями, привлекают на свою сторону большую часть учащихся в классе и их родителей, чтобы натравить их на сопротивляющихся или бойкотировать их.

Некоторые школьники, особенно в старших классах, испытывают чувство ответственности за создавшуюся ситуацию, хотят изменить ее. При этом они могут так глубоко вовлекаться в конфликт, что испытывают чувство собственной вины за создавшуюся ситуацию, становятся напряженными и нервными. У многих из них недостаточно развиты коммуникативные навыки и самоконтроль. Стремление таких подростков к лидерству в сочетании с эмоциональной несбалансированностью приводит к конфликтным ситуациям с учителями и сверстниками в школе, возникают конфликты и дома. Отвергнутый подросток может стать «двоечником и хулиганом». Он начинает прогуливать уроки, открыто курить,

появляется в школе в нетрезвом виде.

Некоторые дети в силу ряда обстоятельств не успевают усваивать новые темы. Постепенно количество неудовлетворительных оценок увеличивается, ребенок получает обидные прозвища и оскорбления. Он разочаровывается в школе, в людях, в себе, а порой и в жизни. У школьников, находящихся в изоляции и разочаровавшихся в себе, в конце концов могут сформироваться заниженная самооценка и чувство «заслуженности» жестокого обращения с ними со стороны учителей. Возникает чувство неполноценности, одиночества, появляются мысли о самоубийстве.

Рекомендации родителям тревожного дошкольника

Закрепите за ним постоянное место за столом, кроватку. Используйте в занятиях с ребенком знакомые ему игрушки и материалы. Не заставляйте его заниматься непривычными видами деятельности, вначале дайте ему возможность просто посмотреть, как это делают сверстники. Не привлекайте ребенка к соревновательным играм и подобным видам деятельности. Не подгоняйте его, дайте возможность действовать в привычном для него темпе. Хвалите его за незначительные достижения. Если малыш ни на шаг не отходит от вас, поручите ему «важную роль» помощника.

Постарайтесь позитивнее относиться к жизни. Исполь-

зуйте внутренний диалог, состоящий только из позитивных утверждений. Когда у вас появляются негативные мысли, старайтесь тут же переключиться на что-то хорошее.

Ищите в людях не недостатки, а достоинства. Относитесь к себе с уважением. Составьте список своих достоинств и убедите себя в том, что вы действительно ими обладаете. Попробуйте избавиться от того, что вам не нравится в себе. Чаще смотрите на себя в зеркало с мыслью: стоит ли что-то изменить в себе? Начинать принимать самостоятельные решения. Помните, что не существует правильных и неправильных решений. Любое принятое вами решение вы всегда можете обосновать и оправдать.

Постарайтесь окружить себя тем, что оказывает на вас благоприятное влияние. Приобретайте любимые книги, музыкальные записи. Имейте и любите свои «слабости». Начинать рисковать. Принимайте на себя ответственность, вначале с небольшой степенью риска. Обретите любую веру: в человека, в судьбу, в обстоятельства и пр. Помните, что вера в более значительное, чем вы сами, помогает в решении трудных ситуаций. Если вы не можете повлиять на ход событий, «отойдите в сторону» и просто подождите.

Психотерапия. Я всегда спрашиваю у конфликтующих супругов, что их связывает. Обычно до брака – это секс, а в браке – быт и дети. Для многих имеют значение общественное мнение, отношение близких и друзей. Моя задача – вы-

явить все эти объединяющие факторы и выработать критическое отношение к ним: что укреплять, а что взять под сознательный контроль.

Понятие объединяющего фактора объясняет зависимые отношения как взаимную идентификацию с идеализированным объектом (чувственными удовольствиями, моральными ценностями, будущим ребенком). Объединяющими факторами могут быть общий враг, фетиш (тело, богатство), аддиктивность и искрящие страсти («О, как Ты красив, проклятый» – А. Ахматова).

Отец любит дочь за то, что она продолжает его жизнь: «Ты моя хорошая!» Родственники гордятся, что она несет в себе фамильные черты: «*Наша* кровь!» Гордятся «благородным» происхождением, заслугами предков. В острой форме это может быть влюбленность. В хронической, чаще связанной с тревогой разлуки и зависимым расстройством личности, это эротическая мономания без бреда, но с кризисами зависимых отношений и реакциями затяжного горя.

Нарцисс предлагает в качестве объединяющего фактора свой Я-идеал, с которым он идентифицируется: «Как прекрасно вместе любить меня!» Кризис развивается, когда нарцисс стыдится своего несоответствия собственным завышенным ожиданиям и надеждам идеализирующего партнера. Хорошая чистая девочка в идеале и грязная девка в постели, святая женщина на людях и деспотичная эгоистка в семье.

Зависимые личности испытывают навязчивое влечение к

партнеру как лекарству от тревоги разлуки. Объединяющими факторами служат два сценария. Один – для товарища по несчастью, другой – для аддикта избегания, напоминающего отвергающего родителя. В обоих случаях потребность в безусловной любви не удовлетворяется, что лишь усиливает влечение. Развивается кризис зависимых отношений. Затем цикл повторяется.

Пограничные личности страдают от отсутствия стабильных объединяющих факторов из-за мгновенных переходов от симбиоза к отчуждению. Психосоматики переносят борьбу за независимость в соматическую сферу – с организмом как с интимным партнером. Психосоматик боится его предательства и ищет спасителя – целителя, врача или психолога. «Будем вместе спасать меня от болезни».

В отличие от таких отношений зрелая любовь основана на идентификации с реально хорошим партнером (подражательная идентификация) и его идеалом (дополняющая идентификация). Такая любовь включает и детское приятие, и подростковую дружбу, и родительскую заботу. Такая гармония делает отношение к партнеру по-хорошему сверхценным. При этом он не является незаменимым, как родитель. И не нужен как Карфаген, который обязательно должен быть разрушен.

В психотерапии тревожного ребенка решающей фигурой является объект его привязанности. Родители ребенка, как правило, отличаются повышенной тревожностью,

озабоченностью социальным успехом и завышенными соответствующими ожиданиями, которые предъявляют ребенку. В воспитании преобладают тревожная гиперопека, ограничивающий контроль, критика.

Необходима коррекция стиля руководства ребенком, формирование его самостоятельности, самоутверждения. Этому способствуют занятия спортом, танцами, художественной самодеятельностью. Важно, чтобы ребенок и его родители осознали вторичные выгоды, извлекаемые им из робости, в том числе – возможность контролировать таким образом поведение родителей.

Обычно мне приходится вскрывать и разрешать семейные конфликты, скрывающиеся за фасадом внешнего благополучия. С помощью индивидуальной психодинамической терапии я исследую бессознательное значение симптомов, выявляю источники обиды, недовольства, гнева, заниженной самооценки. Постепенно ребенок приучается справляться с все более пугающими его ситуациями, вначале представляя их, а затем и действуя в условиях подкрепления успешного поведения.

Для ликвидации выученной беспомощности я использую ролевой тренинг уверенного, самоутверждающего поведения. С помощью когнитивных приемов корригирую неадаптивные установки, лежащие в основе заниженной самооценки. Эффективна также индивидуальная психодинамическая терапия, которая не должна быть ни слишком краткой, ни

слишком долгой. Особого внимания заслуживает фаза окончания терапии (из-за возможности усиления тревоги разлуки в связи с прекращением поддержки).

Все мы рождаемся милыми, чистыми и непосредственными; поэтому мы должны быть воспитаны, чтобы стать полноценными членами общества.

Джудит Мартин

Кризисы развития

Большинство из нас воспитывали так, чтобы мы были хорошими, а не настоящими, приспособляющимися, а не надежными, послушными, а не уверенными в себе.
Джеймс Холлис

Первое время после рождения человек нуждается в самоотверженной материнской любви с безусловным отношением: «Я рада, что ты живой». Наготове у него и врожденные психические защиты. Травма рождения, изгнание из утробного рая включает у младенца чувство грандиозности, всемогущества, отрицающее саму возможность смерти. Эту нарциссическую позицию могут зафиксировать последующие лишения.

До 5 месяцев ребенок ведет себя так, будто он и воспитатель неотделимы друг от друга. Остановка на этой стадии развития формирует симбиотически зависимую личность, не мыслящую себя вне пары. При дальнейшем развитии малыш сталкивается с тем, что «хочу» и «надо» часто могут не совпадать, и это вызывает его недовольство. Ребенок плачет и падает на пол, требуя что-то, он легко обижается, может кидать во взрослого игрушками и т. д.

Отнятие от груди возрождает ностальгию по «утраченному раю» и включает нарциссическую обиду и жажду мести.

В ответ страх наказания включает чувство вины. Фиксация ребенка на этом чувстве формирует негативную самооценку и приводит к депрессивной позиции. Некоторые люди так и останавливаются на ней.

В 6–10 месяцев ребенок начинает обожать мать, чтобы возместить ей вред, нанесенный его враждебными чувствами. У него появляется страх причинить ущерб тревожной матери, сочувствие заставляет его бессознательно разделять ее тревогу. Это ухудшает его состояние, что в свою очередь усиливает тревогу матери, замыкая порочный круг.

Годовалый ребенок учится выделять те свои качества, которые одобряют или осуждают воспитатели. Если у ребенка сохраняется убеждение, что нанесенный им вред непоправим и, значит, его вина непростительна, он может вырасти стеснительным, тревожно-мнительным. Разрешение этого **кризиса амбивалентности** требует способности интегрировать противоположные чувства. В случае неудачи формируется пограничная личность с разграничением всего на ненавистное и обожаемое.

Для нормального прохождения этого кризиса требуется позиция матери: *«Я люблю тебя и активного, и спокойного»*. Иначе формируется основа для двух субличностей: *«Я хороший»* и *«Я плохой»*. Вторая связана со страхом отвержения и неприязнью к себе. От названных двух персонификаций в это время отделяется более ранняя, хаотическая – *«Не Я»*. Она включает состояния ужаса, отвращения, ярости и т. п.

Когда взрослый человек регрессирует в такое состояние, говорят: «Вышел из себя». Такое чаще наблюдается у психопатов из-за слабости «Я».

Наиболее важной проблемой до 18 месяцев становится обретение доверия к себе и окружающим в противовес недоверию и настороженности к людям. Развивается **кризис доверия**. В 15–18 месяцев непоследовательные, бессвязные материнские сигналы приводят к развитию тревоги и формированию множественных «Я» ребенка. В таком случае отношение к другим и себе сумбурно и непоследовательно, в нем смешиваются безразличие, привязанность и жестокость. Отвержение депрессивной матери, например, переживается как потеря объекта и в анальной фазе может привести к компенсаторному поеданию кала.

В 16–24 месяца развивается **кризис отделения**: потребность в материнской заботе и одновременно нежелание принять ее. Разрешение кризиса происходит по мере совершенствования навыков ребенка и возникновения способности получать удовольствие от самостоятельного выполнения действий. Благоприятное прохождение этой фазы облегчает ребенку в последующем отделение от матери и формирование самости.

Если поведение воспитателей препятствует этому процессу, ребенку приходится расщепить образ себя на две части: одна часть, ложная, соглашается с внешними требованиями, а другая составляет тайный мир ребенка. Он живет как буд-

то «не совсем настоящий» и всю жизнь злоупотребляет объектами, которые приносят лишь временное облегчение: пищей, психоактивными веществами или другими людьми.

Проблемы в отношениях между матерью и двухлетним ребенком способствуют формированию патологических черт характера, возникновению расстройства половой идентификации или расстройств личности. Строгая властная мать лишает ребенка самостоятельности, независимости. Став взрослым, ее сын может стать подкаблучником или будет избегать близких отношений, чтобы не попасть вновь под власть женщины. Стеснительная, самолюбивая, раздражительная и обидчивая мать передает своему ребенку качества, которые мешают ему переносить обычные проблемы и разочарования в отношениях.

- Мам, а когда я выласту – я буду на тебя похоза?
- Будешь, доченька, будешь...
- Ну и зачем тада зыть?!

Кризис трех лет (стадия независимости) связан с регулированием враждебных и агрессивных чувств. Решается конфликт: инициатива против чувства вины за свои желания и потребности. Ребенок начинает проверять любовь окружающих к себе в условиях проявления своей независимости. Позиция родителей: *«Мы любим тебя таким, какой ты есть»* помогает ребенку сформировать механизмы самоутверждающего поведения и самостоятельного совладения с фрустрациями.

В это время ребенок проявляет следующие черты.

- При негативизме ребенок поступает наперекор определенному человеку и собственному желанию.
- Упрямство заключается в готовности настоять на своем решении только потому, что уже высказал его.
- Строптивость является скрытым бунтом против прежних правил. Ребенок отказывается ложиться спать в обычное время, ходить в садик и т. п.
- Своеволие проявляется в том, что ребенок стремится делать по-своему даже то, что еще не умеет: «Я сам!»
- Протест-бунт выражается в постоянных ссорах с родителями без явной на то причины.
- Обесценивание распространяется на любимые прежде игрушки, книги, которые он ломает и рвет, называет бранными словами. Он критикует взрослого, чьи слова раньше воспринимал безоговорочно.
- Деспотизм характеризуется стремлением доминировать, проявлять ревность, агрессию, впадать в истерики. Мотивация поведения – идентификация с агрессором.
- Фантазирование и вымысел, направленные на защиту от наказания («это приходил бабайка и съел все конфеты»), демонстративное проявление чувств, хвастовство.

Чтобы справиться с этими проявлениями, взрослый должен быть очень терпеливым и проявить хитрость и смекалку. Например, зная, что ребенок воспротивится сну, предложить ему делать все что угодно, только не ложиться и не за-

крывать глаза. Также не рекомендуется подкреплять истерику (давать то, ради чего она была вызвана), иначе она станет действенным способом добиться желаемого.

В 3–5 лет формируется половая идентификация. Ребенок различает пол окружающих, осознает свою половую принадлежность и ее необратимость, идентифицируется с родителем того же пола. Неразрешенные детские проблемы во взаимоотношениях с родителем другого пола впоследствии вызывают страх одиночества и расставания, избыточное ожидание ответных чувств любви от партнера, приводят к конфликтам в браке.

В 5–10 лет вырабатываются полоролевые (гендерные) установки, в играх происходит обучение полоролевому поведению, развиваются дружеские отношения. Часто отмечается соперничество между братьями и сестрами. Оно начинается в период до 6 месяцев после рождения младшего брата или сестры и заключается в антипатии к младенцу. В этой ситуации наблюдаются признаки возрастной регрессии, вспышки гнева, раздражительность, нарушения сна, оппозиционное поведение по отношению к одному или обоим родителям, попытки вернуть их внимание.

Отец дарит своей пятилетней дочери на Новый год костюм феи: платье со шляпкой и волшебной палочкой. Та наряжается в костюм, и папа ей говорит:

– Ну-ка, давай, соверши какое-нибудь волшебство.

Тогда она подходит к лежащему в кровати

шестимесячному братику, дотрагивается до него волшебной палочкой и произносит:

– Исчезни!

Стремление ребенка к свободе и его негативная реакция на родительский авторитет приводит к развитию **кризиса 7 лет**. Решается конфликт: прилежание и компетентность против чувства неполноценности. Помогаящая позиция матери: *«Я люблю тебя, и когда мы разные»*. От взаимодействия ребенка с родителями, учителями и сверстниками зависит, будет ли он доволен собой и уверен в себе. Удачное прохождение кризиса способствует формированию эффективного полоролевого поведения, сексуальной привлекательности.

Ребенок приобретает новый социальный статус – статус ученика. Он утрачивает детскую непосредственность и наивность. У него могут появиться некоторая странность и непонятность поступков, манерность и вычурность поведения, кривляние, агрессивность и аффективные вспышки. Если ребенок разочаровывается в своих возможностях и навыках, проявляющихся в школе и во дворе, у него возникают чувства собственной неполноценности и унижения. Нарушения на данной стадии приводят к повышенной тревожности, размытости образа «Я» и неустойчивости самооценки.

Реакция оппозиции возникает в ситуации лишения привычной любви и заботы со стороны матери и других близких или непомерных требований с их стороны. Подобное поведение близких особенно травмирует ребенка в ситуации

школьного насилия. Социальная дезадаптация, продолжающаяся больше года, приводит к прогулам школы, уходам из дома и демонстративному суицидному поведению. Для профилактики подобных нарушений у тревожного ребенка желательно получить советы детского врача и психолога о том, какую программу в школе сможет освоить ребенок, и заручиться поддержкой школьного психолога.

Опросник родительского отношения

Обведите кружком номер утверждения, с которым вы согласны.

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.
3. Мне кажется, что поведение моего ребенка заметно отклоняется от нормы.
4. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
5. Я испытываю к ребенку чувство симпатии.
6. Я уважаю своего ребенка.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто мне неприятен.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда жестокость по отношению к ре-

бенку приносит ему пользу.

11. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.

12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.

13. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.

14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.

15. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.

16. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.

17. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.

18. При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.

19. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.

20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.

21. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.

22. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.

23. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.

24. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.

25. Я жалею своего ребенка.

26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне более воспитанными и разумными, чем мой ребенок.

27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.

28. Я часто жалею о том, что мой ребенок вырастет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.

29. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.

30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.

31. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспосабливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.

32. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.

33. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.

34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.

35. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.

36. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.

37. Я всегда считаюсь с ребенком.

38. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ре-

бенку.

39. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.

40. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.

41. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.

42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.

43. Я разделяю увлечения моего ребенка.

44. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.

45. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.

46. Мой ребенок часто меня раздражает.

47. Воспитание ребенка – это одна сплошная нервотрепка.

48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.

49. Я не доверяю своему ребенку.

50. За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.

51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.

52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.

53. Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.

54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается

не так, как нужно.

55. Мой ребенок вырастет неприспособленным к жизни.

56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.

57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.

58. Я восхищаюсь своим ребенком.

59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.

60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю это от него.

61. Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Ключ:

Принятие-отвержение: 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

Кооперация: 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 4, 7, 28, 32, 41, 58.

Авторитарная гиперсоциализация: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

«Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 54, 61.

Обработка результатов

За ответы, совпадающие с ключом, начисляется по 1 баллу. Суммируйте баллы по каждой шкале.

Интерпретация результатов

Принятие-отвержение

24–33 балла. Взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает его планы, проводит с ним немало времени и не жалеет об этом.

0–8 баллов. Взрослый испытывает по отношению к ребенку в основном отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, иногда даже ненависть. Такой взрослый считает ребенка неудачником, не верит в его будущее, низко оценивает его способности и нередко своим отношением подавляет ребенка.

Кооперация

7–8 баллов. Взрослый проявляет искренний интерес к тому, что интересуется ребенок. Он высоко оценивает способности ребенка, поощряет его самостоятельность и инициативу, старается быть с ним на равных.

1–2 балла. Взрослый по отношению к ребенку ведет себя противоположным образом и не может быть хорошим воспитателем.

Симбиоз

6–7 баллов. Взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные

потребности, оградить от неприятностей.

1–2 балла. Взрослый устанавливает чрезмерную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало заботится о нем. Вряд ли такой взрослый может быть хорошим воспитателем для ребенка.

Авторитарная гиперсоциализация

6–7 баллов. Взрослый ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Он навязывает ребенку почти во всем свою волю. Такой взрослый человек далеко не всегда может быть полезным как воспитатель для детей.

1–2 балла. Контроль за действиями ребенка со стороны взрослого человека практически отсутствует. Это может быть не очень хорошо для обучения и воспитания детей. Наилучшим показателем по этой шкале является 3–5 баллов.

«Маленький неудачник»

7–8 баллов. Взрослый считает ребенка маленьким неудачником и относится к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся взрослому человеку несерьезными, и он игнорирует их. Вряд ли такой взрослый может стать хорошим воспитателем для ребенка.

1–2 балла. Взрослый считает неудачи ребенка случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, является неплохим воспитателем.

При проведении семейной терапии я вначале выслушиваю родителей отдельно от детей. Помогаю родителям осознать связь поведения ребенка с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей. В то же время указываю на положительные моменты в семейных отношениях и в личности ребенка как на терапевтическую перспективу.

Затем мы вырабатываем общую точку зрения на причины расстройства, способы его лечения, а также на воспитание ребенка. При этом я подчеркиваю роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с терапевтом. Пытаюсь реабилитировать ребенка в глазах родителей, уменьшить излишнюю строгость и принципиальность в отношении к нему, предоставить ему больше самостоятельности и возможностей для эмоциональной разрядки, игр, движений. Обращаю внимание на необходимость единства и последовательности в родительских решениях и устранения препятствий для эмоционального контакта ребенка с кем-либо из членов семьи.

Совместная психотерапия больного и родителей осуществляется на последующих встречах, когда обсуждается динамика лечебных изменений и отношений в семье. Открыто рассматриваются семейные конфликты. Родители

и дети прямо высказывают свои мнения. Я не тороплю и не осуждаю ребенка, отмечаю его положительные качества, одобряю его детскую непосредственность и активность, желание наладить отношения с родителями. Подчеркиваю роль родителей в процессе терапии.

Каждую встречу по возможности я завершаю совместной ролевой игрой-импровизацией, в которой участвую и сам. Тему для игры предлагает поочередно каждый, в том числе и я. Используется обмен ролями, что дает родителям и детям возможность лучше понять друг друга, овладеть навыками руководства и подчинения. При этом у меня возникает возможность показать родителям образец конструктивного решения конфликта.

Привела сына в садик. В раздевалке подходит ко мне девочка и говорит:

– А Костя мой жених, и у нас скоро свадьба.

Я начинаю потихоньку отходить от новости, что скоро стану свекровью, и тут новый удар:

– А жить мы будем у вас.

Ну, такого подвоха я вообще не ожидала. И решила я своей «невестке» подыграть. Спрашиваю:

– А мама твоя не против?

И тут шестилетняя девочка мне выдала:

– Нет. Вы знаете, как тяжело сейчас найти мужчину с квартирой и с престарелыми родителями.

Отвяжитесь!

Решиться обзавестись ребенком – дело нештучное. Это значит решиться на то, чтобы твое сердце отныне и навсегда разгуливало вне твоего тела.

Элизабет Стоун

Жизнь с пуповиной на шее

Таисия Евгеньевна привезла ко мне своего 15-летнего сына, которому через год надо поступать в вуз, а у него много проблем. Таисия Евгеньевна дает мне самодельную историю болезни.

Она родила сына в 35 лет, после защиты диссертации. Муж старше нее на 17 лет. Его мать болела шизофренией, брат многие годы провел на принудительном лечении в психбольнице. Его сестра совершила суицид, ее дочь тоже. Сын мужа от предыдущего брака 5 лет жил у отца. В квартире – наркоманы, варка зелья с ацетоном и уксусной кислотой. Женя все это переживал очень тяжело.

Женя боялся ходить в школу, точнее, отпустить мать. Во втором классе боялся, что что-то случится. В 11 лет мать оставила его у родителей и уехала, он там три дня молча сидел задумчивый, а потом спросил у деда: «Скажи честно, где

моя мама?» После этого он начал хуже учиться. Раньше он много читал, играл в шахматы и занимался музыкой. Все эти увлечения он забросил, «потонул» в компьютерных играх и начал общаться с фашиствующей молодежью.

Когда Женя ложится спать, ему нужно, чтобы мама его «приспала». Когда ситуация стрессовая, он все время заглядывает ей в глаза: он ничего плохо не сделал? Она не сердится? От громких звуков и криков у него начинает болеть голова. Агрессивные проявления настроения взрослых вызывают у него внутреннюю дрожь, он мерзнет, у него дрожат колени, болит желудок, сердце.

Таисия Евгеньевна развелась с мужем и осталась жить с ним в его квартире. У сына была фамилия отца, которую он возненавидел. После развода она вернула себе фамилию своего отца, которую носит теперь и сын. Он и назван в честь деда. В глубине души Таисия Евгеньевна неприязненно относится к сыну. Она хотела бы пристроить сына к своему другу. Или ко мне.

Женю раздражают учителя и мать. Ему стало невыносимо жить под одной крышей с отцом. Он поздно приезжал с подготовительных курсов, не высыпался, запустил учебу в своем физико-математическом лицее. В его классе половина отлично успевала и на курсах, и в текущей учебе, а он неуспевающий. Были и середняки. Он завидовал в глубине души отличникам, а середняков не замечал.

Женя оставил курсы, решил поступать не в МГУ, а в радиотехнический, где маленький конкурс. После каникул перейдет на менее престижное, но более легкое отделение в лицее. Он боится не быть на высоте, как требует мать. Она пообещала ему премию за успех. Он и сам не умеет договариваться с собой иначе чем кнутом или пряником. Похоже на игру «Назло маме отморожу уши», раз она так заставляет учиться.

Женя ест вне дома, потому что дома тяжелая атмосфера. Он занимается кикбоксингом, а до этого ходил с ножом. Наверное, у него что-то изменилось после сотрясения мозга, когда его стукнули бутылкой по голове, и на следующий день у него кружилась голова и тошнило. Ему навязчиво снились сны, где за ним ходил кто-то и всаживал ему нож в спину, он падал с дикой болью и просыпался. Или он подходил к своему зомбированному двойнику, боясь его протянутой руки. Наверное, в этом убийце прячется его мать.

Отец бил его за непослушание, сгоряча. А мать утром оставляла на столе список домашних дел на сегодня, в котором, как правило, была строчка: «Выпороть Женю за...» Приходила с работы и била, читая мораль. В 15 лет он схватил ее за руку, вырвал ремень и сказал: «Больше не дам». И так на нее посмотрел, что она испугалась – за его рассудок.

Ему нравятся импрессионизм и сюрреализм, он в четыре года увидел «Жирафа в огне», и теперь у него есть альбомы Дали. Он показывает на мобильнике мне свой рисунок лица,

где вместо носа – изящный женский силуэт, один глаз – как живой, а другой, как у скульптуры, – мертвый.

Таисия Евгеньевна позвонила утром в панике : сына выгоняют из школы, у него под глазом фингал – сигнал его социальной опасности. Женя зол на социального педагога – учительницу химии, которая придралась к нему из-за синяка под глазом. Он получил его в драке с бывшим другом. Тот раньше давал Жене в долг, и Женя всегда возвращал свои долги. Потом Женя с трудом собрал для него пять тысяч рублей, но друг уже год не отдает. Женя решил поставить его на счетчик, но друг заявил, что заложит участников коллективной драки, в которой зарезали их приятеля. Женя припугнул его мстью тех, кто останется на свободе, тот в свою очередь заявил, что его друзья круче.

Женя признается, что выясняет отношения, провоцируя драки, так как хочется убивать. Летом он начнет работать, чтобы не скучать. Я говорю о возможности самому оплачивать мою работу. Но мать предупредила его, что если он начнет зарабатывать, то будет обслуживать себя сам.

Таисия Евгеньевна приехала обсудить , как повлиять на поведение сына, ему грозит исключение из школы, и к тому же он попал в секту. Ее не удивишь исключением из школы, он поменял уже четыре школы. Он наверняка обманул меня, что улучшил посещаемость и успеваемость. Хотя

про его успеваемость и посещаемость она не знает, так как не следит за этим, подключается, только когда надо его спасать. Она дружит с его классной руководительницей, наверное, он догадывается об этом. Разве она говорила, что неприязненно относится к сыну? Ей такое не могло присниться даже в самом кошмарном сне. Ей некогда приходить вместе с ним. Она работает на трех работах, ей надо дотянуть сына до вуза.

Комментарий. У Жени плохая психиатрическая наследственность, детство прошло в конфликтной семье. В 11 лет мать «сдала» его бабушке, и у него на фоне тревоги разлуки развилось социальное тревожное расстройство детского возраста. Причина его невроза – конфликт между понуждением к работе и стремлением к чувственным удовольствиям. Жене не нужны престиж и высокий заработок, это не его потребности, а родителей. Он лишь соперничал с отцом и боялся, как ему внушали, что не сможет сам справиться с трудностями. Мать внушала это из-за тревоги, а отец – ради самоутверждения.

Подростковый криз протекал с игровой компьютерной зависимостью и реакцией социальной оппозиции. Не найдя объединяющего фактора ни дома, ни в школе, Женя стал искать его в виртуальном пространстве и в группе маленьких разбойников. Скорее всего, Таисии Евгеньевне все же удастся дотянуть Женю до вуза. Какую следующую задачу она поставит перед ним? И кого наймет толкачом?

Тревога разлуки (сепарационное тревожное расстройство) у детей часто связана со стилем воспитания, который препятствует развитию самостоятельности и самоорганизации. Например, родители не позволяют ребенку самостоятельно одеваться и купаться. Такие дети боятся остаться одни или идти куда-то без сопровождения. Они проявляют «цепляющее» поведение, находясь рядом с родителями или не отходя от них вне дома или требуя, чтобы кто-то был с ними при переходе в другую комнату в доме. В разлуке они опасаются, что с родителями что-то случится. Детям нужно знать местонахождение родителей и оставаться с ними в контакте. Они неохотно покидают дом или вовсе отказываются выходить на улицу. Дети боятся заблудиться, быть похищенными или попасть в другие обстоятельства, которые не позволят им воссоединиться с родителями.

У таких детей наблюдается стойкое нежелание или отказ спать вдали от дома или не находясь рядом с основным объектом привязанности. Дети с этим расстройством часто испытывают трудности перед сном и могут настаивать на том, чтобы кто-то оставался с ними до тех пор, пока они не заснут. Ночью они могут пробираться к кровати своих потенциальных защитников. Дети могут сопротивляться или отказываться посещать лагерь, спать в домах друзей или выполнять поручения, требующие разлуки. Взрослым с тревогой разлуки может быть некомфортно путешествовать в одиноч-

ку (например, спать в гостиничном номере).

Могут повторяться ночные кошмары, содержание которых отражает беспокойство за покинутый объект привязанности (например, гибель семьи из-за пожара, убийства или другой катастрофы). Физические симптомы (например, жалобы на головные боли, боли в животе, тошнота, рвота) часто встречаются у детей, когда происходит отделение или ожидание разлуки с основными объектами привязанности. Сердечно-сосудистые симптомы, такие как учащенное сердцебиение, головокружение и слабость, редко встречаются у детей младшего возраста, но могут возникать у подростков и взрослых.

В случае разлуки с основными объектами привязанности дети с тревогой разлуки могут проявлять социальную изоляцию, апатию, грусть или трудность концентрации на занятиях или в игре. В зависимости от возраста у людей могут быть страхи животных, монстров, темноты, грабителей, разбойников, похитителей, дорожно-транспортных происшествий, путешествий на самолете и других ситуаций, которые воспринимаются как представляющие опасность для семьи или для самих себя.

Некоторые люди чувствуют непереносимую тоску и дискомфорт, когда они находятся вдали от дома. Тревога разделения у детей может привести к отказу посещать школу, что, в свою очередь, может привести к академическим трудностям и социальной изоляции. Когда дети крайне расстроены

ны перспективой разлучения, они могут проявлять гнев или иногда агрессию по отношению к тому, кто принуждает их к разлуке.

Находясь в одиночестве, особенно вечером или в темноте, маленькие дети могут сообщать о необычных обманах восприятия (например, видения людей, заглядывающих в их комнату, пугающих существ, тянущихся к ним, невидимое око, следящее за ними). Дети с этим расстройством выглядят требовательными, навязчивыми и нуждающимися в постоянном внимании. Повзрослев, они могут стать слишком привязчивыми и зависимыми. Чрезмерные требования человека часто становятся источником семейных конфликтов. Тревога разлуки связана с повышенным риском самоубийства.

Девочкам с тревогой разлуки чаще не хочется посещать школу, чем мальчикам. У мужчин более, чем у женщин, может быть распространено не прямое выражение страха разлуки (например, в форме ограниченной самостоятельной деятельности, нежелания находиться вдали от дома в одиночку) или дискомфорта, когда супруг или дети делают что-то врозь, или когда невозможен контакт с супругом или ребенком.

Периоды повышенной тревоги разделения с объектами привязанности являются частью нормального раннего развития и могут указывать на развитие отношений надежной привязанности (например, около одного года, когда младен-

цы могут испытывать страх перед чужими людьми).

Тревога разделения может начаться уже в дошкольном возрасте и может возникать в любое время в детстве и реже в подростковом возрасте. Как правило, бывают периоды обострения и ремиссии. В некоторых случаях опасения возможного разделения и избегание ситуаций, связанных с отделением от дома или родительской семьи (например, отъезд на учебу), могут сохраняться в молодости.

Проявления расстройства изменяются с возрастом. Младшие дети проявляют беспокойство только при переживании разъединения, они неохотно идут в детский сад или школу. С возрастом дети начинают беспокоиться о конкретных опасностях (например, несчастных случаях, похищениях людей, грабежах, смерти) или испытывают смутные опасения, что не воссоединятся с объектами привязанности. У подростков тревога, касающаяся школы, или отказ от ее посещения обычно связаны не только со страхом разлучения, но и с такими факторами, как конфликт с учителями и прогулы, отвержение сверстниками и школьная травля.

У взрослых тревога разлуки может ограничивать их способность справляться с изменениями обстоятельств (например, переезд, брак). Они, как правило, проявляют чрезмерную озабоченность в отношении своего потомства и супругов и испытывают выраженный дискомфорт, когда от них отделяются. Они могут также испытывать значительные нарушения в работе или социальных ситуациях из-за необходи-

мости постоянно проверять местонахождение близкого человека. Для них характерно сочетание с аффективными и тревожными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами личности.

Тревога разлуки часто развивается после жизненного стресса, особенно потери (например, смерть родственника или любимого домашнего животного, болезнь индивидуума или родственника, смена школы, родительский развод, переезд в новый район, иммиграция, катастрофа с временным отделением от родных и близких). У молодых людей стрессы включают уход из родительского дома, вступление в романтические отношения и становление родителем. Тревога разлуки может быть связана гиперопекой, тревожной защитой и назойливым вмешательством родителей, что вызывает желание изолироваться от родителей и одновременно страх покинутости.

Социальное тревожное расстройство детского возраста преобладает у девочек; их родители обычно также отличаются повышенной тревожностью. В незнакомой обстановке дети краснеют, говорят шепотом или молчат, пытаются прятаться. Дома они навязчивы и требовательны по отношению к опекающим лицам. Расстройство в первую очередь проявляется в сфере активного отдыха и спорта, особенно в подростковом возрасте, когда возрастают требования к навыкам общения.

Наблюдаются:

- 1) стойкая боязливость и избегающее поведение в социальных ситуациях, в которых ребенок встречается с незнакомыми людьми, в том числе со сверстниками;
- 2) смущение, замешательство или преувеличенные опасения относительно приемлемости своего поведения в глазах посторонних;
- 3) отчетливые нарушения и снижение социальных контактов, в том числе со сверстниками; в новых или вынужденных социальных ситуациях отчетливый дискомфорт, слезы, молчание или уход из этих ситуаций.

Инфантильность бывает результатом неправильного воспитания или неблагоприятных условий развития ребенка в период с 8 до 12 лет. Именно в этом возрасте ребенку надо начинать передоверять ответственность за свои поступки. Родается инфантильность – из уроков, которые родители делают за ребенка. Из шнурков, которые быстрее завязать самой, чем дожидаться, пока их завяжет ребенок. Из невымытой посуды, которую проще вымыть самой, чем перемывать за ребенком. Из желания уберечь ребенка от риска и ошибок, чтобы не беспокоиться лишний раз и не расхлебывать последствия. Из незнания возможностей ребенка и недоверия к нему.

Корни инфантильности – в неуверенности ребенка в себе: «А вдруг не смогу?»; в привычном стремлении следовать решениям и советам авторитетов, чтобы самому не отвечать за

последствия; в нежелании обидеть тех, кто предлагает свою заботу.

В 13–15 лет формируются жизненные цели и личная система ценностей. Определяется группа единомышленников, возникает групповая идентичность со сверстниками. Устанавливается взаимосвязь между моралью, усвоенной ребенком, и групповыми нормами. Адекватная позиция родителей: *«Наша любовь всегда с тобой; мы верим, что ты попросишь нас о поддержке»*.

В это время происходит *кризис идентификации*. Он включает преемственность с индивидуальным прошлым, чувство постоянства, а также целостное ощущение «Я», включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией. Наблюдается озабоченность своей внешностью, почитание кумиров, охваченность идеологией. Подросток старается укрепить и сделать более явной свою эгоидентичность в отношениях с родителями, сверстниками и лицами противоположного пола.

На пути к достижению идентичности подросток проходит ряд этапов:

- 1) регрессию к инфантильному уровню со стремлением отсрочить обретение взрослого статуса;
- 2) смутное, но устойчивое состояние тревоги, связанное с социальной незрелостью;
- 3) чувство изоляции и опустошенности из-за страха утра-

тить собственную идентичность в интимно-личностных отношениях;

4) ожидание чуда, которое может внезапно изменить жизнь;

5) страх перед общением, особенно с противоположным полом;

6) враждебность и презрение к существующим общественным ролям;

7) презрение к отечественному и переоценка всего иностранного;

8) стремление стать «ничем» в качестве единственного способа самоутверждения.

При неудачном прохождении данного кризиса возможна диффузия идентичности: продление детства с отказом от поиска собственной идентичности. Диффузия идентичности приводит к ролевому смешению, чувствам сомнения, неуверенности, незащитности, бесцельности и бесполезности. На этом фоне возникают эпизоды отстраненности от себя самого и от реальности (деперсонализация-дереализация), склонность к психогенным депрессиям и суицидальное поведение.

Расстройство сепарационной тревоги по МКБ-11

Выраженный и чрезмерный страх или тревога, связанные

с разлучением (сепарацией) с теми лицами, к которым человек привязан (то есть имеет с ними глубокие эмоциональные связи). Для детей и подростков, как правило, объектами привязанности, которые обычно оказываются в фокусе сепарационной тревоги, являются родители, другие члены семьи, воспитатели, в то время как у взрослых такими фигурами являются романтические партнеры или дети. Проявления страха или тревоги в связи с разлучением зависят от уровня развития индивидуума, но могут включать в себя:

- стойкие мысли о том, что несчастье или какое-либо негативное событие (например, похищение) приведет к разлучению;
- нежелание или отказ идти в школу или на работу;
- периодические чрезмерные тягостные переживания (например, истерики, социальная самоизоляция) в связи с разлучением с объектом привязанности;
- нежелание или отказ идти спать, если рядом нет объекта привязанности;
- периодические кошмарные сновидения о разлучении;
- соматические симптомы, такие как тошнота, рвота, боль в животе, головная боль, в ситуациях, связанных с разлучением с объектом привязанности, например, при необходимости покинуть дом, чтобы пойти в школу или на работу;
- симптомы сохраняются в течение нескольких месяцев;
- симптомы не являются более соответствующими другому психическому и поведенческому расстройству;

- симптомы достаточно выражены, чтобы вызвать значительный дистресс (разрушительный стресс) из-за постоянного наличия симптомов тревоги или привести к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

Схожие расстройства. При *посттравматическом стрессовом расстройстве* имеется указание на перенесенное воздействие травматического события, которое может включать потерю ключевого объекта привязанности. Однако в этом случае опасения связаны с навязчивыми повторными переживаниями травматического события, хранящегося в памяти, и избеганием ассоциируемых раздражителей, а не с предчувствием будущей утраты или с угрозой причинения вреда ключевому объекту привязанности. Тем не менее, после перенесенного травматического события сепарационное тревожное расстройство может быть даже более вероятным, чем посттравматическое стрессовое расстройство.

Лица, страдающие тревогой разлуки, часто ограничивают самостоятельную деятельность вне дома или без объекта привязанности (например, дети отказываются идти в школу, ехать в лагерь, испытывают трудности со сном в одиночку, юноши и девушки не поступают в вуз, взрослые не покидают родительский дом, не путешествуют, не работают вне дома). При *агорафобии* пациенты тоже боятся выходить из дома в

одинокую, но их опасения сфокусированы не на разлучении с ключевым объектом привязанности, а на том, что в случае паники помощь не будет доступна или возникнут ограничивающие или ставящие в неудобное положение симптомы.

Угроза разлуки может привести к крайней тревоге и даже панической атаке. При тревоге разделения, в отличие от *панического расстройства*, беспокойство связано с возможностью оказаться вдали от объектов привязанности и неприятностей, которые могут случиться с ними. Паническое расстройство характеризуется повторяющимися, неожиданными, самостоятельно прекращающимися паническими атаками, которые возникают во многих ситуациях, в то время как состояния паники при тревоге разлуки ограничены ситуациями, когда человек разлучен с ключевым объектом привязанности или предвидит разлуку.

Пациенты с *оппозиционным вызывающим расстройством* могут демонстрировать поведение, подобное тому, которое наблюдается при сепарационном тревожном расстройстве, в частности, гнев, раздражительность, эмоциональные вспышки и/или вызывающее и своенравное поведение (например, отказ выйти из дома или пойти в школу). Тем не менее, при сепарационном тревожном расстройстве это происходит исключительно в результате ожидаемой или фактической разлуки с ключевым объектом привязанности.

Зависимое расстройство личности характеризуется неизбирательной тенденцией полагаться на других, в то вре-

мя как тревога разлуки связана с обеспокоенностью относительно близости и безопасности основных объектов привязанности.

Пограничное расстройство личности характеризуется страхом лишиться любви близких, но в этом расстройстве центральными также являются проблемы с идентичностью, самостоятельностью, межличностным функционированием и импульсивностью, в то время как они не являются центральными для тревоги разлуки.

Рекомендации родителям

Необходимо воспитывать ребенка в духе самостоятельности, самоутверждения. Этому способствуют занятия спортом, танцами, художественной самодеятельностью. Важно осознать выгоды, извлекаемые ребенком из его робости, в том числе возможность контролировать таким образом поведение родителей.

Личность и способности ребенка развиваются только в той деятельности, которой он занимается по собственному желанию и с интересом. Повышенная воспитательная активность родителей угнетает развитие личности ребенка. Позвольте ребенку встретиться с отрицательными последствиями своих действий (или своего бездействия). Только тогда он будет взрослеть единственно возможным путем – на собственном опыте.

За фасадом внешнего благополучия могут скрываться семейные конфликты, которые можно вскрыть и разрешить с помощью психолога. В процессе индивидуальной психодинамической терапии исследуется бессознательное значение симптомов, выявляются источники обиды, недовольства, гнева, заниженной самооценки. Особого внимания заслуживает подготовка фазы окончания терапии (из-за возможности усиления тревоги в связи с прекращением поддержки).

Вырастая, мы чаще всего становимся теми самыми мужчинами, от которых мать велела держаться подальше.

Брендан Франсис

Затюканный принц

Власть одним ударяет в голову, другим ударяет по голове.

Юзеф Кузьмерек

Бунт на корабле

Екатерина привела своего 11-летнего сына. Арсен последний месяц на домашнем обучении. В четвертом классе он так учился весь год. Если бы директор школы не был близким другом семьи, сына давно исключили бы за плохое поведение. Три года назад они ходили всей семьей к школьному психологу, которая давала им тесты, играла с Арсеном в игры и сказала, что мальчик нормальный. Психоневролог тоже ничего не нашел.

Екатерина просит посмотреть мальчика, так как он, на ее взгляд, все же не в порядке, раз плохо себя ведет и иногда уходит в себя – бывает в прострации. До года Арсен был очень тихим, но когда начал ходить, его было невозможно остановить, он совершенно не слушал мать. Говорил только тогда, когда ему самому было что-то надо. В три года Арсена избили в драке, он лежал в больнице, дрался с соседями по палате, по его настоянию мать забрала его домой.

Муж имеет маленькую фирму, которая сейчас не дает до-

хода. Он недавно попал в ДТП, а через пять дней – Арсен. Как будто сглазили этого мальчика и всю семью, они уже и в церковь ходили, но ничего не помогает. Муж увлекается спортом, отдавал Арсена в секцию тхэквондо, в бассейн, но Арсен ходит не больше недели, просит записать его на футбол, однако отец отказывает, объясняя это тем, что сын не умеет в него играть. Отец не занимается с сыном, предлагает Арсену оставить учебу, а когда тот подрастет, он даст ему заведовать магазином. Когда Арсен подерется, отец бьет его и потом может полтора часа объяснять ему, почему так нельзя. Когда у Арсена что-то не получается, отец обзывает его тупицей и дает подзатыльник – выбивает дурь из головы.

Арсен любит бабушку по отцу, которая во всем потакает ему, и ненавидит младшего брата. Мать и Арсен любят шиншиллу. Мать мечтала стать кинологом, училась биологии, но стала ландшафтным дизайнером. Впрочем, по этой специальности она тоже не работала, занималась детьми. Мать отдала Арсена в школу с английским уклоном – в районной школе низкий уровень обучения, дети дерутся, подростки занимаются сексом. В 3-м классе Арсен стал драться, не подчиняться учителям. Они ругают мать, настаивают на его переводе в районную школу. Тренеры в спортивных секциях также требуют забрать его за неподчинение и драки.

Арсен считает, что мать хочет его смерти. Они недавно переехали жить ближе к его школе. Мать выразила радость по этому поводу, когда они переходили через дорогу, и тут

Арсен попал под машину. Теперь, когда они сходят в этом месте с тротуара на дорогу, ведущую к школе, сын вспоминает ее слова, и мать снова переживает то же состояние. Если бы она хотела его смерти, у нее не было бы тогда сердечного приступа. У нее уже не хватает сил так жить. У Арсена какая-то патология с детства, никто не может ее обнаружить и вылечить. Иногда он бывает хорошим и добрым, но в основном – невыносим.

Арсен на мои вопросы не может ответить, у него начинает кривиться рот, он смотрит на мать, разводит руками. Екатерина согласна с тем, что у нее тревожно-мнительный характер, она не обращает внимания на чувства сына, заикливается на его непослушании. Ей важнее всего, чтобы она и семья выглядели успешными и моральными. «Все» (ее мать) от нее этого ждут. Так, как Арсен, не ведет себя никто (хорошие девочки), это ненормально.

Я говорю Екатерине, что она называет Арсена плохим, а потатчик в лице бабушки оправдывает его. Екатерина могла бы ограничиться тем, что поведение сына ей не нравится, а психолог постарался бы понять его поведение и помочь изменить его. На мое предложение заняться ее состоянием индивидуально, чтобы пересмотреть ее позицию в семье и отношение к сыну, Екатерина отвечает, что ей не до себя, семья этого не поймет.

К концу беседы Арсен выглядит более оживленным и доверчиво смотрит мне в глаза. При прощании он ласково об-

щается со щенком Чарликом, тот приветливо машет хвостом. Арсен долго и тщательно завязывает шнурки на кроссовках, сопит, вздыхает, явно не хочет уходить. Мать спрашивает, когда им прийти в следующий раз. Я предлагаю подумать о составе участников и позвонить. Звонка я не дождался.

Через несколько лет Арсен с матерью приехали снова. Арсен оканчивает Институт международных финансовых отношений, учеба дается с трудом, так как специальность ему не нравится. Зато она более денежная, чем та, которая нравится ему. Он бы был туроператором, путешествовал, еще ему нравится играть в футбол и работать с компьютером. А вообще он неудачник.

Екатерина заявила, что Арсен сам выбрал этот институт. Правда, он говорил о медицинском, но она заметила ему тогда, что у него плохо с химией. У него было плохо со всеми точными науками, однако мама об этом не подумала, отправляя сына в финансовый институт.

Я спрашиваю Екатерину, а что интересно ей, чем занимается она. Она ответила, что семьей: у нее много родственников, которым она помогает. А собственной семьей? Она сопровождает мужа в представительской роли, готовит, убирает. Правда, домашним хозяйством могла бы заниматься и приходящая женщина.

С опозданием прибывает отец Арсена, Гурам. Он опоздал

потому, что был на приеме у замминистра. Наверное, до него речь шла о том, как сделать нормального человека из такого слабого, жалкого, ленивого сына. Пора уже заставить его работать. Гурам упрекает жену: она потакает детям во всем, балует, он допоздна учит ее правильно воспитывать детей, но у женщин нет мозгов.

Екатерина рассказывает, что до Арсена родился недоношенный мертвый мальчик. Арсен родился семимесячным, все это время она находилась на сохранении, лежала «вверх ногами». Она принимала лекарство, которое потом сняли с производства, возможно, оно сделало Арсена больным. Они очень берегли сына от инфекций и всяких неприятностей. Через полтора года родился второй сын, которого Арсен опекал до шестого класса. В четвертом классе Арсен влюбился в девочку, ее мальчик и другие одноклассники стали издеваться над ним. Он тогда чуть не выбросился в школе с четвертого этажа.

Гурам подхватывает: как истеричка! Миша перерос Арсена, он занимается спортом, увереннее в себе и взял шефство над этим слабаком. Гурам интересуется, смогу ли я вылечить Арсена? Я отвечаю, что не могу лечить здорового человека, но готов помочь семье перестроить свою жизнь. Он берется организовать эту работу как глава семьи?

– Да, я глава семьи, но не в семье – из-за нагрузки.

Гурам считает, что Арсена надо если не лечить, то учить. Он сам дает ему советы, например, как надо охмурять жен-

щин. Он вначале испытал много поражений, но потом стал мачо, только поэтому его и полюбила Екатерина. Она не спорит с этим, но видит в нем и нежного, по-отечески заботливого мужчину. Гурам воспринимает Екатерину скорее как дочь.

Чтобы Арсен не боялся женщин, Гурам нанял ему проститутку, но сын уговорил ее соврать, а сам ничего не сделал. А ведь настоящий мужчина должен понимать, что каждая женщина в глубине души обыкновенная проститутка. Я прошу Екатерину высказаться, она ограничивается замечанием, что муж, как всегда, говорит о своих правилах, а не о проблемах Арсена, ради которых они приехали.

Екатерина просит мужа прийти еще раз втроем. Он отвечает, что не знает, найдет ли время для этого. А если у сына какие-то недостатки, пусть сам их и исправляет. Гурам заявляет, что спешит по делам и уходит. Арсен говорит, что сможет себя прокормить только через 2–3 года, а пока что надо терпеть.

Гурам сидит с дремлющим видом, как потом объяснил – чтобы не мешать. На предложение отца что-нибудь сказать Арсен пожимает плечами и говорит, что его все равно не слушают, так что нет смысла и пытаться что-нибудь изменить. Екатерина говорит, что вчера вечером Арсен предложил прекратить терапию. Арсен признается, что обычно находится в роли саботажника. Он не собирается что-то де-

лать для самого себя. Если только для родителей, когда они хотят понять его. Он не видит сейчас такого дела. Екатерина хотела бы, чтобы он получил права – и ему бы пригодилось, и Мишу разгрузил бы, и семье лучше иметь двух водителей. (Что мешает самой получить права?)

Арсен: Пусть Миша и возит. И вообще у меня ничего не получается и не получится, чего зря стараться.

Екатерина: Может, его отправить на учебу в Англию?

Гурам: У нас лучше академическое образование. Важнее всего теоретическая база, система знаний.

Гурам признается, что его бизнес существует скорее благодаря защите друзей. Готов быть такой крышей для сына. Пусть бы Арсен взялся за собственный маленький бизнес. Но Арсен не представляет себя топ-менеджером, к чему его готовит вуз.

Гурам несколько раз пытается настоять на том, что надо лечить Арсена, чтобы он мог спать с женщинами. Пусть его сопровождает ко мне мать, а то при отце тот теряется. Гурам категорически убежден, что Арсену нужно читать умные книги, слушать умных людей, и отказывается обсуждать другие точки зрения. Он капитан, а я лоцман, и если капитан видит, что лоцман ведет корабль не туда, капитан должен исправить курс. Екатерина с извиняющейся улыбкой отмечает, что муж иначе не умеет.

Арсен говорит об атмосфере подавления в семье, о том, что отец искаженно представляет себе его проблемы, его от-

ношения с братом и т. п. Он обижен на родителей, что не отдали заниматься футболом, как он просил в 9 лет. Они привели его в продвинутую футбольную команду подростков, где над ним посмеялись. Родители считали, что это несерьезное занятие, тем более что звезды из него не получится из-за плоскостопия. Они упрекают его в фанатизме, так как он много времени уделяет футболу в роли болельщика.

Гурам неохотно признает, что способность Арсена азартно увлекаться и добиваться своего делает его похожим на отца, так же как сопротивление, пусть даже пассивное, попыткам подавить его волю. Екатерина отмечает, что сын стал держаться увереннее. Она тоже хочет так. Поэтому будет искать работу. Родители согласились больше прислушиваться к сыну, учитывать его индивидуальность, не требовать и ругать, а делиться своим трудным опытом.

Комментарий. Чтобы стать самостоятельной, независимой личностью, подросток должен освободиться от Внутреннего Родителя. Если тот слишком жесткий, приходится перегибать палку. Бунт может быть внешним, и тогда подросток хулиганит – становится символическим отцеубийцей в компании таких же бунтарей. Хорошего мальчика такая компания не принимает, и ему остается уничтожать отца в себе – убивать себя целиком, тоньше действовать он еще не умеет.

Арсен под скрытой защитой матери выбрал третий путь: пассивной агрессии, саботажа. В школьные годы он перено-

сил огонь с отца на сверстников и на мать и до сих пор, подражая ей, терпит отца. Однако с годами он стал смелее, вышел из инфантильных отношений с матерью, которая готова занять более уверенную позицию в семье. Прежний объединяющий семью фактор – власть насильника – в процессе семейной терапии сменился более гуманным – уважением к личности.

Хочется надеяться, что Арсен с поддержкой семьи сможет устроить свою жизнь по собственному вкусу.

Шестилетний мальчик, крепко наказанный отцом, спрашивает:

– Папа, когда ты был маленьким, дедушка тебя порол?

– Да.

– А когда дедушка был маленьким, ему тоже попадало от его отца?

– Конечно.

– А твоему дедушке от его отца?

– Разумеется.

– Хотелось бы мне знать, какой идиот начал первым!

Пассивно-агрессивное расстройство личности отличается постоянной установкой к скрытому саботажу, пассивному сопротивлению руководству; при этом открытое проявление агрессии не допускается. Характерными являются следующие особенности поведения.

- Невыполнение сроков, оттягивание и откладывание завершения выполняемых повседневных заданий, особенно

когда завершение стимулируется окружающими.

- Необоснованный протест против справедливых требований и замечаний окружающих, заявления о неправомерности этих требований.
- Упрямство, раздражительность или конфликтность при вынужденной необходимости выполнять нежелательные для пациента задания.
- Необоснованная критика в адрес начальства, ответственных лиц.
- Намеренно медленная или плохая работа при выполнении нежелательных заданий.
- Препятствование усилиям других за счет невыполнения своей части работы.
- Избегание выполнения обязательств якобы по забывчивости.

Пациенты постоянно недовольны теми, от кого зависят, но претензии предпочитают высказывать за их спиной и не могут сформулировать свои пожелания позитивно. Они раздражительны, демонстративно подавлены, всем недовольны, все критикуют, находят особое удовольствие в том, что обескураживают других и портят им настроение. Негативные реакции окружающих на их поведение замыкают порочный круг. Большинство пациентов со временем теряют работу.

Это расстройство часто осложняется депрессией, алкоголизмом, психосоматическими болезнями. Часты суицидные угрозы и демонстративно-шантажные попытки самоубий-

ства. Предрасполагающим фактором может быть склонность к реакциям оппозиции в детстве, родительский пример.

Рекомендации родителям возбудимого ребенка

Внимательно и сочувственно слушайте своего ребенка, проводите вместе с ним как можно больше времени, рассказывайте ему о своем детстве, детских поступках, победах и неудачах. Если в семье несколько детей, постарайтесь общаться не только со всеми вместе, но уделяйте свое «безраздельное» внимание и каждому из них в особенности.

Следите за собой, особенно в те минуты, когда вы находитесь под действием стресса и вас легко вывести из равновесия. Если вы раздражены, по возможности отложите все совместные с ребенком дела, пока не успокоитесь. Если какая-то ситуация требует вашего вмешательства, обращайтесь с ребенком спокойно, не выражайте свои отрицательные эмоции. Старайтесь не прикасаться к ребенку в минуты раздражения.

Если вы расстроены, то дети должны знать о вашем состоянии. Прямо говорите детям о своих чувствах, желаниях и потребностях: «Я очень расстроена, хочу побыть одна. Поиграй, пожалуйста, сам», или: «Дела на работе вывели меня из себя. Через несколько минут я успокоюсь, а сейчас, пожалуйста, не трогай меня».

В те минуты, когда вы расстроены или разгневаны, сделайте для себя что-нибудь приятное, что могло бы вас успокоить. Примите теплую ванну, душ; выпейте чаю; позвоните друзьям. Сделайте «успокаивающую» маску для лица; просто расслабьтесь, лежа на диване, послушайте любимую музыку.

Старайтесь предвидеть и предотвратить возможные неприятности, которые могут вызвать ваш гнев. Не давайте ребенку играть теми вещами и предметами, которыми вы очень дорожите. Не позволяйте выводить себя из равновесия, умейте предчувствовать наступление эмоционального срыва и не допускайте этого, управляя ситуацией и собой (подумайте, например, о чем-нибудь приятном).

К некоторым особо важным событиям следует готовиться заранее. Постарайтесь предусмотреть возможные нюансы и подготовить ребенка. Изучайте силы и возможности вашего ребенка. Если вам предстоит сделать первый визит к врачу, в детский сад и т. д., отрепетируйте все заранее. Если ребенок капризничает в тот момент, когда он голоден, продумайте, как накормить его во время длительной поездки.

Отучите ребенка от физического проявления гнева. Остановите занесенную для удара его руку, удержите за плечи и твердо скажите: «Нельзя». Переключите его внимание на интересную игрушку или какое-либо занятие. Спокойно возьмите ребенка на руки и унесите с места конфликта. Удалите раздражающий объект.

Научите ребенка приемлемым способам снятия эмоционального напряжения: переносу гнева на безопасный объект (резиновую игрушку, бумажный шарик); словесному выражению гнева в вежливой форме («Я злюсь», «Я сердит»); конструктивным навыкам взаимодействия со сверстниками и взрослыми в конфликтных ситуациях.

Поощряйте стремление ребенка к самостоятельности, иначе он перестанет ее проявлять, а позже будет отказываться выполнить даже простые действия, объясняя это тем, что не умеет (одеться и даже есть самостоятельно). Обучайте детей на собственных примерах умению владеть собой в различных ситуациях. Формируйте у них такие качества, как доверие к людям, сочувствие и доброту.

Во время аффективных вспышек лучше всего чем-то отвлечь малыша (например, показать какое-то животное или птицу) или попробовать договориться с ним. Если что-то запрещаете ребенку, то всегда объясняйте, почему это нельзя. Не отменяйте немедленно своих решений. Не старайтесь поднять ребенка с пола. Не берите ребенка на руки насильно. Если просится сам – обязательно возьмите. Таким образом малыш хочет найти поддержку, извиниться, и для вас это шанс наладить эмоциональный контакт с разбушевавшимся малышом. Не оставляйте ребенка одного. Но если вы чувствуете, что находитесь «на грани», выйдите из комнаты, чтобы прийти в себя.

Ящик с «обидками». Дайте ребенку, который с трудом

сдерживает свою обиду, старые газеты. Предложите их рвать, комкать в шары и бросать в стену. Каждый бросок он может сопровождать словами, адресованными обидчику. Пусть бросает, пока не устанет и не успокоится. Потом соберите вместе с ним бумажные комки в картонку, чтобы он при необходимости мог повторять этот опыт самостоятельно в своей комнате.

Ругательства. Когда ребенок использует ругательства, вначале выясните, понимает ли он их смысл. Если да, то спросите его, почему он употребляет именно эти слова, чем они ему нравятся и что для него значат. Объясните ребенку, что чувствуют люди, которых он ругает. Предложите ему пойти вместе в такое место (например, в лес), где он безбоязненно сможет говорить эти слова сколько угодно.

Когда вы с ребенком придете в такое место, пусть он говорит все известные ему ругательства все громче, пока не устанет. Похвалите его за то, что он так громко умеет кричать, и пообещайте прийти с ним сюда снова, когда у него вновь возникнет желание покричать эти слова. Сохраните все произошедшее в тайне.

Пугающие заявления ребенка

- Говорит, что вы не любите его.
- Говорит, что убежит из дома.
- Говорит, что покончит с собой.

- Нецензурно выражается.
- Оскорбляет вас.
- Говорит, что расправится с вами во время сна.
- Дополните список сами...

Дети говорят это по двум причинам:

- 1) в силу какой-то реально существующей проблемы;
- 2) потому что это выводит родителя из себя.

Если это обусловлено первой причиной – надо разобраться в проблеме. Если же второй, то самое лучшее – проигнорировать сказанное.

Если вы сделали все, чтобы помочь ребенку, а он и не пытается измениться, то, возможно, он хочет получить от вас хотя бы отрицательное внимание или заставить вас таким образом отступить от занятой вами позиции.

В таком случае:

- постарайтесь не заводить. Если он не сможет заставить вас, появится возможность спокойно разобраться в конфликте;
- убедитесь, что вы не провоцируете данные действия своим поведением;
- может быть, вы отдавали приказание? Выражали недовольство его личностью, упрекали? Задавали вопросы угрожающим тоном?

Все это – провоцирующие стимулы. Родителям обидчивых, вспыльчивых детей необходимо научиться принимать их в состоянии злости. Важно признать, что это чувство су-

ществует. «Ты сердишься, да? Из-за чего? Как я могу тебе помочь?» Называя чувства своими именами, вы поможете ребенку понять, что он переживает и как можно с этим справиться.

Психотерапия. Саботажным личностям полезен тренинг самоутверждающего поведения и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии я преодолеваю, предлагая пациенту делать противоположное тому, что я от него жду. На суицидные угрозы реагирую не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

• Когнитивная терапия фокусируется на следующих искажениях:

- я некомпетентный, скрывающий это от других;
- они назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, подавляющие;
- другие ограничивают мою свободу действий;
- контроль со стороны других нетерпим;
- я должен делать все по-своему;
- мое спасение – избегание правил, уклонение от следования им, поверхностное подчинение, пассивное сопротивление.

Каждый человек имеет право на собственное мнение
– при условии, что оно совпадает с нашим.

Бернард Шоу

Выбить дурь из головы

Не заставляй детей ронять слезы слишком часто, иначе им будет нечего уронить над твоей могилой.

Пифагор

Эмоциональное насилие над ребенком – это любое действие, которое вызывает у ребенка состояние эмоционального напряжения, что подвергает опасности нормальное развитие его эмоциональной жизни. Больше всего ребенка травмирует то, что своей властью и его доверием злоупотребляют самые близкие люди – ведь он ожидает от них защиты. Абьюз¹ проявляется следующим образом: родители...

- угрюмы, злятся и ведут себя устрашающе;
- лишают ребенка нормального социального общения;
- отказываются от обсуждения проблем;
- постоянно недовольны ребенком, обвиняют его;
- унижают и оскорбляют ребенка;
- предъявляют к нему завышенные требования,
- принуждают к употреблению алкоголя, совершению краж и т. п.;
- устанавливают жесткие требования и правила, не допуская их обсуждения;

¹ Abuse (англ.) – злоупотребление.

- если ребенок нарушил правила, ему запрещают смотреть телевизор, гулять и т. п.;
- запугивают ребенка наказанием («получишь двойку – получишь ремня»);
- чрезмерно сурово наказывают ребенка.

Эмоциональное насилие над ребенком можно предположить в случае, если родитель постоянно:

- предъявляет к ребенку завышенные требования, с которыми тот не в состоянии справиться, что формирует низкую самооценку и приводит к фрустрации;
- чрезмерно сурово наказывает ребенка;
- чрезвычайно критичен по отношению к ребенку, обвиняет его;
- злится и ведет себя устрашающе.

Наличие эмоционального насилия можно предполагать и на основе ряда симптомов, например, если ребенок:

- эмоционально невосприимчив, равнодушен;
- грустен, подавлен или у него выраженная депрессия;
- сосет пальцы, монотонно раскачивается (аутоэротические действия);
- замкнут в себе, задумчив или, наоборот, агрессивен;
- «приклеивается» к любому взрослому в поисках внимания и тепла;
- испытывает ночные приступы страха, плохо спит;
- не выражает интереса к играм.

Физиологические реакции ребенка также могут свиде-

тельствовать о том, что он является жертвой эмоционального насилия. Сюда относятся:

- ночной и дневной энурез (недержание мочи);
- психосоматические жалобы: головная боль, боли в животе и области сердца, жалобы на плохое самочувствие и т. д.;
- замедленное физическое и общее развитие ребенка.

Признаки физического насилия над ребенком

- Страх при приближении родителя к ребенку.
- Пассивность, замкнутость или повышенная агрессивность.
- Общее избегание физического контакта.
- Застывший, испуганный взгляд (наблюдается и у грудного ребенка).
- Необъяснимые изменения в поведении (прежде жизнерадостный ребенок теперь постоянно грустен, задумчив, замкнут).
- Страх перед уходом из детского сада или школы домой и, наоборот, перед уходом в школу, если насилие применяется в школе или на улице.
- Учащение случаев причинения себе вреда – саморазрушающее поведение (употребление алкоголя, наркотиков, курение).
- Побег из дома.

- Ношение одежды, не соответствующей погодным условиям (например, шерстяной свитер с высоким воротником, чтобы скрыть кровоподтеки на теле).
- Отчаянные просьбы и мольба ребенка не сообщать родителям о его неудачах (двойки, прогулы, плохое поведение) в школе.

Если вы бьете ребенка, постарайтесь бить его в гневе, даже если это угрожает его жизни. Хладнокровный удар не может и не должен быть прощен.

Бернард Шоу

Поведение детей, которое чаще всего провоцирует родительский гнев.

- Непослушание ребенка.
- Родитель видит, что ребенок допускает те же самые ошибки, что и он сам.
- Соперничество братьев и сестер.
- Вторжение ребенка в личную жизнь родителей.
- Родитель устал от ребенка, который постоянно суетится и предъявляет какие-то требования.
- Незрелые действия ребенка.
- Ребенок отвергает родителя или пытается избегать общения с ним.
- Ребенок проявляет характер – либо в действиях, либо эмоционально.
- Ревность, вызванная тем, что ребенок делает что-то лучше, чем сам родитель.

- Своим поведением в общественном месте ребенок ставит родителя в неловкое положение.

Применяя насилие, родители совершенно искренне убеждены, что делают все для блага ребенка, калеча его природу.

Силовая педагогика основана на следующих идеях.

- Родители – хозяева зависимого от них ребенка.
- Они определяют, что хорошо и что плохо.
- Родители заслуживают уважения просто потому, что они родители.

- Дети не заслуживают уважения просто потому, что они дети.

- Родители всегда правы, они не могут ошибаться.
- Родители не могут говорить глупости или быть виноватыми.

- Родители не переживут, если их обидеть.
- Ребенок несет ответственность за их гнев. Если они сердятся – виноват он.

- Родители всегда должны быть победителями.
- Детское самоутверждение создает угрозу родителю.
- Высокая самооценка делает эгоистом, а низкая – альтруистом.

- Любовь – это обязанность.
- Удовлетворять детские желания – значит баловать.
- Проявлять нежность – значит изнеживать.
- Суровость, грубость и холодность – хорошая подготовка к жизни.

- Притворяться благодарным лучше, чем откровенная неблагодарность.
- То, как себя ведешь, важнее того, что ты на самом деле собой представляешь.
- Ребенка надо сломить, и чем раньше – тем лучше.
- Все это должно произойти, пока ребенок еще совсем маленький, не замечает этого и не может разоблачить родителей.

Методы, которыми добиваются послушания, разнообразны. Это психологические ловушки, обман, двуличность, увертки, отговорки, манипуляции, тактика устрашения, отвержение любви, изоляция, недоверие, унижение, вплоть до истязания. Это обесмысливание и обесценивание взрослыми всего того, что делает ребенок в семье: «У тебя руки не из того места растут – лучше ничего не трогай!», «Все равно ничего хорошего не получится!»

Среди родительских мотивов можно выделить следующие.

- Бессознательная потребность перенести на другого унижение, которому они сами когда-то подвергались.
- Потребность дать выход подавленным чувствам.
- Потребность обладать живым объектом для манипулирования, иметь его в собственном распоряжении.
- Самозащита, в том числе потребность идеализировать собственное детство и собственных родителей посредством

переноса родительских педагогических принципов на своего ребенка.

- Страх проявлений, которые у них самих когда-то были подавлены и которые они видят в собственных детях; эти проявления должны быть уничтожены в самом зародыше.
- Желание взять реванш за боль, которую родитель когда-то пережил.

Вначале родители заставляют ребенка ходить и говорить, а все остальное время, пока он не повзрослеет, пытаются заставить его сидеть и молчать.

Оценка уровня семейной агрессии глазами ребенка

Это список тех действий, которые твои мама и папа могут совершать, когда у них возникает конфликт. Вспомни все, а не только самые серьезные ссоры, и укажи, как часто при этом каждый из них совершает поступки, перечисленные ниже. Используя расшифровку, обведи кружком число, которое лучше всего показывает, как твои мама и папа решают свои проблемы.

0 = никогда

1 = почти всегда

2 = иногда

3 = почти всегда

4 = всегда

	МАМА	ПАПА
А. Стараются обсуждать спокойно	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Б. Обсуждают вопрос спокойно	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
В. Ищут информацию для решения вопроса	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Г. Призывают кого-то еще, чтобы рассудили и помогли	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Д. Много спорят, но не кричат и не визжат	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Е. Кричат, визжат и оскорбляют друг друга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Ж. Надуваются и отказываются разговаривать	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
З. Бросают что-нибудь (не друг в друга) или разбивают что-то	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
И. Бросают что-нибудь друг в друга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
К. Выбегают из комнаты	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Л. Толкают, хватают или тащат друг друга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
М. Бьют (или пытаются ударить) другого чем-нибудь тяжелым	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Н. Угрожают ударить или бросить чем-нибудь друг в друга	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
О. Бьют (или пытаются ударить) другого, но не чем-нибудь	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Рекомендации родителям

Школьная травля формирует тревожные расстройства, фобии, депрессии, чувство одиночества. Ребенок начинает верить, что заслужил плохое отношение к себе, думать, что

причина происходящего – в нем. Травля мешает учиться, ребенку не до занятий: ему бы в школе выжить. Спрашивайте у ребенка, с кем он сидит в классе, играл ли он с кем-то в школе, интересно ли ему на уроках и в школе вообще, нравится ли ему его класс. Эти вопросы помогут ребенку понять, что вы искренне интересуетесь тем, что его волнует. Есть несколько признаков, по которым можно заподозрить травлю.

- Синяки и царапины, появление которых ребенок не может внятно объяснить, говорит, что не помнит, и т. д.
- Ребенок часто «теряет» или «портит» вещи, которые носит в школу, приносит из школы сломанную технику.
- Ребенок ищет повод не ходить в школу, притворяется больным.
- Ребенок не ест в школе, и в целом меняется его пищевое поведение.
- Снижается успеваемость, теряется интерес к занятиям.
- Подавленность, замкнутость, низкая самооценка, ночные кошмары, бессонница.

В разговоре с ребенком объясните, что его вины в ситуации нет, а нападают целой стаей только слабаки, надеясь на безнаказанность. Его самоуважение важнее, чем отношение одноклассников и учителей. Если ребенок боится и не может дать отпор, возможно, отцу следует научить его драться, вовлечь сына в занятия борьбой, боксом или фехтованием. Если у него в классе нет друзей, которые могли бы его защи-

тить, тогда с этой проблемой стоит обратиться к школьному психологу.

Обратитесь к классному руководителю и родителям учеников, которые учинили травлю. Обсудите ситуацию, разработайте план действий. Если звучит фраза «Дети сами должны разобраться», общего языка найти не удастся и ситуация не меняется, обратитесь к психологу за заключением о тяжелом психологическом состоянии и моральном вреде, который получил ребенок. Важно, чтобы у психолога была лицензия, тогда его заключение будет иметь значение в суде.

Соберите доказательную базу для суда: показания одноклассников и свидетелей, фотографии, снимки экрана компьютера с унижающими и угрожающими посланиями в соцсетях, справки о побоях, заключения о поломке вещей. Обращайтесь с жалобами к директору школы, в комиссию по делам несовершеннолетних управы района, в управляющий совет школы и к инспектору по делам несовершеннолетних. Если не помогло – подавайте жалобы на бездействие представителей госучреждений в департамент образования, в прокуратуру, уполномоченному по правам человека в городе. Пишите посты в соцсетях, обращайтесь к журналистам и СМИ, которые освещают социальные темы. В любом случае нужно сделать все, чтобы ребенок сохранил доверие к вам и веру в справедливость и на вашем примере научился бороться за нее.

Отец, просматривая школьный дневник сына,

сокрушенно качает головой. Сын, участливо:

– Как ты думаешь, папа, во всем виновата улица, или дурная наследственность?

Табу инцеста

Интересы общества требуют отодвинуть сексуальное развитие до тех пор, пока ребенок не достигнет известной степени интеллектуальной зрелости, потому что вместе с полным прорывом сексуального влечения приходит конец влиянию воспитания.

Зигмунд Фрейд

Дочка на продажу

Когда Лике было три года, ее отец повесился в белой горячке. Через три года появился отчим. Через два года, когда мама лежала в больнице, он стал приставать к Лике. Они спали вместе, она проснулась, отодвинулась. Он попытался еще раз, она снова отодвинулась. Он еще несколько раз приходил к ней в постель. Она надевала на себя несколько колготок, он пытался их снять. Она написала письмо маме, положила его в сумку с одеждой для кукол. Отчим нашел письмо. Он убедил Лику, что отсидит 15 суток и вернется. Приставать все же перестал, лишь любовался ею, но ей это было противно, так же как и ласки родителей перед ней.

Мать распоряжалась семейным бюджетом. Ее девиз: не верь, не бойся, не проси. Она до сих пор утверждает, что по

глазам Лики все видит. Однажды мать заставила ее убежать из примерочной с одеждой. Потом мама оправдалась, что пробовала себя в роли Раскольников: тварь она дрожащая или... Если поймают, скажем, что это ты, тебя не накажут.

У матери и отчима сын, брат Лики. У него ДЦП и астма. Мама пугала Лику, что сдаст его в дом инвалидов, где он пропадет. Отчим не выдерживал поведения сына, по месяцу лежал, закрывшись одеялом. Когда отчим закрывался в комнате вешаться, мать посылала дочь посмотреть, как он там. Лика от волнения по 12 раз ходила в туалет с кровью.

Дядя по маме, старше Лики на 14 лет, был красавцем, занимался спортом, пел и играл на гитаре. Он был богат, всегда хорошо одет и надушен. Лика целыми днями думала о нем, а мама выпытывала у нее все детали. Мать наряжала Лику, отправляя к нему, позволяла ему водить дочь на дискотеки и тусовки золотой молодежи до 12 часов ночи. В 12 лет Лика потеряла с ним девственность. Она спала с ним до 20 лет.

Мама позволяла Лике в 18 лет приводить домой соседа и спать с ним. У него была машина. Мама пила кофе, отчим мыл посуду, сосед мыл туалет. Он стал как бы членом семьи. До четвертого курса они жили вместе, она не собиралась за него замуж, так как училась, он ездил вахтами по полгода на Север.

Когда появился сосед, чувство к дяде стало остывать. Дядя пообещал матери купить компьютер для сына за то, что она привезет ему Лику. По настоянию матери она поехала и

зачала, думала, что красавчика. Получилась красивая статная умная зеленоглазая девочка, ей сейчас уже 16.

С будущим мужем Климом Лика училась на юрфаке в Екатеринбурге. Он был робким, несуразным, но один в группе закончил вуз с красным дипломом. На четвертом курсе она родила сына от другого мужчины, мама помогла ей не брать академотпуск.

Клим пригласил ее на день рождения, но стеснительно просидел в другой комнате. Ее умилил его трепет. Вскоре они поженились.

Лика чувствовала себя как в тумане, как будто это происходит не с ней. Муж начал изменять Лике сразу после свадьбы. Он критиковал ее по пустякам, ставил в пример жен своих друзей, избивал Лику. Он постоянно требовал щупать себе лоб – нет ли температуры. На ее состояние он не обращал внимания, то обещал купить новую машину, то передумывал. У него день рождения в один день с дочкой, но он забывает о ней. Клим много и без разбору пил. В состоянии сильного опьянения он мочился в постель, она просыпалась в луже.

У Клим подпольный бизнес на Кипре, куда он и уехал, был объявлен в международный розыск. Перед отъездом он надел обручальное кольцо, после отъезда признался по телефону в любви и предложил переехать к нему с дочерью, а сына оставить у ее матери. Лика съездила к нему, они поругались, поплакали. Она отказалась переехать к нему, Клим

подал на развод, у него появилась другая.

Ли́ка ругает себя: ей 39 лет, а она до сих пор мечтательница и мазохистка. Она чувствует себя грязной и делает свою жизнь стерильной, все просчитывает и контролирует. В ее сне у родителей были звериные морды, как у оборотней. Она ушла от них с большой пустой сумкой, которую выбросила и уверенно пошла куда-то одна в темноте.

Сон оказался вещим. Ли́ка прошла групповую терапию, отсудила половину стоимости дома и купила квартиру в Москве. Дочь поступила на вечернее отделение и пошла работать, помогает по дому, заботится о брате. Ли́ка организовала с подругами бизнес-центр, встретила мужчину, который стал ей надежным другом.

Комментарий. У Ли́ки отягощенная наследственность: у отца алкоголизм, у матери социопатия. Отчим разбудил чувственность недоласканной девочки в эдиповой фазе. С подачи матери Ли́ка в 12 лет вступила в длительные половые отношения с богатым братом матери, затем стала терпеливой женой алкоголика, купившего ее ожиданиями богатой жизни. Богатство не стало объединяющим фактором этого брака, часть его ей пришлось отсудить. Таким объектом стали новые, более зрелые ценности, которые Ли́ка нашла в терапевтической группе.

Сексуальному насилию обычно подвергаются 20–30

процентов девочек и 10 процентов мальчиков. Мальчики чаще, чем девочки, подвергаются насилию в более раннем возрасте. Обычно жертвами насилия становятся дети младше 12 лет, чаще всего – в дошкольном возрасте. В половине случаев насильником является родственник, в 30 процентах – друг брата, любовник матери или бабушки. Среди родственников наиболее часто насилие совершает отец, отчим, опекун, реже – брат или дядя. Половине насильников около 30 лет, каждый третий – алкоголик или наркоман, причем лишь треть из них совершила насилие в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

В инцестуозной семье наблюдается изоляция от внешнего мира и высокая внутренняя взаимозависимость. В результате сглаживаются границы между поколениями и между ролями, выполняемыми отдельными членами семьи. Дети отчасти принимают на себя роль взрослых, взрослые относятся к детям как к равным, вплоть до удовлетворения своих эмоциональных и эротических потребностей. Симбиотические детско-родительские отношения облегчают инцест и в то же время затрудняют огласку, тем более что мать ребенка находится в сильной зависимости от мужа.

Мать жертвы инцеста, как правило, сама перенесла в детстве инцест. Она бывает отстранена от семьи из-за того, что вынуждена много работать, или по причине депрессии, или развлечений, которые ищет вне дома.

Она полностью зависит от мужа. Узнав о свершившемся,

она покрывает супруга, опасаясь огласки, позора для семьи, а также экономических последствий в случае осуждения мужа.

В некоторых случаях мать устраивает сохранение инцестуозных отношений – это избавляет ее от исполнения своих супружеских обязанностей. А иногда это деловая женщина, которая умнее, но холоднее мужа и имеет любовника.

В любом случае дочь не прощает матери предательства, в итоге та теряет и мужа, и дочь.

Ребенок, переживший инцест, испытывает боль, страх, грусть, резкое снижение самооценки, чувство бессилия и отверженности. Нарушение родительских обязанностей и недостаток ответственности у взрослых ведет к тому, что ребенок чувствует себя глубоко порочным и не заслуживающим заботы или помощи. Обычно он принимает на себя ответственность за родителя, инициировавшего инцест, и обвиняет в нем себя.

Сексуальность для жертвы инцеста навсегда оказывается окрашенной чувством вины и страха, половая близость ассоциируется с принуждением и использованием, беспомощностью и поражением. Обесценивается собственная сексуальная роль и отношения родителей в качестве гетеросексуальной модели. У ребенка может развиваться депрессия с нарушением сна и аппетита, снижением успеваемости, отказом от учебы в школе, социальной отгороженностью, суицидными тенденциями. Могут возникнуть истерическая и психосома-

тическая симптоматика, оппозиционное поведение с отказом от любых семейных взаимодействий и уходами из дома.

Во время инцеста фиксируется связь между половым возбуждением, запретом и болью, что приводит к формированию защитного поведения, отрицающего любовь. Впоследствии необходимым условием получения чувственного наслаждения становится причинение боли себе или партнеру, наличие у партнера дефекта, насилие, оплата секса или воровство, дистанцирование с помощью наблюдения со стороны (секс втроем, групповой секс) и т. д.

У ребенка младшего школьного возраста возникают противоречивые чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, чувство стыда, отвращения, испорченности. Ребенок испытывает страх, грусть, чувство бессилия и отверженности. В поведении отмечают отстраненность, агрессия, молчаливость либо неожиданная разговорчивость, нарушения сна, аппетита, ощущение «грязного тела», сексуальные действия с другими детьми.

У ребенка 9–12 лет, кроме того, могут наблюдаться диссоциативные эпизоды с отчуждением ощущений, истерики, изоляция и манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения. У него могут развиваться недоверие к миру, резкое снижение самооценки, психосоматическая симптоматика, оппозиционное поведение дома

и уходы. Может возникнуть депрессия с нарушением сна и аппетита, снижением успеваемости, отказом от учебы, социальной отгороженностью, суицидными тенденциями.

Для подростков 13–18 лет характерны переживания отворачивания, стыда, вины, собственной ненужности; недоверие и амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, несформированность социальных ролей и своей роли в семье; непоследовательность и противоречивость поведения, избегание телесной и эмоциональной интимности, агрессия, уходы из дома, попытки суицида.

У девочек-подростков зачастую формируются негативные ожидания в отношении мужчин, стойкое отвращение к половой близости с последующим развитием вагинизма или лесбиянства. Последствиями инцеста могут быть и другие сексуальные расстройства, а также неосознанная провокация новых изнасилований и проституция. Судя по опросам, половина проституток свой первый сексуальный акт совершили с собственным отцом. Часто наблюдается расстройство множественной личности и склонность к саморазрушающему поведению (нанесение самоповреждений, передозировка лекарств, алкоголизм и наркомания, суицидные попытки).

При случайном раскрытии тайны кто-то обнаруживает повреждения на теле, не соответствующие объяснениям ребенка; венерические заболевания; беременность и т. д. Жертва

больше всего переживает, что о происходящем узнали другие люди (родственники, друзья, соседи и т. п.), и может отреагировать негативно на попытки оказать ей помощь.

Когда жертва начинает понимать, что ее используют, и не может больше терпеть, она может попросить защиту у бабушки или учителя, поделиться с подругой. При этом ребенку кажется, что он предает родителей. Семья оказывает давление на него, сознательно или бессознательно добиваясь, чтобы он все забыл. Однако, чтобы подготовиться к возможным повторениям подобных событий, ребенку необходимо помнить о них. В результате у него развивается диссоциация с истерической симптоматикой, оппозиционное поведение с отказом от любых семейных взаимодействий и уходами из дома.

Дети, которые попадают в ситуацию совращения, часто не рассказывают об этом, потому что боятся осуждений в духе «сам виноват, зачем ты так себя вел». Если ваш ребенок вдруг стал замкнутым, подавленным, задумчивым, попытайтесь вывести его на откровенный разговор.

После совершенного в отношении ребенка преступления обязателен медицинский осмотр. Врач-травматолог или хирург может выявить следы домогательства и полового контакта, и впоследствии это будет хорошей доказательной базой. Для проведения предварительного следствия обращайтесь

тесь только в полицию, чтобы избежать возможного давления и травли.

Признаками перенесенного сексуального насилия являются следующие изменения в поведении ребенка.

А. Изменения в выражении сексуальности ребенка:

- чрезвычайный интерес к играм сексуального содержания;
- поразительные для этого возраста знания о сексуальной жизни;
- соблазняющее, особо завлекающее поведение по отношению к противоположному полу и взрослым;
- сексуальные действия с другими детьми (начиная с младшего школьного возраста);
- необычная сексуальная активность: сексуальное использование младших детей; мастурбация (начиная с дошкольного возраста), отирание половых органов о тело взрослого, проституция.

Б. Изменения в эмоциональном состоянии и общении ребенка:

- замкнутость, изоляция, уход в себя;
- депрессивность, грустное настроение;
- отвращение, стыд, вина, недоверие, чувство испорченности;

- частая задумчивость, отстраненность (встречается у детей и подростков, начиная с дошкольного возраста);
- истерическое поведение, быстрая потеря самоконтроля;
- трудности в общении с ровесниками, избегание общения с ними;
- отсутствие друзей своего возраста или отказ от общения с прежними друзьями;
- отчуждение от братьев и сестер;
- терроризирование младших и детей своего возраста;
- жестокость по отношению к игрушкам (у младших детей);
- амбивалентные чувства к взрослым (начиная с младшего школьного возраста).

В. Изменения личности и мотивации ребенка, социальные признаки:

- неспособность защитить себя, непротивление насилию и издевательствам над собой, смирение;
- резкое изменение успеваемости (хуже или гораздо лучше);
- прогулы в школе, отказ и уклонение от обучения;
- принятие на себя родительской роли в семье (по приготовлению еды, стирке, мытью, уходу за младшими и их воспитанию);
- отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей и своей роли в ней, вплоть до

ухода из дома (характерно для подростков).

Г. Изменения самосознания ребенка: падение самооценки; мысли о самоубийстве, попытки самоубийства.

Д. Появление невротических и психосоматических симптомов:

- боязнь оставаться в помещении наедине с определенным человеком;
- боязнь раздеваться (например, может категорически отказаться от участия в занятиях физкультурой или плаванием, или снимать нижнее белье – трусики во время медицинского осмотра);
- головная боль, боли в области желудка и сердца.

Терапевтическая помощь ребенку – жертве сексуального насилия включает в себя следующие шаги.

1. Создание доверительных терапевтических отношений как основы возможного будущего лечения и как базиса для адекватных отношений со взрослыми.
2. Формирование терапевтической установки. В этой стадии необходимо создать безопасное эмоциональное пространство, определить состояние психического и соматического здоровья ребенка.
3. Вспоминания – важно, чтобы ребенок вспоминал столь-

ко, сколько может выдержать.

4. Нарушение молчания – ребенку не хочется вновь переживать тяжелые чувства, он стыдится консультанта, боится расстроить его. Можно ободрить его словами: «Чем больше ты делишься со мной, тем легче тебе становится».

5. Стадия кризиса – оживляя пережитое, ребенок переживает сильную боль и нуждается в максимальной поддержке. Полезно предупредить его: «Тебе сейчас очень больно, и эта боль выходит с твоими словами». Следует выявить и проработать тему самоубийства.

6. Снятие с ребенка вины за случившееся: он может винить себя в том, что недостаточно активно защищался, или в том, что в момент насилия испытал приятные ощущения. Необходимо помочь ребенку снять с себя ответственность за случившееся.

7. Возвращение доверия к себе. Определяются и восстанавливаются личностные границы ребенка, которые были нарушены насилием; восстанавливается самооценка.

8. Оплакивание того, что было утрачено в момент насилия: детства, семьи, девственности, доверия к людям, чувства безопасности и т. д.

9. Гнев. В это время освобождается долго сдерживаемая злость.

10. Вскрытие и конфронтация – гнев направляется на насильника с помощью составления послания или разыгрывания психодрамы.

11. Прощение – имеется в виду прощение себя, а не насильника; смысл прощения – отпустить насильника от себя.

12. Разрешение и движение дальше – это момент, когда ребенок чувствует, что ему удалось включиться в жизнь.

13. Подготовка ребенка к адекватным сексуальным отношениям в будущем.

14. При распаде семьи надо устранить у ребенка чувство его вины за инцест и семейный кризис.

Начните беседу с общих вопросов. Ваш голос не должен быть интимным, а скорее – легким и деловым. Не навязывайте ребенку усиленный и непрерывный контакт глазами – это может его напугать. Чутко откликайтесь на приемлемую для ребенка дистанцию между вами. Избегайте прикосновений и таких форм телесного контакта, как поглаживание руки, трепание по волосам, прижимание к себе, – это может напугать ребенка.

Маленьким детям предложите вместе поиграть; через некоторое время задайте общие вопросы о семье, друзьях и т. д. Более старшим детям объясните цель беседы, затем поговорите на нейтральные темы: школа, хобби, свободное время, семья. Во время рассказа нельзя перебивать ребенка, корректировать его высказывания, задавать вопросы, которые предполагают вполне определенные ответы.

После установления доверительного контакта коснитесь темы сексуального насилия: «Твоя учительница мне сказала, что ты в классе говорила о своей тайне. Как ты считаешь, ты

можешь мне ее рассказать?» «У тебя выделения из влагалища. Ты знаешь, откуда это?»

Обсудите на примерах, что такое «хорошие» и «плохие» прикосновения. Разъясните ребенку, кто может до него дотрагиваться и кому не стоит этого позволять; кого и как ребенок может трогать сам. Укажите, что «нехорошие» прикосновения могут исходить от близких людей.

Если ребенок не хочет говорить о насилии:

- заверьте его, что он будет защищен от дальнейшего насилия, а также от гнева насильника или других членов семьи;
- объясните, что он будет защищен в том случае, если расскажет, что произошло;
- скажите о том риске, который существует по отношению к младшим сестрам (братьям), если ничего не будет сделано;
- пробудите в ребенке надежду, что сексуальное насилие прекратится или насильник получит наказание, если ребенок все расскажет.

Если ребенок не отказывается отвечать, и сексуальное насилие было совершено не один раз, попросите ребенка рассказать о последнем сексуальном насилии:

- где оно произошло;
- приблизительно когда;
- во что ребенок и насильник были одеты;

- где в это время были остальные члены семьи;
- что делал и говорил насильник ребенку, чтобы тот принимал участие в сексуальном акте и никому о нем не рассказывал.

Ребенок может со всеми деталями, очень подробно описать акт насилия. Обратите внимание на то, есть ли у ребенка сексуальные познания, не характерные для его возраста. Особенно правдоподобно звучит рассказ, когда ребенок описывает сексуальные действия, не понимая их. В конце беседы похвалите ребенка за то, что он рассказал о насилии, скажите, что он правильно поступил.

Рассказ ребенка о событии переведите с описания деталей к описанию чувств. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально. Покажите, что вы серьезно относитесь к переживаниям ребенка, расскажите о его сверстнике, который мужественно перенес подобную ситуацию. Обучите ребенка говорить «нет» при попытках «нехороших» прикосновений. Обсудите с ребенком необходимость рассказывать взрослым о любых случаях, которые его смущают и вызывают неловкость. Убедите в том, что его никто ни в чем не будет обвинять.

На последнем этапе терапии подготовьте ребенка к адекватным сексуальным отношениям в будущем. Облегчите ему разговор об анатомии половых органов и сексуальном развитии. Сверяйтесь с ребенком, понимает ли он смысл исполь-

зуемых вами слов.

При распаде семьи устранили у ребенка чувство его вины за инцест и семейный кризис. Посмотрите вместе «хорошие» фотографии из его прошлой жизни. Помогите ребенку поставить себе конкретные задачи на конкретные сроки.

Психотерапия инцестуозной семьи

Направьте семейную терапию на устранение жестких границ между семьей и внешним миром и укрепление автономии отдельных членов семьи.

На 1-м этапе семейной терапии отделите отца от семьи.

На 2-м этапе он должен признать свою вину и взять на себя ответственность за случившееся.

На 3-м этапе от обоих родителей требуется, чтобы они взяли на себя ответственность за воспитание ребенка и заботу о нем. Это не противоречит тому, что отец временно живет вне семьи из соображений безопасности дочери. Предложите матери как можно чаще обнимать ее, разговаривать с ней, принимать участие в ее играх, особенно с песком и глиной, чтобы девочка могла вынести свои переживания вовне в виде образов. Чаще хвалить дочь за хорошие поступки и не исполнять любые ее желания из чувства жалости.

4-й этап посвятите нормализации отношений между дочерью и матерью. Мать должна признать свою вину за то, что не уберегла дочь от сексуального злоупотребления, и нала-

дить доверительные отношения с ней, чтобы ребенок в случае опасности нового эпизода смог искать защиту у матери.

Задачей **5-го этапа** является работа с супружеским конфликтом, который обостряется после инцеста. У отца в это время возможны суицидные попытки, запои или паническое бегство из семьи, у матери появляется намерение развестись или разъехаться. После ослабления симптомов, связанных с ситуационным обострением конфликта, вскрыйте его глубину, приведшую в конечном счете к инцесту.

На последнем этапе терапии постарайтесь нормализовать отношения между отцом и дочерью. Отец часто нуждается в дополнительной когнитивно-поведенческой терапии.

- Папа, ты темноты боишься?
- Нет, конечно.
- А если ночью раскроешься, можешь сам укрыться?
- Могу.
- А страшные сны тебе снятся?
- Да вроде нет...
- Ну, пап, давай теперь подумаем: кто из нас двоих должен с мамой спать?

Дочки-матери

Мать всегда говорила ей, чтобы она берегла себя и носила резиновые сапоги, чтобы не замочить ноги; кроме того, она говорила ей: «Чтоб ты провалилась». Будучи хорошей девочкой, она была в резиновых сапогах, когда упала с моста.

Эрик Берн

Раненый целитель

Саша, студентка института психологии, обратилась с просьбой отработать со мной 10 часов личного консультирования, положенные по программе ее института. Раньше она занималась в Школе эзотерики, там ознакомилась с книгами Блаватской и Рериха. В школе были лекции, индивидуальные консультации, тренинги, дианетика, ребефинг, арт-терапия. Заодно с выполнением формальных институтских требований она надеется решить свои проблемы. У нее повышенная чувствительность к звукам и запахам.

Саша родилась в Москве, одинока, живет с родителями, не работает. Она единственный ребенок в семье. Властная бабка по отцу жила отдельно, конфликтовала с матерью. Бабка не раз говорила: «Жаль, что ты не родилась мальчиком». Саша и сама хотела этого. Отец работал токарем на заводе,

он дарил ей мальчишеские игрушки и с азартом наблюдал, как Саша играет. Мать ничего не дарила ей, одаривала двоюродную сестру Саши, ставила ее в пример. Сестра была отличницей, побеждала в олимпиадах и лыжных соревнованиях. В пику ей Саша пренебрегала учебой и спортом, замыкалась в себе, считала себя ленивой.

В школе учителя раздражались на непонимание учеников, заставляли их против желания выходить к доске, кричали на них, оскорбляли. По сравнению со школьным адом дом казался раем, хотя они жили в коммуналке. Сосед ради ускорения обмена всячески угрожал семье. После этого бабка очень неохотно согласилась поменяться с ними квартирами. Она так затиранила соседа, что вскоре тот отказался от идеи сделать из коммуналки большую квартиру для себя и поменялся.

В это время директор школы заявил, что школа будет гимназией, поэтому останутся только успешные. Саша попала в «отбросы» и перешла в школу по месту своего нового жительства. Там была более продвинутая программа, и учителей раздражало, что Саша тормозит учебный процесс. Она стала прогуливать уроки, не занималась дома. Мать то и дело посылала ее погулять – у них с отцом в бабкиных хоромы начался медовый год. Саша же спала на кухне на диванчике.

Валера – молодой учитель биологии, в которого Саша влюбилась в 8-м классе. Он был для нее вроде старшего

брата, о котором она всегда мечтала. Валера хорошо одевался, пользовался хорошим парфюмом, много знал. Летом они встречались один раз в неделю, а когда Саша в новой школе стала прогуливать уроки, то почти ежедневно.

Когда Саша уже три месяца не ходила в школу, позвонили из школы домой. Она испугалась наказания и попросила Валеру помочь. Он пообещал, но куда-то исчез. В это время ей позвонила бывшая одноклассница и плача сообщила, что Андрей из их класса стал наркоманом и повесился на телефонном шнуре. Он был хорошим парнем. Было невозможно поверить, что его больше нет.

Саша испугалась, что вдруг и ее что-нибудь подтолкнет к самоубийству. Ее мучили повторяющиеся сновидения, в которых святые сходили с икон и звали ее на небо: «У нас спокойно, Андрей тебя ждет». Она позвонила на телефон доверия и сообщила, что ей хочется покончить с собой. Психолог ответил, что в таком случае надо сделать это, а не звонить.

Когда родители легли спать, Саша приняла много таблеток. Вдруг ей захотелось жить, она резко встала посмотреть, который час. Ее шатало, она взяла будильник, и тут ее сильно толкнул в спину человек в черном плаще. Она упала, ударившись головой о батарею, и закричала от боли. Мать вызвала скорую помощь, и Сашу с диагнозом «сотрясение головного мозга» отвезли в больницу.

Сашу привязали к койке и поставили капельницу, она пыталась вырваться, чтобы повторить суицид. На третий день

она получила записку от матери: «Мы что, такие плохие родители? Твоя сестра так не сделала бы». Саша прокляла мать и решила не возвращаться домой. Ей заменил отца врач. Врач уговорил Сашу «ради него» выйти на свидание к родителям: «Скажи им, что ты о них думаешь». У отца выступила скупая мужская слеза. Мать: «Ну, что случилось?» Оказывается, Валера сказал по телефону, что это комедия, у него семья и маленький ребенок. Саша не знала об этом.

Сашу выписали через две недели. Валера, приехавший с родителями, ждал ее внизу. Он сказал, что разочаровался в ней. Бабка не захотела, чтобы в ее квартире жила «суицидка», и вернулась туда, а Саша с родителями – обратно в коммуналку. Саша ожидала, что Бог накажет ее за грех самоубийства. Почти месяц еще она воспринимала людей как бы за стеклом. Зато у нее резко обострился слух. По ночам она сходила с ума от любого звука.

Мать заставила Сашу пойти в вечернюю школу. По рекомендации знакомого экстрасенса Саша пошла вместе с матерью учиться в Школу эзотерики. Она слушала лекции, ходила на тренинги и индивидуальные консультации. Все это мало интересовало ее. Саше не хотела жить по сценарию: школа – институт – семья – старость – смерть. Саша начала встречаться с Сергеем, он на восемь лет старше ее, у него шикарная трехкомнатная квартира и хорошие заработки.

Родители разменяли свою большую комнату в коммунал-

ке в сталинском доме на малогабаритную двушку на пятом этаже хрущевки. Там были низкие давящие потолки. Саше отвели проходную и тесную десятиметровую комнату. С шумными соседями им явно не повезло. Сашу громкая музыка жутко раздражала. Она не могла заснуть до 3–4 часов ночи, а утром надо было рано вставать на работу. Она не хотела принимать снотворные.

Все женщины в Школе эзотерики были влюблены в руководителя, и он пользовался этим. Саша безуспешно пыталась приблизиться к нему. У Сергея появилась другая девушка. У Саши внезапно возникла мысль: зачем терпеть? – теперь она завершит то, что не получилось в первый раз. Саша убирала в шкафу, случайно нашла пузырек с сильнодействующим лекарством. До прихода матери с работы оставалось два часа. Саша выпила таблетки, но ее лишь затошнило. Она пошла в ванную, где обнаружила выброшенные матерью просроченные лекарства. Саша приняла и их. Мать застала ее в необычном состоянии, сразу все поняла, накричала на нее и заставила промыть желудок.

Но жизнь продолжалась. Саша устроилась на работу в буфет. У нее появился женатый мужчина. К великому сожалению, пришлось оставить и его.

Саша решила получить образование. Одновременно устроилась на более престижную работу.

В колледже царили далекие от нормы правила, и через

полгода Саша ушла. Она устроилась на работу в турфирму, съездила в Париж, но там ей было скучно. Она разочаровалась и в этой работе и пошла учиться на психолога.

В Школе эзотерики Саша научилась медитировать и стала использовать это. Она слушала раздражавшие ранее звуки и отстранялась от ситуации, следя за своими ощущениями. Поняла, что эти звуки сами по себе ничего не значат, если она не наделяет их такой силой. Она учится принимать свои недостатки, подумала, что ее родители – не самые худшие. Стала следить за своей манерой общения.

В конце нашей 10-часовой работы я сказал Саше, что она владеет ситуацией и, наверное, делает все возможное. Очевидно, что она может справляться с реальными источниками своего беспокойства или хотя бы менять свое отношение к ним. Ей мешают детские обиды на родителей и мечты об идеальном отце. С этим можно было бы поработать в психоанализе, когда она будет к этому готова.

Комментарий. Особенности Саши являются чрезмерная эмоциональность, психическая неустойчивость, раздражительность, беспокойство, рассеянность внимания с его фиксацией на мелочах, конфликтность во взаимоотношениях, непослушание и склонность к бунту, плохая успеваемость и прогулы в школе.

На формирование личности девушки оказали влияние патологическое воспитание и отношения с учителем-педофи-

лом. Выявляются инфантильно-зависимые и конфликтные связи с матерью, предпочитающей успешную племянницу родной дочери. Поскольку болезненные переживания в семье не допускаются и не обсуждаются, у Саши сформировалась защита от подобных переживаний в форме вытеснения, и она не осознает их. Поэтому ее попытки отравиться выглядят достаточно импульсивными.

Объединяющим с жизнью фактором для Саши была ее сексуальность, отвергаемая или используемая отцовской фигурой. Когда ей предпочитают соперницу, Саша символически объединяется со сверстником-суицидентом. Антисуицидным фактором служат два фактора, объединяющих мать и дочь: идеал хорошей девочки, воплощенный в Сашиной сестре, и интерес к эзотерике и психологии как способу самолечения.

16–19 лет – кризисный период между юностью и взрослостью. Завершается половое созревание у женщин. Достигается генитальная зрелость, предполагающая превращение эгоцентрических сексуальных интересов в стремление к гармонии с партнером. Происходит временное отстранение от семьи, после которого эмоциональный контакт восстанавливается на основе равноправных взаимоотношений и взаимопомощи. Обретаются взрослая идентичность и новое отношение к миру. Осознается неизбежность смерти, приоритет обязанностей перед правами, берется на себя ответ-

ственность за себя и за другого человека. В результате человек начинает чувствовать себя хозяином собственной судьбы. За нее отвечают не другие люди или обстоятельства, а он сам. Остановка на данной стадии влечет изоляцию – неспособность к любви как разделению идентичности.

Человек не взрослеет сразу по всем направлениям. Социально зрелые люди, добивающиеся успеха в бизнесе или науке, могут быть совершенно незрелыми в личной жизни. Существует тип «вечных юношей» и «нестареющих девушек», которые не хотят, а точнее, не могут повзрослеть. Маска юности, которую они носят, на самом деле обнаруживает их остановку в личностном росте. Причина этой остановки чаще всего кроется в страхе перед взрослой ответственностью за себя и за близких людей.

Самоубийство является второй по частоте причиной смерти в молодости, а если учесть самоубийства, замаскированные под другие виды насильственной смерти, то, возможно, и первой. За последнее десятилетие число самоубийств среди российской молодежи выросло в три раза. У девушек и юношей суицидная попытка часто является призывом о помощи, при этом биологический оптимизм мешает им со всей серьезностью относиться к смерти. Депрессии у них нередко маскируются сверхактивным поведением, агрессивными проявлениями и правонарушениями. 30 процентов подростков и юношей перед совершением самоубийства характеризовались как веселые и активные.

Ранние дезадаптивные схемы

«*Дефективность/Стыд*». Человек в глубине души считает, что он на самом деле плохой, ущербный, несовершенный, неполноценный, неспособный, недостойный.

«*Социальная изоляция*». Человек чувствует себя отделенным, изолированным от внешнего мира, считает себя непохожим на других и не ощущает себя частью ни одной группы или сообщества.

«*Зависимость*». Человек чувствует себя совершенно неприспособленным и неспособным жить и функционировать самостоятельно.

«*Самопожертвование*». Человек сосредоточен на добровольном удовлетворении потребностей окружающих людей, которых он считает слабее себя. Уделяя внимание своим потребностям, он чувствует себя эгоистичным. В результате он испытывает чувство вины за свой «эгоизм», поэтому отдает приоритет потребностям других людей.

«*Грандиозность*». Такой человек верит в то, что он превосходит других людей и, следовательно, достоин особых прав и привилегий.

«*Обреченность на неудачу/Неуспешность*». Такой человек верит, что непременно потерпит неудачу во всех своих начинаниях, так как считает себя скучным, надоедливым, безобразным, скверным и бесталанным, и верит, что он

неуместен в любом обществе и физически непривлекателен.

Шкала дисфункциональности

Оцените вопросы:

полностью согласен (-2),
отчасти согласен (-1),
нейтрален (0),
отчасти не согласен (1),
полностью не согласен (2).

1. Критика меня расстраивает всегда.
2. Интересы других предпочтительнее собственных.
3. Без поддержки окружающих я несчастен.
4. Я всегда должен следовать советам людей, которых уважаю.
5. Мое достоинство полностью зависит от мнения окружающих.
6. Я не могу быть счастлив, когда меня не любят.
7. Если меня не любят, то я обречен на несчастье.
8. Если близкие отвернулись от меня, то со мной что-то не так.
9. Если любимый не отвечает мне взаимностью, значит, меня невозможно любить.
10. Если я одинок, то скоро стану несчастным.
11. Если я хочу быть достойным человеком, то должен

хоть в чем-нибудь быть выдающимся.

12. Я должен быть полезным, продуктивным, творческим человеком, иначе жизнь теряет всякий смысл.

13. Люди, наполненные идеями, полезнее безыдейных.

14. Если я работаю хуже других, значит я хуже их.

15. Если я не справляюсь с работой, я не сложился как личность.

16. Если я не ас в этом, то какой смысл браться за эту работу.

17. Не нужно выказывать свои слабости.

18. Человек должен стараться делать все как можно лучше.

19. Ошибки меня обязательно расстраивают.

20. Если я не установлю наивысшей задачи для себя, то скачусь вниз.

21. Если я что-то заслужил, то должен обязательно получить.

22. Если на моем пути встречаются препятствия, то я расстраиваюсь.

23. Если интересы других я ставлю выше, чем свои, то эти люди обязаны при необходимости помогать.

24. Если я хороший супруг, то моя половина обязана меня любить.

25. Если я хорошо отношусь к кому-нибудь, то и он должен мне отвечать тем же.

26. Я ответствен за поведение близких.

27. Если кого-то расстроила моя критика, то это означает мою вину.

28. Чтобы быть высокоморальным человеком, нужно помогать всем нуждающимся.

29. Если у ребенка поведение не совпадает с общественными нормами, следовательно, родители не справились с воспитанием.

30. Я должен уметь угодить каждому.

31. Я не должен контролировать свои чувства, если случается что-то плохое.

32. Нет смысла пробовать избавиться от расстройств, так как это нормальная часть повседневной жизни.

33. Часто мое настроение зависит от вещей, которые находятся вне моего контроля: прошлое, биоритмы, гормональные циклы, душа, судьба...

34. Мое счастье зависит от моей судьбы.

35. Люди, на которых лежит печать успеха: хороший внешний вид, социальный статус, благосостояние или слава, – обычно более счастливы, чем те, у кого этого нет.

Тест состоит из 7 групп по 5 вопросов в каждой. Суммируйте баллы отдельно по каждой группе.

1. Одобрение.

Первые 5 вопросов теста оценивают тенденцию ставить самоуважение в зависимости от мнения окружающих. Поло-

жительный результат от 0 до 10 показывает, что человек имеет здоровое чувство собственного достоинства и нормально реагирует на неодобрение и критику.

Отрицательный результат от 0 до -10 показывает, что человек зависим от мнения окружающих. Если кто-то критикует его, то он автоматически считает себя ничтожеством. Так как он сверхчувствителен к чужому мнению, то им можно легко манипулировать.

2. Любовь.

Вторые 5 вопросов оценивают способность человека не зависеть от любви окружающих. Положительный результат показывает, что человек относится к любви как к желаемому, но помимо этого у него есть много других, не менее важных, интересов. Любовь для него не является необходимым условием счастья и самоуважения. Люди считают такого человека привлекательным – он обладает здоровым чувством любви к себе и интересуется многими сторонами жизни.

Отрицательный результат показывает, что человек подневолен любви. Чем ближе сумма к -10, тем сильнее зависимость от любви, тем больше человек соглашается на подчиненное положение из-за боязни отчуждения. Люди не уважают такого и считают обременительным для себя. Когда его отвергают, он становится назойливым, начинает манипулировать близкими. Его настойчивое требование любви и внимания отталкивает окружающих, усиливая одиночество.

3. Достижения.

Сумма баллов за 11–15 вопросы показывает склонность к различным видам зависимости. Положительный результат показывает, что человек получает удовлетворение от успехов, но это для него не единственный путь поддержания самоуважения. Отрицательный результат – зависимость от успехов. Чем ниже сумма, тем в большей степени человек ценит себя как товар на рынке. В случае неудачи у него возникает опасность эмоционального срыва.

4. Безупречность.

Пункты с 16 по 20 помогают оценить склонность к «безупречности». Положительный результат говорит о способности ставить разумные цели. Человек испытывает удовольствие от самого процесса достижения цели, не концентрируясь только на результате. Он не пытается делать все лучше всех, не боится ошибок, учится на них. Если результат отрицательный, то человек требует от себя безупречности. Ошибки недопустимы, любая неудача – катастрофа. Как только он достигнет одной цели, перед ним сразу встает другая. Он не успевает испытать радость от победы.

5. Претензии.

Позиции с 21 по 25 показывают ожидания человека. Положительный результат говорит, что человек не считает, что

судьба должна подчиняться его желаниям. Поэтому он сам добивается того, что хочет. Он терпелив и настойчив, и у него высокая способность противостоять ударам судьбы. В результате он часто опережает других. Отрицательный результат показывает, что человек ждет, чтобы все и вся угадывали его желания и охотно выполняли их. Разумеется, это не происходит, и человек постоянно чувствует себя обиженным. Он больше жалуется, чем делает что-то для разрешения своих проблем. В результате он получает от жизни все меньше и меньше.

6. Всомогущество.

В позициях с 26 по 30 происходит оценка склонности приписывать себе ответственность за происходящее вокруг. Положительный результат показывает, что человек относится к людям как к равным и не боится их несогласия. Он не склонен никого контролировать, и это многих притягивает к нему. Люди прислушиваются к его идеям, так как он не заставляет придерживаться своей точки зрения. Он не стремится взять верх, и люди уважают его за справедливость.

Отрицательный результат показывает склонность человека принимать ответственность за не зависящие от него события. Он необоснованно обвиняет себя за проступки людей, не находящихся под его контролем. Представление, что он должен быть всемогущим, заставляет его переживать чувство беспомощности.

7. Одиночество.

Пункты с 31 по 35 оценивают зависимость и самодостаточность. Положительный результат показывает, что человек чувствует ответственность за свои чувства, потому что понимает: они возникают только у него в голове. Такое представление дает возможность находить радость в себе и не страдать от одиночества. Отрицательный результат показывает, что человек уверен: радость и удовлетворение приходят извне. Его настроение приобретает полную зависимость от внешних факторов. Но внешний мир не подвластен его контролю, и человек впадает в депрессию.

Тест не только показывает ваши недоработки, но и дает перспективы личностного роста. Эту работу лучше всего проводить в группе личностного роста.

Если рост прекратился, близок конец.

Сенека

Рекомендации импульсивным

План вместо импульса. Назначьте себе срок, например, 30 дней. Скажите себе: если я умру, то не раньше такого-то числа, а оставшиеся 30 дней потрачу на приведение в порядок своих дел. Надо отдать долги, просмотреть бумаги и уничтожить ненужные, распорядиться остающимся имуществом, попрощаться с теми людьми, к которым хорошо от-

носился. Надо посетить места, с которыми связано нечто дорогое. И наконец, и это самое главное, надо привести в порядок свои мысли. Вдруг за это время они изменятся?

Рассмотрите фантазии о смерти. Опишите в деталях свои суицидные фантазии. Кто придет на похороны? Как эти люди будут стоять, что делать? О чем они будут говорить? Может быть, они будут молчать, стараясь не смотреть друг другу в глаза? Чем займутся эти люди после похорон? Появятся ли некрологи в газетах, если да, то какие? Как будут потом использованы эти газеты? Кому будет не хватать вас и для чего? Чего вы добились суицидом? Можно ли было добиться этого другим способом?

Расширьте свой круг интересов. Нельзя в таком состоянии оставаться наедине со своими мыслями и чувствами. Важно наладить общение с теми, кто может оказать вам поддержку. Иногда помогает просмотр фильмов или чтение книг героического содержания – герою плохо, а он набирается сил, находит в себе мужество и в сложнейшей ситуации выходит победителем. Так вы невольно спроецируете происходящее в фильме или книге на себя и тоже «окрепнете духом в борьбе с невзгодами».

Нужно очень много терпения, чтобы научиться терпению.

Станислав Ежи Лец

Как помочь подростку

Быть нормальным в период отрочества – само по себе ненормально.

Анна Фрейд

Россия занимает в мире первое место по числу разводов, числу детей, брошенных родителями, числу сирот, а также по числу детей, потребляющих психоактивные вещества. Процент подростков, находящихся в состоянии депрессии, у нас оценивается в 20, что в 4 раза выше среднемирового показателя. Частота самоубийств среди подростков 15–19 лет превышает средний мировой показатель по этой возрастной категории населения в 2,7 раза. По этому показателю мы на первом месте в Европе. На одно подростковое самоубийство приходится до 100 суицидных попыток. Пытался покончить с собой или планировал собственное самоубийство каждый четвертый подросток.

У 75 процентов подростков суицидное поведение связано с употреблением алкоголя и наркотиков, в том числе их родителями. Гомосексуальные подростки совершают попытки самоубийства в 4 раза чаще натуралов. Психологическими мотивами суицидного поведения подростков могут быть чувство протеста и мести, страх наказания и позора, стремление вызвать сочувствие. За последние годы в сотни раз выросло количество суицидов, совершенных по предваритель-

ному сговору в Интернете. Порой целые города охватывают эпидемии подростковых суицидов.

Сегодняшние подростки – самые активные пользователи сети, каждый второй живет в киберпространстве. Это и дети из неблагополучных семей, и, наоборот, дети богатых родителей. Нередко обеспеченные родители игнорируют своих детей, вместо заботы покупая им вещи. На решение свести счеты с жизнью все больше и больше влияют СМИ. Именно они популяризировали как «группы смерти», так и группы «колумбайн».

Колумбайнеры – это почти всегда школьники, которых травят. Они носят темные очки и длинные плащи. Последнее время они все чаще совершают не самоубийства, а нападения в школах. «Группами смерти» называют сообщества в социальных сетях, которые увлекают детей в «игру», заканчивающуюся суицидом. Если ребенок отказывается, ему пишут адрес его дома и угрожают убить близких. Типичным символом «группы смерти» является синий кит.

За один только май 2017 года и в одной только социальной сети «ВКонтакте» появлялось по 1,5 тысячи упоминаний в день кодовой фразы «хочу в игру», которая означает желание подростка вступить в «группу смерти». В июне число публикаций, содержащих указанные слова, выросло втрое, достигнув цифры 5000. Статистика поискового запроса «способ самоубийства» также выросла втрое и продолжает расти. После того как администрация соцсети «ВКонтак-

те» заблокировала и удалила целый ряд опасных хештегов, «группы смерти» буквально заполонили Instagram и Twitter. Приблизительное количество подписчиков «групп смерти» сегодня составляет более 500 тысяч человек.

Характерные черты «групп смерти»:

- 1) общая идеология обесценивания жизни, бессмысленности человеческого существования;
- 2) наличие специфического содержания (контента): картинок («пикчей»), аудио и видео с суицидальной тематикой;
- 3) специальный суицидальный сленг: «самовыпил» – суицид, «шаверма» – изуродованные трупы и т. д.;
- 4) символика, в качестве которой в основном используются киты, бабочки, а также знак со словами «ОНО» и «АД»;
- 5) раскручивание «икон суицида» (Ренаты Камболиной – Рины Паленковой, которая бросилась под поезд в ноябре 2015 года, предварительно сделав селфи на фоне проезжающего поезда и выложив их на своей странице в Сети с подписью «ня. пока.», и псковских Бонни и Клайда – школьников Дениса Муравьева и Кати Власовой, покончивших с собой после перестрелки с полицией);
- 6) стандартные способы объявления о «суицидальном квесте» – так называемые хештеги (#): #СинийКит, #ТихийДом, #ЯвИгре и др.;
- 7) типичные способы обработки сознания: прохождение ряда стадий (выполнение 50 заданий), депривация сна, угро-

зы убийства близких в случаях неподчинения и др.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относят следующие:

- напряженные отношения с родителями;
- конфликты со сверстниками и учителями;
- потеря любимого человека;
- подражание человеку, совершившему самоубийство;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- переезд семьи на новое место жительства;
- неразделенная любовь и ревность;
- нежелательная беременность;
- состояние переутомления;
- разрушение защитных механизмов личности вследствие употребления психоактивных веществ.

К суициду могут привести как насмешки и постоянное чувство неполноценности у подростков с плохой успеваемостью, так и неожиданная неудача у отличника, привыкшего к восхищению и не способного пережить чувство обиды, стыда и вины за то, что подвел родителей. В зоне риска находятся подростки из неблагополучных семей с различными формами дисгармоничного развития, со склонностью к асоциальному поведению, повышенной агрессивностью. Также высок риск суицидного поведения у подростков, отличающихся высоконравственными устоями, с идеализацией чувства любви и дружбы. Книжное восприятие действительно-

сти и столкновение с реальностью приводит таких детей к стрессовым состояниям.

Имеется определенная связь суицидного поведения подростка с типом акцентуации характера. Для нарциссического подростка характерны склонность к риску, пренебрежение опасностью. Конформный подросток может совершить суицид за компанию. Для сенситивных подростков характерны повторные вспышки суицидных мыслей в ситуации, которая подогревает свойственное им представление о собственной неполноценности. Под влиянием цепи неудач, обид и разочарований они могут совершить неожиданное для окружающих самоубийство по механизму «последней капли».

Циклоидные подростки попадают в поле зрения психиатра обычно в связи с суицидными попытками во время субдепрессивной фазы, которая углубляется жизненными неудачами и нареканиями окружающих. У них заметна печать отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.

У лабильного циклоида возможны аффективные суицидные попытки или истинные покушения на самоубийство в субдепрессивной фазе, если в это время подросток подвергается психической травматизации, укрепляющей его в мыслях о своей неполноценности. У него может также развиваться суицидоопасная депрессивная реакция на утрату значимых лиц, разлуку с ними, отвержение ими. У таких подростков значимы аффективные реакции самонаказания. Суицидное поведение отличается быстрым принятием реше-

ния, основывается на неопределенном стремлении «что-то с собой сделать». Другим фактором может служить желание «забыться». Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

Импульсивные подростки склонны к суицидным демонстрациям, которые чаще всего спровоцированы наказаниями. Подросток считает наказание несправедливым и совершает демонстративную попытку самоубийства, чтобы доставить неприятности обидчику. На фоне аффекта или опьянения подросток может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Обычно подросток наносит порезы и ожоги, порой из мазохистских побуждений.

Демонстративное суицидное поведение служит основной причиной психиатрической госпитализации истероидных подростков в возрасте 15–16 лет. Выбираются лишь безопасные способы «суицида» или изображается серьезная попытка в расчете на вмешательство окружающих. В качестве причины подростки обычно называют неудачную любовь, однако под этим романтическим ореолом, как правило, скрывается необходимость восстановить утраченный статус, побыть в центре внимания, избежать наказания и самому наказать обидчиков. Если подросток таким образом достигает своей цели, суицидные демонстрации становятся для него привычным способом разрешения конфликтов.

К суицидным демонстрациям примыкает подростковая бравада, когда игра со смертью используется для получения репутации исключительной личности. У лабильных истероидов и возбудимых подростков встречаются острые аффективные суицидные реакции, при которых на высоте аффекта на какой-то момент может возникнуть желание умереть или вручить свою жизнь воле случая: «Будь что будет!» В таких случаях демонстративное по замыслу действие может закончиться самоубийством.

Подросткам трудно формулировать свои мысли и переживания. Они не могут объяснить, что чувствуют, не умеют анализировать свои поступки и прогнозировать их последствия. Совершая манипулятивные демонстративные суициды, психически здоровые подростки часто наносят реальный вред своему здоровью из-за неадекватного прогнозирования медицинских последствий в связи с собственной некомпетентностью.

Подростковый криз включает перепады настроения без достаточных причин и другие попеременные полярные проявления: повышенную ранимость и браваду, застенчивость и развязность, сентиментальность и черствость, жажду признания и подчеркнутую независимость, антиавторитарность и обожание случайных кумиров, чувственное фантазирование и сухое мудрствование.

На этом фоне легко возникают суицидоопасные депрес-

сивные реакции. Основные внутренние конфликты в это время:

- бунт против контроля со стороны взрослых/потребность в руководстве;
- желание близости/страх интимности;
- испытание и проверка на прочность внешних границ/поддержка и забота со стороны взрослых;
- мысли о будущем/ориентация на настоящее;
- сексуальное созревание/психическая неподготовленность к сексуальному опыту.

В это время наблюдаются следующие характерные реакции.

Реакция эмансипации заключается в стремлении вы-свободиться из-под чрезмерной опеки старших. У недо-статочно любимого ребенка, воспитывающегося по методу строгих наказаний за непослушание и вознаграждений за де-ловые успехи, побуждения переориентируются на замеща-ющие объекты, и формируется высокий уровень ожиданий и притязаний. Если родители постоянно ругают ребенка за эгоизм, хвастовство или недомыслие, он усваивает представ-ление о себе как о никчемном и глупом человеке и соответ-ственно себя ведет. Крайняя форма реакции – побеги из до-ма и бродяжничество.

Самый опасный соблазн: не походить ни на кого.

Альбер Камю

Вариантом этой реакции является **реакция оппозиции**, которая возникает в ситуации лишения привычной любви и заботы или при непомерных требованиях со стороны матери и других близких. Истероидные и шизоидные подростки критикуют порядок, гипертимные нарушают его. Возможны уходы из дома, прогулы школы и другие нарушения правил и порядка, а также демонстративное суицидное поведение.

Реакция группирования со сверстниками проявляется в потребности подростка быть членом группы сверстников, чаще однополых. При семейно-педагогической запущенности, а также в закрытых заведениях для подростков (интернаты, спортивные лагеря, отделения больниц) реакция группирования может стать главным регулятором поведения подростка. В рамках этой реакции может развиваться болтаголизм – аддикция отношений, начинающаяся с многочасовых пустых разговоров у подъезда, бесцельного времяпровождения в компании приятелей и т. п.

Хобби-реакции проявляются в виде очень важных для подростка увлечений, которые делятся на интеллектуально-эстетические, телесно-мануальные, лидерские, накопительские, эгоцентрические, азартные, информативно-коммуникативные. Ради хобби подросток может жертвовать остальными занятиями, в том числе учебой. Азартные увлечения этого времени могут перейти, например, в спортивный и музыкальный фанатизм.

Реакция компенсации заключается в восполнении

неудач в одной сфере (например, в учебе) – в другой (например, в «смелом» поведении). О реакции гиперкомпенсации говорят и в тех случаях, когда подросток пытается самоутвердиться именно в трудной для него области: например, застенчивый мальчик пытается стать своим в дурной компании, начинает курить, пить, принимать наркотики, оставляет учебу.

Реакция имитации обнаруживается в подражании кумиру, причем это может быть как поп-звезда, так и преступный авторитет, окруженный романтическим ореолом. Вариантом является реакция отрицательного подражания, при которой поведение подростка прямо противоположно навязываемому образцу. Иногда сын алкоголика за счет отрицательной имитации становится трезвенником. К сожалению, чаще эта реакция лежит в основе необъяснимого появления хулигана и наркомана в семье с завышенными моральными требованиями.

Рекомендации родителям

Сочувственно выслушайте подростка. В состоянии душевного кризиса любому из нас, прежде всего, необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о са-

моубийстве.

Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг развивает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение также может служить основанием для тревоги.

Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Подросток может и не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии. Оцените серьезность намерений и чувств подростка. Если он или она уже имеют конкретный план самоубийства, то ситуация более острая, нежели когда эти планы расплывчаты и неопределенны.

Не бойтесь прямо спросить, не думают ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. Следующие вопросы и замечания помогут завести разговор о самоубийстве и определить степень риска в данной ситуации.

– Похоже, у тебя что-то стряслось. Что тебя мучает? (Так можно завязать разговор о проблемах подростка.)

– Ты думал когда-нибудь о самоубийстве?

– Каким образом ты собираешься это сделать? (Этот вопрос поможет определить степень риска. Чем более подробно разработан план, тем выше вероятность его осуществления.)

Утверждения о том, что кризис уже миновал, не должны ввести вас в заблуждение. Часто ребенок может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять вернется к тем же мыслям. Поэтому так важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора. Поддерживайте его и будьте настойчивы.

Подростку в состоянии душевного кризиса нужны строгие утвердительные указания. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору. Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь. Оцените его внутренние резервы. Если подросток сохранил способность анализировать и воспринимать советы окружающих, ему будет легче вернуть душевные силы и стабильность.

Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: родственников, друзей, учителей, священников, к которым можно обратиться. Попытайтесь убедить подростка обратиться к специалистам (психологу, врачу). В противном случае обратитесь к ним сами, чтобы вместе разработать стратегию помощи.

Карта риска суицида подростка

Оцените риск суицида путем алгебраического сложения баллов:

менее 9 баллов – риск суицида незначителен;

9–15,5 балла – риск суицида присутствует;
более 15,5 балла – риск суицида значителен.

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
I. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида	-0,5	+2	+3
2. Суицидные попытки у родственников	-0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	-0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла» в семье	-0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	-0,5	+0,5	+1
II. Актуальная конфликтная ситуация			
А) вид конфликта:			
1. Конфликт со взрослым человеком (педагогом, родителем)	-0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	-0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличный конфликт, вы- сокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+1
Б) поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывания с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
В) характер конфликтной ситуации:			
6. Подобные конфликты	-0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятно- стями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	-0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+1
Г) эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			

III. Характеристика личности			
А) волевая сфера личности:			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	-1	+0,5	+1
2. Решительность	-0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	-0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	-1	+0,5	+1
Б) эмоциональная сфера личности:			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+1,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	-0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	-0,5	+2	+3
9. Импульсивность	-0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	-0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	-0,5	+0,5	+1,5

Кризисная терапия подростков

Острая фаза 1 (клиническое лечение проводится в отделении интенсивной терапии).

Цель: неотложная медицинская помощь, оценка риска повторного суицида, построение доверительных отношений, семейный диагноз.

Методы: лечение соматических осложнений; совместное психиатрическое и психотерапевтическое обслуживание, выявление мотивов суицида; установление контакта с семьей.

Острая фаза 2 (клиническое лечение в психиатрически-психотерапевтическом отделении).

Цель: защита от саморазрушительных импульсов, укрепление доверительного отношения к терапевту, устранение одиночества и изоляции, выявление семейной конфликтной ситуации, провоцирующей суицид.

Методы лечения: наблюдение и уход со стороны персонала; регулярные индивидуальные беседы для выяснения динамики суицидного поведения, разработка стратегий совладания с кризисом; включение в стационарную работу (групповую терапию, терапию занятостью и др.); решение о виде и интенсивности работы с семьей (консультации с родителями или семейная терапия).

Фаза отдыха (клиническое лечение в психиатрически-психотерапевтическом отделении).

Цель: стабилизация терапевтических отношений, изменение условий, провоцирующих суицид, подготовка соци-

альной реадaptации.

Методы лечения: расширение радиуса действия (например, выход с другими пациентами); продолжение индивидуальных бесед, разработка плана профилактики; продолжение групповой работы; интенсификация бесед с родителями и семьей с целью подготовки к выписке; мероприятия в отношении среды (например, установление контакта с другими значимыми лицами).

Фаза ремиссии (амбулаторное лечение в поликлинике или у частного врача).

Цель: профилактика новой суицидной попытки, активизация «котерапевтов».

Методы лечения: наблюдение близкими людьми в домашнем окружении; подробные беседы с терапевтом, возможно также по телефону; продолжение работы с семьей, преодоление новых осложнений или конфликтов; оказание помощи при включении в социальное окружение (например, мероприятия, касающиеся школы).

Когнитивно-поведенческий подход в объяснении происхождения кризиса у детей делает акцент на недостатке социальной компетентности и способности к общению. Вначале я выявляю у подростка дисфункциональные убеждения в виде негативной самооценки, негативной картины мира и негативного ожидания будущего. Затем я ставлю их под со-

мнение, проявляя эмпатию (чуткость, душевность) и задавая вопросы таким образом, чтобы не навязывать подростку собственное мнение или отношение. Противопоставляя аргументы «за» и «против», подросток познает свои фиксированные схемы мышления, перепроверяет их и заменяет конструктивными идеями, более ориентированными на реальность.

Противопоставляя аргументы «за» и «против», подросток должен:

- а) познать свои фиксированные схемы мышления;
- б) перепроверить их;
- в) заменить конструктивными идеями, более ориентированными на реальность.

В конце каждой беседы мы вместе с подростком подбираем домашние задания, состоящие из ряда ступеней возрастающей трудности. Задания выбираем таким образом, чтобы пациент мог видеть успешность терапии и свои растущие возможности.

В процессе терапии пациенты научаются мысленно продолжать соответствующий диалог в ситуациях, провоцирующих негативные переживания. К лечению регулярно привлекаются родители, чтобы избежать противоречий в подходе к подростку, которые могут помешать терапии.

Тренинг самоконтроля направлен на изменение суицидогенных когнитивных процессов с помощью самонаблюдения, самооценки и самоощущения. Путем самонаблюдения

подросток выявляет стрессоры и фиксированные негативные схемы мышления в своей повседневной жизни, а также оценивает эффективность терапии.

При тренинге самооценки пациент обучается видеть себя более реалистично и оптимистично, признавать собственные достоинства, замечать позитивные изменения. В рамках самопоощрения пациент награждает себя за позитивные стратегии решения проблем.

Аффективный тренинг направлен на знакомство подростков с широким диапазоном эмоциональных переживаний у себя и других. Чувства могут идентифицироваться с помощью мимики и жестов в игровой форме. Часто ролевые игры и изобразительный материал больше поощряют пациента к сотрудничеству, чем простой разговор. Вместе с подростком мы составляем план занятий, в который включаются приятные для пациента виды деятельности и мероприятия. Они противодействуют склонности к уходу, пассивности и снижению мотиваций и способствуют позитивным переживаниям и улучшению настроения.

Тренинг социальных навыков нацелен на вербальные и невербальные способы общения, существенные для выражения и принятия как негативных, так и позитивных эмоций. Он включает инструкции, обучение на модели и практическое использование социально адекватных способов поведения при наличии обратной связи с терапевтом. Подросток приучается вначале обдумывать проблему, затем разрабаты-

вать стратегии ее решения и заранее предвидеть последствия возможных действий. Советы и поддерживающие установки должны всегда исходить из личного жизненного опыта ребенка и его семьи.

Следует учитывать, что попытки спасения подростка с асоциальным поведением от ответственности за совершенное правонарушение подкрепляют его социально неприемлемые способы ослабления напряжения, препятствуют выработке критики и последующей социально-психологической адаптации.

При лечении подростков, находящихся по болезненным мотивам в конфликте с родителями, нетрудно увидеть ошибки, совершенные родителями в процессе воспитания. Еще легче заразиться негативным отношением подростка к родителям и начать с ним «дружить против них». Причинами этого обычно являются идентификация с пациентом, отреагирование недовольства собственными родителями терапевта, неосознанное соперничество с родителями пациента и т. п.

Обращая внимание подростка на ошибки, совершенные его родителями, психотерапевт может усилить агрессию пациента к ним, что чревато обострением внутрисемейного конфликта и усилением суицидного риска у пациента. Чтобы избежать этого, я не осуждаю родителей пациента, а воспринимаю их как своих клиентов, пытаюсь их понять и передать это понимание подростку. В результате подросток учится более объективно воспринимать других людей, начинает

лучше понимать их трудности, становится терпимее и спокойнее.

Только живое может двигаться против течения.

Век стресса



Тяжелый стресс

*Никто не бывает несчастен только от внешних
причин
Сенека*

По оценкам многочисленных экспертов в настоящее время значительная часть населения страдает психическими расстройствами, вызванными острым или хроническим стрессом. Он приобретает масштабы эпидемии и представляет собой основную социальную проблему современного общества. Наиболее тяжелыми стрессорами являются: боевые действия, катастрофы, пожар, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти другого, пытки, изнасилование, разбойное нападение. Причем более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (удержание в заложниках), чем на природную катастрофу (наводнение).

Во время стресса человек использует проблемно-решающее поведение, успешность которого определяется его личностными и социальными характеристиками: физическими (здоровье, выносливость), социальными (круг знакомых, друзей, родных), психологическими (убеждения, самооценка и т. п.), материальными.

Проблемно-решающее поведение включает два типа стра-

тегий:

1) активные, ориентированные на разрешение проблем и приводящие к ослаблению симптомов эмоционального дистресса (самоконтроль, планирование разрешения проблем, позитивная переоценка и т. д.);

2) пассивные, направленные на редукцию эмоционального напряжения путем избегания, ухода от проблем, что, в конечном счете, приводит к нарастанию симптомов эмоционального дистресса.

Выделяют следующие способы проблемно-решающего поведения.

- Конфронтация – я буду стоять на своем и отстаивать свою позицию.
- Дистанцирование – уйду, чтобы ничего не случилось.
- Самоконтроль – я стараюсь справиться со своими проблемами сам.
- Использование социальной поддержки – я обсуждаю проблему с окружающими.
- Повышение ответственности – критикую свои действия или обучаюсь новым способам поведения.
- Избегание – делаю все, чтобы отвлечься от проблемы, расслабиться, забыться.
- Планирование разрешения проблемы – я думаю, что мне сделать.
- Позитивная переоценка ситуации – изменяю свое мнение о ситуации, нахожу в ней положительные стороны.

Стрессоры включают, но не ограничиваются перечисленным: непосредственное наблюдение за природными или антропогенными бедствиями, боевые действия, серьезные аварии, пытки, сексуальное насилие, терроризм; нападение, острая угрожающая жизни болезнь (например, сердечный приступ); наблюдение угрозы или фактического ущерба или смерти других внезапным, неожиданным или насильственным образом; известие о внезапной, неожиданной или насильственной смерти близкого человека. Ответ на стресс может включать временные эмоциональные, соматические, когнитивные или поведенческие симптомы, такие как оцепенение, спутанность сознания, грусть, беспокойство, гнев, отчаяние, гиперактивность, бездеятельность, социальный уход, амнезия, деперсонализация, дереализация или оцепенение. Вегетативные симптомы тревоги (например, сердцебиение, потоотделение, покраснение) являются общими и могут быть характерной особенностью.

Симптомы обычно появляются от нескольких часов до нескольких дней после стрессового события и обычно начинают ослабевать в течение нескольких дней после события или после удаления из угрожающей ситуации, когда это возможно. В случаях, когда стрессор продолжается или удаление невозможно, симптомы могут сохраняться, но обычно значительно уменьшаются примерно через один месяц, когда человек адаптируется к изменившейся ситуации.

Течение острого стрессового расстройства можно разделить на три стадии.

I стадия. Развивается глубокое аффективное сужение сознания, которое затрудняет контакт с окружающими. В результате взаимной индукции может возникнуть массовое саморазрушительное поведение. Исчезают моральные нормы, человек не чувствует боли при ранении, произвольная деятельность парализуется.

Ее заменяют два типа реакций:

- 1) «двигательная буря» (гиперкинетическая аффективно-шоковая реакция);
- 2) «мнимая смерть» (гипокинетическая аффективно-шоковая реакция).

В случае «двигательной бури» лицо человека выражает ужас, отчаяние. Нередко отмечают бледность или покраснение кожи, потливость, сердцебиение, непроизвольное выделение мочи и кала. Ориентировка в окружающем нарушена, человек может бесцельно метаться или бежать навстречу опасности.

При «мнимой смерти» наблюдается состояние резкой двигательной заторможенности, застывший взгляд в одну точку, человек немеет и часто замирает в той позе, в которой его застала психическая травма.

В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: отход от

ожидаемого социального взаимодействия, сужение внимания, очевидная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бессмысленная гиперактивность, неконтролируемая и чрезмерная грусть.

II стадия. Эмоциональный шок (продолжается один час и более). В этой стадии у человека происходит мобилизация физических сил (увеличение в 1,5–2 раза). В то же время выражены головокружение, головная боль, сухость во рту, тахикардия, переполняет чувство отчаянья. Возможно возникновение панических атак, способных заражать окружающих.

Мысли о спасении близких людей любой ценой становятся доминирующими идеями и во многом определяют поведение: хаотически стремиться куда-то бежать, что-то делать. Это мешает участникам кризисной ситуации конструктивно организовывать работу по преодолению ее последствий.

В этот период возникают три феномена: субъективное чувство сужения времени, когда все воспринимается как происходящее «здесь и сейчас», а прошлого и будущего нет; представление об отсутствии ресурсов для выхода из ситуации и переживание угрозы на уровне смыслов и ценностей. Воспоминания об этом периоде не сохраняются, так как наступает диссоциативная амнезия.

III стадия. Психофизиологическая иммобилизация (про-

должается в течение примерно трех суток). На этой стадии в результате контактов с другими жертвами, с телами погибших, с сотрудниками МЧС возникает так называемое стрессовое осознание. При этом остро ощущается тяжесть произошедшего, но внимание и память снижены, возможны ложные воспоминания. Возникают переживания по типу: «Что было бы, если бы...», которые сопровождаются болезненным осознанием неотвратимости произошедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием в связи с «проявленной слабостью», а также «виной выжившего» перед погибшими. Крика, громкого плача нет. Человек жалуется на бессилие. Настроение и активность резко снижены. Возможны вегетативные нарушения (дрожь, тошнота, понос и пр.).

Острая реакция на стресс длится от 2 до 60 дней. Полная картина симптомов должна присутствовать не менее трех дней после травматического события и может быть диагностирована только через один месяц после события. Симптомы, которые происходят сразу после события, но разрешаются менее чем за три дня, не отвечают критериям острого стрессового расстройства. При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее чем через 8 часов, а при сохранении стресса – не ранее чем через 48 часов. Затем начинается процесс выздоровления: отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникающим обстоятельствам.

В случае фиксации на травме жертвы изнасилования и разбойных нападений долго не отваживаются выходить из дому без сопровождения; могут быть последствия в виде злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также суицидных попыток. В случае гибели товарищей или близких человек переживает, что спасал себя, не думая о них. Он испытывает чувство «вины выжившего». Это, наряду с другими отягчающими факторами, может привести к развитию тяжелой формы посттравматического стрессового расстройства.

Клиническая картина острого стрессового расстройства обычно проявляется как тревожная реакция с навязчивыми воспоминаниями о событии. Воспоминания спонтанны или вызваны напоминаниями о событии стимулами, напоминающими травматический опыт (например, звук выхлопа автомашины, вызывающий воспоминания о выстрелах). Эти навязчивые воспоминания часто включают сенсорные компоненты (например, ощущение жара, которое испытывал в горящем доме), эмоциональные (например, страх при мысли о том, что нападавшего можно было заколоть) или физиологические (например, нехватка воздуха, которую человек испытывал, когда тонул).

Нередко это происходит в виде ярких живых образов или воспоминаний – **флешбэков**². При этом в легкой форме

² *Flash-back* (англ. – «обратное озарение»). Психологическое явление, при ко-

сохраняется осознание текущих событий, в тяжелой – осознание окружающей действительности полностью теряется. Диссоциативные состояния могут длиться от нескольких секунд до нескольких часов или даже дней, в течение которых компоненты события оживают и человек ведет себя так, как будто переживает событие в этот момент. Повторное переживание обычно сопровождается сильными или потрясающими эмоциями, такими как страх или ужас, и сильными физическими ощущениями.

Изменения в осознании могут включать в себя *деперсонализацию* – отчужденное чувство себя (например, видение себя с другой стороны комнаты) или *дереализацию* – искаженное представление о своем окружении (например, представление, что объекты движутся в замедленном темпе, восприятие предметов в оцепенении, непонимание событий, которые обычно понимаются). Некоторые люди также сообщают о невозможности вспомнить важный аспект травматического события, которое было предположительно зафиксировано.

У многих жертв катастроф возникают повторяющиеся сны или ночные кошмары, которые тематически связаны с травматическим событием. Например, потерпевший от несчастного случая с дорожно-транспортным происшествием может видеть страшные сны, включающие в себя различ-

тором у человека возникают внезапные, обычно сильные, повторные переживания прошлого опыта или его элементов.

ные автоаварии, содержание страшных снов участника боев может быть шире, чем только о боях. Очень часто люди с острым стрессовым расстройством испытывают проблемы со сном и поддержанием сна. Они могут быть связаны с кошмарами или с общим повышенным возбуждением, которое нарушает нормальный сон.

Некоторые пострадавшие не имеют навязчивых воспоминаний о самом событии, но вместо этого испытывают сильное психологическое расстройство или физиологическую реактивность, когда подвергаются воздействию событий, которые напоминают или символизируют аспект травматического события. Например, ветреные дни для детей, переживших ураган, вхождение в лифт мужчины для женщины, которую изнасиловали в лифте. Жертва ДТП может быть особенно чувствительной к угрозе, связанной с грузовиками. Включающий сигнал может быть физическим ощущением (например, головокружение для выжившего после травмы головы), особенно для людей с выраженной соматизацией.

Стимулы, связанные с травмой, постоянно избегаются. Человек может отказаться обсуждать травматический опыт или может участвовать в стратегиях избегания, чтобы свести к минимуму осознание эмоциональных реакций. Это поведенческое избегание может включать в себя предотвращение просмотра новостей о травматическом опыте, отказ вернуться на рабочее место, где произошла травма, или избегание взаимодействия с другими людьми, которые поделились та-

ким же травматическим опытом.

Наблюдаются проблемы концентрации, в том числе трудности запоминания ежедневных событий (например, забывание номера телефона) или целенаправленных задач (например, после долгого телефонного разговора).

Люди с острым стрессовым расстройством могут реагировать на неожиданные раздражители, проявляя повышенную реакцию испуга или нервозность при громких шумах или неожиданных движениях (например, человек может резко подпрыгнуть в ответ на телефонный звонок).

Может ощущаться неспособность чувствовать положительные эмоции (например, счастье, радость, удовлетворение или эмоции, связанные с близостью, нежностью или сексуальностью), но может испытывать негативные эмоции, такие как страх, грусть, гнев, чувство вины или стыда. Лица с острым стрессовым расстройством легко могут вспылить и даже проявить агрессивное словесное или физическое поведение в ответ на незначительную провокацию.

У лиц с острым стрессовым расстройством часто возникают панические атаки в течение первого месяца после воздействия травмы. Это может быть вызвано напоминаниями о травме или возникать спонтанно. Кроме того, люди с острым стрессовым расстройством могут проявлять хаотичное или импульсивное поведение. Например, безрассудно вести себя во время езды за рулем, принимать иррациональные решения или чрезмерно играть. Может наблюдаться раздражи-

тельность с агрессивными реакциями.

Люди с острым стрессовым расстройством обычно погружены в катастрофические или крайне негативные мысли о своей роли в травматическом событии или вероятности будущего вреда. Например, человек с острым стрессовым расстройством может чувствовать себя чрезмерно виноватым в том, что он не предотвратил травматическое событие или не смог более успешно адаптироваться к нему.

В случае тяжелой утраты после смерти, которая произошла при травматических обстоятельствах, симптомы острого стрессового расстройства могут включать острую реакцию горя. В таких случаях повторные переживания, диссоциативные проявления и симптомы возбуждения могут включать в себя реакции на потерю, такие как навязчивые воспоминания об обстоятельствах смерти человека, недоверие к тому, что человек умер, и гнев по поводу смерти.

Возрастные особенности. У детей в возрасте 6 лет и младше повторение событий, связанных с травмой, может появиться в игре и включать диссоциативные моменты. Например, маленький ребенок, который пережил автомобильную аварию, может неоднократно специально взволнованно разбивать игрушечные машины во время игры. Ребенок, переживший пожар, может рисовать пламя. Эти эпизоды обычно кратки, но связаны с тем, что травматическое событие происходит в настоящем, а не вспоминается как прошлое и

ассоциируется со значимым дистрессом.

Маленькие дети могут сообщать о пугающих снах без содержания, которые четко отражают аспекты травмы (например, пробуждение в испуге после травмы, но с неспособностью связать содержание сна с травматическим событием). Маленькие дети не обязательно проявляют реакции страха во время воздействия или даже во время повторного переживания. Родители обычно сообщают о различных эмоциональных проявлениях, таких как гнев, стыд или избегание, и даже о чрезмерно ярких положительных аффектах у детей, переживших травму. Хотя дети могут избегать напоминаний о травме, иногда они становятся озабоченными воспоминаниями о ней (например, маленький ребенок, укушенный собакой, может постоянно говорить о собаках, но избегает выходить на улицу из-за страха встретиться с собакой).

Реакции на стрессовые события у детей могут включать соматические симптомы (например, боли в животе или головные боли), разрушительное, регрессивное или оппозиционное поведение, гиперактивность, истерики, проблемы концентрации, раздражительность, изоляцию, чрезмерные мечты, повышенную привязчивость, ночное недержание мочи и нарушения сна. Может быть выраженная тревога разлуки, возможно, проявляемая чрезмерными потребностями во внимании со стороны воспитателей. У подростков реакции могут включать в себя употребление психоактивных веществ и различные формы отыгрывания действием или рис-

кованное поведение.

К факторам риска относятся предшествующие психические расстройства, высокий уровень негативной эмоциональности (невротизм), более выраженная серьезность травматического события и избегающий стиль преодоления. Катастрофические оценки травматического опыта, часто характеризующиеся преувеличенными оценками будущего вреда, вины или безнадежности, являются весьма вероятным прогнозом острого стрессового расстройства. Повышенная реактивность, проявляющаяся в резкой реакции испуга в ответ на громкий звук, до воздействия травмы увеличивает риск развития острого стрессового расстройства. Повышенный риск расстройства у женщин может быть обусловлен частично высоким условным риском острого стрессового расстройства, такого как изнасилование и другое межличностное насилие.

Схожие состояния. Депрессивные или гневные реакции в расстройстве адаптации могут включать в себя навязчивые мысли о травматическом событии, в отличие от произвольных и навязчивых тревожных воспоминаний при остром стрессовом расстройстве.

Спонтанные панические атаки очень распространены при остром стрессовом расстройстве. Тем не менее, паническое расстройство диагностируется только в том случае, если па-

нические атаки являются неожиданными и возникает тревога в отношении будущих атак или неадекватные изменения в поведении, связанные со страхом перед тяжелыми последствиями атак.

Тяжелые диссоциативные реакции (при отсутствии характерных симптомов острого стрессового расстройства) могут быть диагностированы как дереализация/деперсонализация. Если тяжелая амнезия травмы сохраняется при отсутствии характерных симптомов острого стрессового расстройства, может быть указан диагноз диссоциативной амнезии.

Если симптомы не начинают уменьшаться в течение примерно одной недели после прекращения стресса (или в течение примерно одного месяца в случае продолжающихся стрессоров), в зависимости от характера симптомов следует рассматривать такой диагноз, как расстройство адаптации или посттравматическое стрессовое расстройство.

Признаки, ранее называвшиеся постконтузионными (например, головные боли, головокружение, обостренная чувствительность к свету или звуку, раздражительность, дефицит концентрации), могут возникать при поражении головного мозга и без его поражения, в том числе у людей с острым стрессовым расстройством. В то время как повторные переживания и избегание характерны для острого стрессового расстройства, стойкая дезориентация и спутанность более специфичны для нейрокогнитивных нарушений, чем для острого стрессового расстройства.

Рекомендации потерпевшим

1. Контакты и отношения

Говорите с людьми о ваших переживаниях, а не о том, что случилось. Даже если вас тянет быть в одиночестве и никого не хочется видеть, старайтесь поддерживать связи с людьми. Сохраняйте контакт с семьей и друзьями. Проводите больше времени с вашими близкими – возможно, они тоже находятся в тревоге.

Разговаривайте с теми, кто перенес в прошлом тяжелые утраты. Попытайтесь организовать группы обсуждения и поддержки там, где это возможно, – на работе, среди друзей, соседей. Если вы религиозны или у вас есть кружок духовных друзей – сохраняйте связь с ними. Уделите внимание вашей вере и духовным потребностям.

2. Забота о себе

Позаботьтесь о питательной пище, достаточном сне и физических упражнениях. Помните: переживает не только ваша душа, но и тело, оно нуждается в уходе и поддержке. Постарайтесь не избегать занятий, которые доставляют вам удовольствие. Уделите внимание своему внутреннему состоянию и вашим потребностям: например, включите или не смотрите «Новости», если вы чувствуете потребность в покое.

Попытайтесь отметить, что в истории вашей жизни оживили тяжелые события? Что вдруг всплыло в памяти, с кем из вашей прошлой жизни и о чем вам хотелось бы поговорить, что вдруг выяснилось из прошлого и т. д. Воздержитесь от разговоров о больших новых проектах, изменениях в жизни, о том, как вы будете справляться с возможными новыми трудностями. Оставьте это на потом.

3. Держитесь привычного

Постарайтесь быть в устойчивом обществе близких, которые сочувствуют вам. Делайте повседневные житейские дела – они могут помочь вам вновь почувствовать себя самим (самой) собой и успокоить тревогу. Время больших стрессов – не лучшее время для принятия ответственных решений и серьезных изменений в жизни; если у вас есть выбор – не спешите принимать решение. Важно использовать привычные для вас подходы и придерживаться (насколько это возможно) тех способов и того темпа жизни, которые обычно вам свойственны, выполнять повседневные дела.

4. Действуйте

Выражайте свои мысли и мнения кому-нибудь, связанному с пережитым, кого вы хотите спросить, проинформировать или поблагодарить. Не избегайте тех сфер жизни, в которых вы можете проявить себя. Подумайте, что хорошего можно найти в вашем теперешнем положении? Может быть,

настоящая жизнь только теперь и начинается? Недаром говорят: «Не было бы счастья, да несчастье помогло!»

5. Помогайте вашим детям справиться со стрессом

Говорите с детьми о случившемся, об их переживаниях и страхах. Побуждайте детей спрашивать и отвечайте на их вопросы, сообразуясь в своих ответах с их потребностями, интересами и возможностями. Помогите им понять, как событие затронуло их жизнь и тех людей, которых они любят.

Убеждайте детей в том, что они теперь в безопасности. Просветите их (сами или обратитесь за помощью) – объясните, что такое пожар, наводнение, терроризм и т. д., в зависимости от характера происшедшего. Если вы потеряли кого-то из любимых людей, расскажите детям об этом человеке. Ваши отношения с этим человеком продолжают существовать, поскольку вы сохраняете память о пережитом вместе с ним.

6. Ищите дальнейшей помощи

Устанавливайте контакты с помогающими организациями. Если вы чувствуете, что не справляетесь со стрессом, вызываете очень большую озабоченность у близких или склонны к саморазрушительному или опасному поведению: алкоголь, наркотики, агрессия, – обратитесь к психологу или психотерапевту.

Острое стрессовое расстройство по МКБ-11

А. Воздействие реальной или угрожаемой смерти, серьезной травмы или сексуального насилия одним или несколькими из следующих способов.

1. Непосредственно переживает травматическое событие (события).

2. Лично наблюдает событие (события), происходящее с другими.

3. Узнает, что событие произошло с близким родственником или близким другом³.

4. Испытывает повторное или экстремальное воздействие отвратительных подробностей травматического события (например, первые собиратели человеческих останков, сотрудники полиции, неоднократно подвергающиеся воздействию подробностей жестокого обращения с детьми)⁴.

В. Наличие девяти (или более) следующих симптомов из любой из пяти категорий навязчивостей, негативного настроения, диссоциации, избегания и возбуждения, начина-

³ В случае фактической или угрожаемой смерти члена семьи или друга события должны быть насильственными или неожиданными.

⁴ Это не относится к воздействию через электронные носители, телевидение, фильмы или фотографии, если это воздействие не связано с работой.

ющихся или ухудшающихся после травмирующего события (явлений):

Навязчивости:

1. Повторяющиеся, произвольные и навязчивые тревожные воспоминания о травматическом событии (событиях)⁵.

2. Повторяющиеся тревожные сны, в которых содержание и/или влияние сна связаны с событием (событиями)⁶.

3. Диссоциативные реакции (например, воспоминания), в которых индивид чувствует или действует так, как будто травматическое событие повторяется. Такие реакции могут возникать в непрерывном течении, причем самым экстремальным выражением является полная потеря осознания реального окружения⁷.

4. Интенсивный или длительный психологический стресс или выраженные физиологические реакции в ответ на внутренние или внешние сигналы, которые символизируют или напоминают аспект травматического события (событий).

Негативное настроение

5. Постоянная неспособность испытать положительные эмоции (например, неспособность испытать счастье, удовлетворение или нежные чувства).

⁵ У детей может возникать повторяющаяся игра, в которой отражаются темы или аспекты травматического события.

⁶ У детей могут быть пугающие сны без определенного содержания.

⁷ У детей в ходе игры может возникать специфическая реконструкция травмы.

Диссоциативные симптомы

6. Измененное ощущение реальности окружающего или самого себя (например, видение себя со стороны, замешательство, замедление времени).

7. Неспособность запомнить важный аспект травматического события (случаев), как правило, из-за диссоциативной амнезии, а не других факторов, таких как травма головы, алкоголь или наркотики.

Симптомы избегания

8. Усилия, направленные на то, чтобы избежать тревожных воспоминаний, мыслей или чувств о травматических событиях или тесно связанных с ними.

9. Усилия избегать внешних факторов (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают тревожные воспоминания, мысли или чувства или тесно связаны с травматическим событием (событиями).

Симптомы возбуждения

10. Нарушение сна (например, затрудненное засыпание, прерывистый или беспокойный сон).

11. Раздражительное поведение и вспышки гнева (с незначительной провокацией или без нее), которые обычно выражаются как словесная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам.

12. Гиперчувствительность.

13. Проблемы с концентрацией.

14. Преувеличенная реакция испуга.

С. Продолжительность нарушения (симптомы из критерия В) составляет от трех дней до одного месяца после воздействия травмы⁸.

Д. Нарушение вызывает клинически значимое расстройство или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Е. Нарушение не связано с физиологическим действием вещества (например, лекарственным средством или алкоголем) или другим медицинским состоянием (например, легкой черепно-мозговой травмой) и не объясняется лучше острым психотическим расстройством.

Правила для психологов при оказании экстренной помощи в ЧС

1. Прежде чем приступать к помощи, определите, кто из пострадавших в чем нуждается. Уделите этому 30 секунд при одном пострадавшем, около 5 минут – при нескольких. Будьте готовы к среднему уровню возбуждения у пострадавшего (это нормально).

2. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Точно скажи-

⁸ Симптомы обычно начинаются сразу же после травмы, но для соблюдения критериев расстройства требуется постоянство от трех дней до месяца.

те, кто вы и какие функции выполняете. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибудет, что вы об этом позаботились.

3. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший, возьмите его за руку или похлопайте по плечу. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной, не обвиняйте его.

4. Расскажите пострадавшему, какая помощь будет ему оказана. Сразу скажите ему, что вы ожидаете от своей помощи и как скоро можно ожидать успеха. Расскажите о своей квалификации и опыте, чтобы пострадавший убедился в вашей компетентности.

5. Дайте пострадавшему посильное поручение, чтобы он мог убедиться в способности самоконтроля.

6. Дайте пострадавшему высказаться. Будьте внимательны к его чувствам и мыслям, пересказывайте позитивное.

7. При расставании найдите себе замену и проинструктируйте этого человека о том, что нужно делать с пострадавшим.

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

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

10. Снимайте возникшее у вас в процессе работы напря-

жение с помощью релаксации и профессиональной супервизии.

Экстренная психологическая помощь пострадавшему, находящемуся в ступоре. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему позитивные точки, расположенные над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания. Говорите пострадавшему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные), чтобы добиться его реакции.

В случае **двигательного возбуждения**, находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя. Изолируйте пострадавшего от окружающих. Массируйте позитивные точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, избегайте начинать фразы с частицы «не».

В случае **агрессии** сведите к минимуму количество окружающих. Дайте пострадавшему выговориться или «избить подушку». Поручите ему тяжелую физическую работу. Демонстрируйте благожелательность («Ты ужасно злишься, те-

бе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе найдем выход из этой ситуации»). Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями. Агрессию можно погасить страхом наказания, если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения и если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

В случае **паники** положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Дышите глубоко и ровно, побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме. Выслушайте пострадавшего, проявив заинтересованность, понимание, сочувствие. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

В случае **дрожи** нужно усилить ее. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, чтобы он не принял ваши действия за нападение. Не обнимайте пострадавшего и не прижимайте его к себе, не укрывайте его чем-нибудь теплым, не призывайте взять себя в руки. Дайте пострадавшему возможность отдохнуть, постарайтесь уложить его спать.

В случае **истерического припадка** удалите зрителей, создайте спокойную обстановку, останьтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (с грохотом уроните предмет, облейте водой, резко крикните на пострадавшего, дайте ему пощечину). Говорите с пострадавшим уверенно, короткими фразами: «Выпей воды», «Умойся». Уложите

пострадавшего спать.

В случае *плача* не оставляйте пострадавшего одного. Возьмите его за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте по голове. Периодически произносите: «ага», «да», кивайте головой, подтверждая, что вы слушаете и сочувствуете. Повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать. Помогите человеку, столкнувшемуся с угрозой для жизни, выразить свои чувства устно или письменно. Предложите ему сделать выводы из пережитой ситуации, полезные для дальнейшей жизни. Организуйте общение товарищей по несчастью, предложите обмениваться телефонами. Не позволяйте пострадавшему использовать роль жертвы для получения выгоды.

Помощь жертве сексуального насилия. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшую. Возьмите ее за руку или положите руку ей на плечо. Если увидите, что ей это неприятно, избегайте телесного контакта. Определите состояние психического и соматического здоровья пострадавшей. Выявите и проработайте тему самоубийства.

Не расспрашивайте пострадавшую о подробностях случившегося, не обвиняйте ее. Важно, чтобы пострадавшая

вспоминала столько, сколько может выдержать. Пострадавшая нуждается в том, чтобы поверить себе и своим воспоминаниям, но ей не хочется вновь переживать тяжелые чувства, она стыдится вас, боится оттолкнуть. Ободрите ее словами: «Чем больше вы рассказываете о пережитом, тем меньше негативной энергии остается, вам становится легче». При рассказе пострадавшей о событии побуждайте ее больше говорить не о конкретных деталях события, а о чувствах, связанных с ним.

Дайте пострадавшей понять, что она может рассчитывать на вашу поддержку и при этом сама решать, что ей сейчас необходимо, чтобы она чувствовала, что не потеряла контроля над реальностью. Если пострадавшая решила обратиться в полицию, идите вместе с ней. Ваша поддержка понадобится, когда ей придется вспоминать и вновь переживать ужасную ситуацию. Если пострадавшая живет вместе с виновником насилия, подумайте о другом месте жительства для нее или обеспечьте ей социальную поддержку и научите избегать провоцирования агрессора.

Она может винить себя в том, что недостаточно активно защищалась, или в том, что в момент насилия против воли испытала приятные ощущения. Помогите пострадавшей снять с себя ответственность за случившееся. Добивайтесь, чтобы она обвиняла не себя, а насильника и поняла, что сделала все возможное в таких обстоятельствах. Помогите пострадавшей освободить долго сдерживаемый гнев. Направь-

те его на насильника с помощью составления послания или разыгрывания психодрамы.

Установите контакт с «раненым внутренним ребенком» с помощью рисования, двигательных игр в группе и т. п. Определите и восстановите личностные границы пострадавшей, которые были нарушены насилием; восстановите самооценку и доверие к себе. Помогите ей оплакать то, что было утрачено в момент насилия: детство, семью (в случае инцеста), девственность, доверие к людям, чувство безопасности и т. д. Обеспечьте движение дальше – это момент, когда человек чувствует, что ему удалось включиться в жизнь.

Кризисная психологическая помощь детям с ПТСР базируется на нарративном (повествовательном) подходе. Вначале у ребенка выясняют, какие он любит игрушки, игры, сказки. Затем ему предлагают вместе сочинить новую сказку, героями которой назначаются любимые персонажи пациента. Начинает ее терапевт, потом просит ребенка продолжить. При этом сюжет сказки строится так, что исподволь начинает отражать пережитую травматическую ситуацию. Ребенок, замыкающийся и отказывающийся обсуждать ее в обычной беседе, рассказывает о том, что происходит с ним, идентифицируя себя с героем сказки.

Далее идет осмысление происходящего, а потом – работа с реакциями. Ребенку предлагается рассказать, как оценивал герой происходящие в сказке события и что при этом чув-

ствовал. Далее сюжет направляется терапевтом таким образом, что побуждает ребенка рассказать об особенностях поведения героя в сложной ситуации. Потом ему подсказываются способы конструктивного выхода из нее, он с помощью терапевта использует их в своем повествовании, убеждается в их эффективности, после чего счастливый исход истории становится очевидным. Повторение сказки, имеющей счастливый конец, закрепляет эффект, но нередко обнаруживает новые, еще не обсужденные темы. В этом случае в сюжет совместно вносятся соответствующие поправки.

Ребенку также предлагают создать серию рисунков на заданные психологом темы. Все темы для рисования являются эмоционально насыщенными и обычно сформулированы от первого лица. Список тем варьируется с учетом прежней истории, индивидуально-психологических особенностей ребенка и выявляемой в процессе обследования в ситуации «здесь и сейчас» значимой проблематики.

После того как ребенок создаст рисунок на первую заданную тему, терапевт с помощью уточняющих вопросов побуждает его составить по рисунку рассказ. Затем записывает все ответы ребенка, выделяя ключевые слова, предлагает ребенку следующий лист бумаги и формулирует новую тему для рисования.

Правила работы в условиях чрезвычайной ситуации сотрудников МЧС, психологов и врачей, оказывающих

помощь пострадавшим, предполагают обязательное соблюдение чередования смен работы и отдыха, предоставление им регулярного горячего питания, обеспечение безопасности, условий для сна. Однако даже при соблюдении этих правил через некоторое время у специалистов, работающих в чрезвычайных ситуациях, возникает ощущение хронической усталости, возможно появление симптомов синдрома выгорания. С ним связано развитие психосоматических расстройств и депрессии, снижение уровня трудовой морали и продуктивности. Из-за выгорания большинство специалистов в среднем через 7 лет меняют работу.

С целью профилактики формирования профессиональной деформации необходимо больше времени проводить с близкими, активнее принимать участие в делах семьи, вместе ездить на природу, ходить на выставки, концерты, спектакли.

Полезно расширение круга общения за счет людей разных профессий, не имеющих отношения к специфике работы в чрезвычайных ситуациях. Мощным ресурсом может стать чтение художественной литературы, просмотр видеофильмов, выявление и развитие собственных творческих способностей, формирование у себя увлечений, занятия спортом.

Специалисты сами должны периодически получать психологическую помощь у коллег, не участвующих в работе с пострадавшими. Такая работа может проводиться как индивидуально, так и с группой. Чаще используются краткосроч-

ные групповые занятия (в течение 4 дней, по две 1,5-часовые сессии в день, с перерывом в 30 минут). Группа должна состоять не более чем из 10 человек.

Наибольшей психотерапевтической ценностью при этом обладает групповая поддержка и сплоченность. Обсуждение в группе носит характер «свободной групповой ассоциации». Ведущий не задает тему, не структурирует процесс. При проведении «фокусных групп» прорабатывается одна актуальная для всех участников тема, однако в рамках этой темы группа свободна в своих ассоциациях.

В групповом анализе рассказы и описания внешних событий часто рассматриваются как метафоры происходящего «здесь и сейчас». Задача ведущего – помочь участникам выразить свои чувства, мысли, исследовать неосознаваемый смысл происходящего. С одной стороны, все группы проходят закономерные фазы развития, различающиеся по тематике, отношениям, эмоциям, решаемым задачам, с другой стороны, каждая группа развивается по-своему, у каждой – свой, индивидуальный путь, отражающий потребности и проблемы ее участников.

Своевременная кризисная поддержка в остром периоде купирует симптоматику и предотвращает ее хронизацию. Сопутствующие фобические симптомы ликвидируют с помощью когнитивно-поведенческой терапии: применяют прогрессивная релаксация, градуированное погружение в стимульный материал, контроль иррациональных мыслей.

В дальнейшем может понадобиться краткосрочная психодинамическая терапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к ПТСР. По возможности следует избегать госпитализации во избежание развития рентных установок и психической инвалидизации. В организации поддерживающей психотерапии большую роль играют семья и ближайшее окружение пострадавшего.

Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить у него чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачами терапии являются поддержка, проработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть клиенту чувство компетентности за счет воспоминания о преодоленных трудных ситуациях и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт.

При этом психолог должен отслеживать возможные суицидные тенденции и аффективные реакции, разряжать агрессию, переводя ее на себя. Поскольку он тоже находится под воздействием травмирующей ситуации, не стоит скрывать свою тревогу. Лучше попросить клиента поправить психолога, если он начинает навязывать что-то свое. Наиболее эффективна групповая форма терапии.

Самостоятельная работа с негативными переживаниями в технике НЛП

1. Представьте травмирующую ситуацию и постарайтесь увидеть все происходящее своими собственными глазами – ассоциируйтесь с ситуацией. Как только почувствуете негативные эмоции, тут же посмотрите на происходящее со стороны – дистанцируйтесь от ситуации.
2. Просмотрите всю ситуацию в отстраненной позиции.
3. Отложите эту картинку «на потом».
4. Вспомните веселую, бодрую мелодию или любимую песню, найдите для нее видеоряд – сделайте видеоклип. Прокрутите его от начала до конца. Если у вас не возникли положительные переживания, найдите другую мелодию.
5. Поместите на заднем плане изображение с мелодией, а на переднем – картинку негативной ситуации. Просматривайте одновременно два ряда событий с начала и до конца. При этом пусть звучит выбранная на шаге 4 мелодия.
6. Повторите 3–4 раза шаг 5, каждый раз на большей скорости. Прodelайте это в течение 1–2 секунд.
7. Ассоциируйтесь с негативной ситуацией и проживите ее еще раз. Если ваше восприятие события и ваши ощущения изменились в лучшую сторону, значит, экологическая проверка прошла удачно.

Каждый несчастен настолько, насколько полагает

себя несчастным.

Сенека

Жизнь после катастрофы

Величие человека состоит и в том, что он может чувствовать себя несчастным: дерево на это не способно.

Блез Паскаль

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает под воздействием события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера, чаще всего длительных или повторяющихся событий, выход из которых является трудным или невозможным. Такие события включают, но не ограничиваются ими, пытки, концентрационные лагеря, рабство, кампании геноцида и другие формы организованного насилия, длительное насилие в семье и повторное сексуальное или физическое насилие в детстве.

Интенсивный психологический стресс или физиологическая реакция часто возникает вновь, когда человек подвергается воздействию событий, которые напоминают или символизируют аспект травматического события (например, появление человека, который напоминает преступника). Пусковым сигналом может быть физическое ощущение (например, учащенное сердцебиение для ранее травмированного ребенка), особенно для лиц с высокой соматической готовностью.

Человек обычно предпринимает целенаправленные усилия, чтобы избежать мыслей, воспоминаний, чувств или разговоров о травматическом событии (например, используя методы отвлечения, чтобы избежать внутренних напоминаний) и избегает действий, объектов, ситуаций или людей, которые пробуждают воспоминания об этом. Избегающие люди стараются не сидеть спиной к двери, повторно проверяют, что у них в тылу, в зеркале заднего обзора транспортных средств и т. п. В крайних случаях человек может изменить свою среду (например, сменить дом или работу), чтобы избежать напоминаний. Невозможность вспомнить важный аспект травматического события обычно обусловлена диссоциативной амнезией и не связана с травмой головы, алкоголем или наркотиками.

Наблюдается возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах: повышенная настороженность и бдительность, раздражительность или вспыльчивость, повышение уровня бодрствования. Характерна повышенная чувствительность к потенциальным угрозам, включая те, которые связаны с травматическим опытом, и те, которые не связаны с ним (например, испытывают страх сердечного приступа).

Люди с ПТСР проявляют повышенную реакцию испуга или резкую реакцию на громкие звуки или неожиданные движения. Как правило, отмечаются трудности с концентрацией. Проблемы с засыпанием и сохранением сна могут быть связаны с ночными кошмарами и проблемами безопасности

или с повышенной возбудимостью. Некоторые люди также испытывают стойкие диссоциативные симптомы отрыва от своего тела (деперсонализация) или окружающего их мира (дереализация).

После стресса надолго ухудшается настроение. Человек испытывает тревогу, беспомощность, горе, злобу, унижение, вину, стыд. Заметно снижается интерес или участие в ранее любимых занятиях. Человек чувствует себя оторванным или отчужденным от других людей или испытывает постоянную неспособность чувствовать положительные эмоции.

Люди с ПТСР могут быстро вспылить, словесно проявлять агрессию и даже демонстрировать агрессивное физическое поведение в ответ на незначительную провокацию или без нее (например, кричать на людей, вступать в драку, уничтожать вещи). Они могут предпринимать безрассудные и саморазрушительные поступки, такие как опасное вождение, злоупотребление алкоголем или наркотиками, самоповреждение или суицидное поведение.

Типичной защитой является общее притупление чувств: эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, представление о кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной перспективы, потеря удовольствия от прежних увлечений, невозможность переживать радость, нежность, оргазм. В качестве альтернативы иногда могут возникать интенсивные отношения, но у человека есть трудности с их поддержанием.

Подавление эмоций приводит к их эпизодической разрядке в виде грубых, брутальных аффективных проявлений. Снижаются интересы, сосредоточение и продуктивность, появляется ориентация на прошлое, нарушается чувство времени. Наступает отчуждение от близких, ухудшаются взаимоотношения на работе и в семье, легко возникают зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и суицидные тенденции.

В течение года после стрессового воздействия в ситуации, напоминающей стрессовую или связанной с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые стойкие воспоминания пережитого (флешбэки), которые находят свое отражение и в повторяющихся сновидениях. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны диссоциативные эпизоды с переживанием деперсонализации-дереализации. Наблюдаются также обманы восприятия, чувства, мысли и действия, отражающие содержание травмы.

Имеются постоянные и преувеличенные негативные ожидания относительно важных аспектов жизни, применимых к самому себе, другим или будущему (например: «У меня всегда была плохая судьба»; «Людям во власти нельзя доверять»), которые могут проявляться как негативное изменение в воспринимаемой идентичности после травмы (например: «Я больше никому не могу доверять»). Лица с ПТСР могут иметь стойкие ошибочные убеждения о причинах травмирующего события, которые заставляют их ви-

нить себя или других. Человек может чувствовать себя виноватым в том, что он не избежал неблагоприятных обстоятельств или стал их жертвой, или не мог предотвратить страдания других (например: «Это лишь моя вина, что мой дядя спал со мной, не наказывайте его»).

Может возникнуть регрессия развития, такая как потеря речи у маленьких детей. Возможны слуховые псевдогаллюцинации, такие как мысли, произносимые одним или несколькими разными голосами, а также параноидальное мышление. После продолжительных, повторяющихся и тяжелых травматических событий (например, жестокое обращение с детьми, пытки) человек может дополнительно испытывать трудности с регулированием эмоций или поддержанием стабильных межличностных отношений или иметь диссоциативные симптомы. Когда травматическое событие приводит к насильственной смерти, могут присутствовать симптомы как тяжелой утраты, так и ПТСР.

Возрастные особенности. ПТСР может возникать в любом возрасте, начиная с первого года жизни. В группу риска входят дети и пожилые люди, что связано с несформированностью или ригидностью механизмов совладания. Маленькие дети могут сообщать о появлении страшных снов без содержания, отражающего травматическое событие, например, видят монстров. У них может развиться склонность к изоляции и даже психогенная немота.

В возрасте до 6 лет дети чаще проявляют повторные переживания симптомов через игру, которая прямо или символически относится к травме. Они могут не проявлять реакции страха во время воздействия или во время его повторного переживания. Дети более старшего возраста могут использовать обсессивную защиту в виде повторного обсуждения травмы, но аффект при этом подавляется.

Дети могут быть охвачены воспоминаниями и сосредотачиваются на рассказывании историй. Из-за ограниченных возможностей маленьких детей выражать мысли или обозначать эмоции характерно, что изменения в настроении имеют негативную направленность. Дети могут фантазировать на тему, что они могли бы сделать. Возможны пессимистические ожидания в отношении будущего, в том числе ожидание укороченного жизненного пути.

Избегающее поведение может быть связано с прерыванием игрового или исследовательского поведения у маленьких детей и сокращением участия в новых видах деятельности у детей школьного возраста или нежеланием использовать возможности развития у подростков (например, свидания, вождение автомобиля).

Старшие дети и подростки могут считать себя трусами. Подростки могут скрывать убеждение, что они изменились так, что стали социально нежелательными и чуждыми для сверстников (например: «Теперь я никогда не впишусь») и теряют надежду на будущее. Раздражительное или агрессив-

ное поведение у детей и подростков может мешать отношениям со сверстниками и школьному поведению. Безрассудное поведение может привести к случайной травме себя или других лиц, поиску острых ощущений или поведению с высоким риском. Подростки реагируют прогулами, сексуальным и оппозиционным поведением или употреблением ПАВ.

Дети и подростки более уязвимы, нежели взрослые, для развития комплексного посттравматического стрессового расстройства, когда подвергаются тяжелой, продолжительной травме (жестокое обращение с детьми, использование детей в незаконном обороте наркотиков или в качестве детей-солдат). Многие дети и подростки подвергаются множественным травмам, что увеличивает риск развития комплексного посттравматического стрессового расстройства. Дети и подростки с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством чаще, чем их сверстники, демонстрируют когнитивные трудности (например, проблемы с вниманием, планированием, организацией), которые могут, в свою очередь, мешать учебным и профессиональным достижениям.

У детей с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством распространенные проблемы аффективного регулирования и постоянные трудности в поддержании отношений могут проявляться как регрессивные, безрассудные или в виде агрессивного поведения по отношению к се-

бе или другим, возможны трудности в общении со сверстниками. Кроме того, проблемы регулирования аффекта могут проявляться как диссоциация, подавление эмоциональных переживаний, а также предотвращение ситуаций или переживаний, которые могут вызывать эмоции, включая положительные чувства.

В подростковом возрасте наблюдается употребление психоактивных веществ, поведение, связанное с риском (например, небезопасный секс, небезопасное вождение, самоповреждение, не связанное с самоубийством), а агрессивное поведение может быть особенно очевидным как проявление проблем дисфункции и межличностных проблем. Когда родители или опекуны являются источником травмы (например, сексуальное насилие), дети и подростки часто развивают неорганизованный стиль привязанности, который может проявляться как непредсказуемое поведение по отношению к этим людям (например, чередование между потребностью, отторжением и агрессией).

Лица, которые по-прежнему испытывают ПТСР в более зрелом возрасте, могут проявлять меньше симптомов повышенной возбудимости, избегания негативных убеждений и плохого настроения по сравнению с более молодыми взрослыми с ПТСР. В то же время взрослые, подвергшиеся травматическим событиям в зрелом возрасте, могут проявлять больше избегания, повышенной возбудимости, проблем со сном и истерик, чем молодые люди, подвергшиеся таким же

травматическим событиям.

Для пожилых людей ухудшение состояния здоровья, когнитивного функционирования и социальная изоляция могут усугубить симптомы ПТСР. В этом случае расстройство связано с негативным восприятием здоровья, использованием первичной медицинской помощи и суицидными мыслями. У пожилых людей в сложном посттравматическом стрессовом расстройстве может преобладать тревожное избегание мыслей, чувств, воспоминаний и людей, а также тревожное возбуждение (например, усиленная реакция испуга, вегетативная гиперреактивность). Эти люди могут настойчиво или временно сильно сожалеть о тех ударах, которые они испытали в течение своей жизни, что может привести к сильным чувствам печали.

Течение. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после стрессового воздействия, который длится от нескольких недель до 24 месяцев. Обычно симптомы начинаются в течение первых трех месяцев после травмы, хотя может быть задержка в месяцы или даже годы, прежде чем критерии для диагностики будут выполнены.

Особенностью ПТСР является волнообразный характер течения. На какое-то время симптомы полностью исчезают, а затем, под воздействием стрессора, напоминающего первоначальную травму, а иногда и без видимой причины возвращаются вновь. Повторение симптомов и усиление могут

возникать в ответ на напоминания о первоначальной травме, постоянных стрессовых ситуациях жизни или недавно пережитых травматических событиях.

Полное выздоровление происходит в течение трех месяцев примерно у половины взрослых, в то время как у некоторых пациентов симптомы сохраняются дольше 12 месяцев, а иногда и более 50 лет.

Описаны случаи с *отставленными проявлениями ПТСР*, его хронизацией и патологическим развитием личности с депрессивными, возбудимыми и инфантильными чертами. Расстройство развивается после экстремальной ситуации через 6 месяцев и более (иногда через несколько десятков лет).

Пациенты со страхом реагируют на любого, кто пытается ими распоряжаться, и поэтому не могут работать под чьим-то руководством. У многих наблюдается инфантилизация личности: пациенты становятся наивными, простодушными, ребячливыми, живут одним днем, обходясь самым необходимым. Часто возникает склонность к импульсивному, агрессивному и саморазрушающему поведению. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны диссоциативные эпизоды с обманами восприятия, чувствами, мыслями и действиями, отражающими содержание травмы.

Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего

события, могут вызвать сильную психологическую и физиологическую реакцию. Характерны попытки избегать воспоминаний о травме, мест и людей, связанных с ней, невозможность произвольно вспомнить важные аспекты травмы. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности.

В происхождении ПТСР играют роль такие факторы, как столкновение со смертью, внезапность, отсутствие похожего опыта, недостаток контроля и информации, трудности моральных выборов при спасении собственной жизни и жизни других, утрата близких, тревога за пропавших без вести. Большое значение могут также иметь стыд за свое поведение во время стресса, поражающий масштаб разрушений, ухудшение жизненной ситуации, необходимость приспособиться к новой среде обитания. Во время стресса мозг пытается справиться с чрезмерным объемом информации, чередуя периоды ее переработки и блокады мышления. Получение помощи в связи с болезненным состоянием служит подкреплению расстройства и ведет к его хронизации.

Риск и прогностические факторы подразделяются на предтравматические, травматические и посттравматические факторы.

Предтравматические факторы.

Личностные. Это эмоциональные проблемы детства в возрасте до 6 лет (например, до травматического воздействия, манифестации ПТСР или появления тревоги) и предшествующие психические расстройства (например, паническое, депрессивное или обсессивно-компульсивное расстройство).

К средовым факторам относятся более низкий социально-экономический статус, низкое образование, воздействие предшествующей травмы (особенно в детском возрасте), невзгоды детства (например, экономическая депривация, дисфункциональная семья, разлучение с родителями или их смерть), культурные характеристики (например, фаталистические или самообвиняющие стратегии преодоления), низкий интеллект, статус национального меньшинства и психиатрическая семейная история.

Генетические факторы включают младший возраст во время воздействия травмы (для взрослых) и женский пол. Некоторые факторы повышенного риска ПТСР у женщин объясняются большей вероятностью подверженности травматическим событиям, таким как изнасилование и другие формы межличностного насилия.

Травматические факторы.

К ним относятся тяжесть травмы (чем больше тяжесть травмы, тем выше вероятность ПТСР), воспринимаемая угроза жизни, личная травма, межличностное насилие (в

частности, травма, которой подвергается лицо, ухаживающее за ребенком, или связанная с очевидной угрозой для воспитателя ребенка), а для военнослужащих – быть исполнителем или свидетелем зверств или убийств врага. Наконец, фактором риска является диссоциация, возникающая во время травмы и сохраняющаяся после нее.

Посттравматические факторы.

Внутренние – негативные оценки, несоответствующие стратегии преодоления и развитие острого стрессового расстройства.

Внешние – последующее воздействие повторяющихся травмирующих напоминаний, последующие неблагоприятные жизненные события и финансовые или другие потери, связанные с травмой. Социальная поддержка (включая стабильность семьи для детей) является защитным фактором, который смягчает последствия воздействия травмы.

Распространенность ПТСР среди населения зависит от частоты травматических событий, количество которых повсеместно растет. Последние данные выглядят следующим образом.

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие травмы	2,5	23,5

Схожие расстройства. Острые стрессовые расстройства отличаются от ПТСР, поскольку картина симптомов при остром стрессовом расстройстве ограничена продолжительностью от трех дней до одного месяца после воздействия травматического события. От нарушений адаптации ПТСР отличается большим масштабом стресса и наличием флешбэков. У больных ПТСР могут развиваться симптомы фобического избегания. Такие случаи от простых фобий помогает отличить характер первичного раздражителя и наличие других свойственных ПТСР проявлений. Различия в стереотипе течения позволяют дифференцировать ПТСР от панического расстройства.

Двигательная напряженность, тревожные ожидания и повышенные поисковые установки у больных ПТСР напоми-

нают генерализованное тревожное расстройство, однако для него характерно менее острое начало и меньшая выраженность фобической симптоматики, которая к тому же не связана с конкретным травматическим событием.

При обсессивно-компульсивном расстройстве навязчивые мысли переживаются как неуместные и не связываются с конкретной травмой, обычно присутствуют навязчивые действия, а другие симптомы ПТСР или острого стрессового расстройства отсутствуют. Флешбэки, отмечаемые при ПТСР, следует отличать от иллюзий и галлюцинаций, обнаруживаемых при реактивном психозе.

Навязчивые воспоминания в ПТСР отличаются от депрессивного навязчивого мышления тем, что они относятся только к произвольным и навязчивым тревожным воспоминаниям. Акцент делается на повторяющихся воспоминаниях о событии, которые обычно включают сенсорные, эмоциональные или физиологические поведенческие компоненты. Обычным симптомом являются тревожные сны, которые воспроизводят или отражают само травматическое событие или тематически связаны с его основными угрозами. Эндогенная депрессия является частым осложнением ПТСР, что существенно повышает риск суицида.

Легкие сотрясения мозга могут непосредственно не сопровождаться очевидными неврологическими знаками, но вести к затяжной аффективной симптоматике и нарушениям сосредоточения. Недостаточное питание в ходе затяжных

стрессовых воздействий также может самостоятельно вести к органическим мозговым синдромам, включающим нарушения памяти и сосредоточения, эмоциональную лабильность, головные боли и головокружения.

Отличить органические мозговые синдромы, сходные с ПТСР (например, головные боли, головокружение, чувствительность к свету или звуку, раздражительность, дефицит концентрации), помогает наличие изменений личности по органическому типу, изменения сенсорики или уровня сознания, очаговые неврологические, делириозные и амнестические симптомы, органический галлюциноз, состояния интоксикации и отмены.

Посттравматическое стрессовое расстройство по МКБ-11

Следующие критерии применимы к взрослым, подросткам и детям старше 6 лет.

А. Подвергся действительной или угрожающей смерти, серьезным травмам или сексуальному насилию одним (или несколькими) из следующих способов.

1. Непосредственно пережил травматическое событие (события).
2. Наблюдал событие (я), случившееся с другими.
3. Узнал, что травматическое событие (я) произошло с близким родственником или близким другом. В случаях

фактической или угрожаемой смерти члена семьи или друга событие (я) должно было быть насильственным или неожиданным.

4. Испытал многократное или чрезмерное воздействие от-
вратительных подробностей травматического события (на-
пример, в числе первых собирал человеческие останки; в ка-
честве сотрудника полиции неоднократно сталкивался с по-
дробностями жестокого обращения с детьми)⁹.

В. Наличие одного (или нескольких) следующих симпто-
мов навязчивости, связанных с травматическим событием
(событиями) и начинающихся после травмирующего собы-
тия (явлений).

1. Повторяющиеся, непроизвольные и навязчивые тре-
вожные воспоминания о травматическом событии (событи-
ях). У детей старше 6 лет может возникать повторяющаяся
игра, в которой отражаются темы или аспекты травматиче-
ского события (событий).

2. Повторяющиеся тревожные сны, в которых содержание
и/или воздействие сновидений связаны с травматическим
событием (событиями). У детей могут быть пугающие сны
без узнаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, воспоминания),
в которых индивид чувствует или действует так, как если

⁹ Критерий А4 не распространяется на воздействие электронных средств, теле-
видения, фильмов или изображений, если это воздействие не связано с работой.

бы травматическое событие (события) повторялось. (Такие реакции могут возникать в непрерывном течении, причем самым экстремальным выражением является полная потеря осознания настоящей действительности.) У детей травматические события могут отражаться в ходе игры.

4. Интенсивный или длительный психологический стресс при воздействии внутренних или внешних сигналов, которые символизируют или напоминают аспект травматического события (событий).

5. Заметные физиологические реакции на внутренние или внешние сигналы, которые символизируют или напоминают аспекты травматического события (явлений).

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травматическим событием (событиями), начиная с травматического события (событий), о чем свидетельствует одно или оба из следующих.

1. Избегание или попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей или чувств или ассоциаций, тесно связанных с травматическим событием (событиями).

2. Избегание или попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают тревожные воспоминания, мысли или чувства или тесно связаны с травматическим событием (событиями).

Д. Отрицательные изменения в установках и настроении, связанные с травматическим событием (событиями), начавшимися или ухудшающимися после травмирующего события (явлений), о чем свидетельствуют два (или более) из следующих.

1. Неспособность запомнить важный аспект травматического события (случаев) (как правило, из-за диссоциативной амнезии, а не других факторов, таких как травма головы, алкоголь или наркотики).

2. Стойкие и преувеличенные негативные убеждения или ожидания о себе, других или о мире (например: «Я плохой», «Никому нельзя доверять», «Мир постоянно опасен», «Вся моя нервная система совершенно разрушена»).

3. Настойчивые, искаженные мысли о причине или последствиях травмирующего события (явлений), которые приводят человека к обвинению себя или других.

4. Стойкое отрицательное эмоциональное состояние (например, страх, ужас, гнев, чувство вины или стыд).

5. Заметно уменьшенный интерес или неучастие в важных мероприятиях.

6. Чувство отрешенности или отчужденности от других.

7. Постоянная неспособность испытывать положительные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или нежные чувства).

Е. Заметные изменения в возбуждении и реактивности,

связанные с травматическим событием (событиями), начавшимися или ухудшающимися после травмирующего события (явлений), о чем свидетельствуют два (или более) из следующих.

1. Раздражительное поведение и вспышки гнева (с незначительной провокацией или без нее), обычно выражающиеся в словесной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.
2. Безрассудное или саморазрушительное поведение.
3. Гиперчувствительность.
4. Преувеличенная реакция испуга.
5. Проблемы с концентрацией внимания.
6. Нарушение сна (например, затрудненное засыпание, частые пробуждения или беспокойный сон).

Г. Продолжительность нарушения (критерии В, С, D и E) составляет более 1 месяца.

Г. Нарушение вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Н. Нарушение не связано с физиологическими эффектами вещества (например, лекарства, алкоголь) или другим медицинским состоянием.

Укажите, если:

При диссоциативных симптомах: симптомы индивида отвечают критериям посттравматического стрессового расстройства и, кроме того, в ответ на стрессор индивидуум проявляет постоянные или повторяющиеся симптомы любого из следующего:

1. Деперсонализация: постоянные или повторяющиеся ощущения отстраненности, как будто бы он является внешним наблюдателем своих психических процессов или тела (например, ощущение, как будто он находится во сне, ощущая чувство нереальности себя или тела или замедленного течения времени).

2. Дерезализация: постоянные или повторяющиеся ощущения нереальности окружения (например, мир вокруг индивида воспринимается как нереальный, сказочный, отдаленный или искаженный)¹⁰.

Укажите, если:

С отставленным началом: если полные диагностические критерии не выполняются, по крайней мере, 6 месяцев после события (хотя начало и выражение некоторых симптомов могут быть немедленными).

¹⁰ Чтобы использовать этот подтип, диссоциативные симптомы не должны быть связаны с физиологическими эффектами вещества (например, потерей сознания, поведением при алкогольной интоксикации) или другим медицинским состоянием (например, малыми припадками при парциальной эпилепсии).

Хроническое изменение личности после переживания экстремальной ситуации по МКБ-10

Диагностика этого расстройства предусматривает соответствие состояния следующим критериям.

1. Анамнестические сведения о появлении выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и отношении индивидуума к себе и окружающим после перенесенной им экстремальной ситуации (заключение, пытки, катастрофа, затяжные угрожающие жизни обстоятельства).

2. Изменения личности носят выраженный характер, сопровождаясь ригидным и неадекватным поведением, проявляющимся по меньшей мере в двух из следующих симптомов:

а) стойкое враждебное или недоверчивое отношение к окружающему при отсутствии такой установки до попадания в экстремальную ситуацию;

б) социальная изоляция (избегание контакта с людьми, кроме немногих живущих вместе родных), не обусловленная каким-то психическим, в том числе аффективным расстройством;

в) стойкое чувство внутренней пустоты и/или безнадежности (не ограничивающееся очерченным эпизодом аффективного расстройства и отсутствовавшее до экстремальной

ситуации), которое может быть вызвано повышенной зависимостью от других, неспособностью выразить отрицательные или агрессивные эмоции и стойким депрессивным аффектом без указания на наличие депрессивного расстройства перед экстремальной ситуацией;

г) стойкое ощущение нервозности или беспричинной угрозы, проявляющееся в повышенной бдительности и раздражительности при отсутствии прежде таких черт; состояние хронического внутреннего напряжения и чувства угрозы может сочетаться со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами;

д) стойкое чувство собственной измененности или инакости в сравнении с другими людьми (отчуждение), это чувство может сочетаться с ощущением эмоциональной оглушенности.

3. Изменения личности имеют следствием отчетливое снижение социального функционирования или субъективное страдание и отрицательное воздействие на близких.

4. Изменения личности выступают после экстремальной ситуации, в прошлом отсутствуют данные о нарушениях развития, психопатических чертах или акцентуациях в детском, подростковом и взрослом периоде, которые могли бы объяснить актуальное состояние.

5. Изменения личности существуют в продолжение не менее двух лет, они не связаны с эпизодами других психических заболеваний (за исключением посттравматического

стрессового расстройства) и не могут быть объяснены органическим поражением мозга.

Для **профилактики развития ПТСР** важно в течение первых нескольких недель чрезвычайной ситуации организовать для всех ее участников серию занятий по программам психологической саморегуляции состояний. Для индивидуальной коррекции стрессовых состояний у лиц с начальными признаками ПТСР используются элементы суггестивных методик (внушение, самогипноз).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.