

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ**

Минск, БелМАПО
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере
дополнительного образования взрослых по профилю образования
«Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2020

УДК 615.851-051-039.74:614.21(075.9)

ББК 53.57я73

Э 41

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 4 от 28.05.2020

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного образования
взрослых по профилю образования «Здравоохранение»
от 09 июля 2020 года (протокол № 5)

Авторы:

Байкова И.А., заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Тарасевич Е.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Давидовский С.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Терещук Е.И., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Родцевич О.Г., декан педиатрического факультета БелМАПО, доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Ерема А.В., старший преподаватель кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО

Рецензенты:

Кириллюк В.С., главный врач УЗ «МГДПД», главный внештатный специалист по детской психиатрии комитета по здравоохранению Мингорисполкома

Кафедра психологии факультета философии и социальных наук БГУ.

Э 41

Экстренная психологическая помощь для специалистов системы здравоохранения в кризисной ситуации: учеб.-метод. пособие /И.А. Байкова [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 72 с.

ISBN 978-985-584-481-6

В учебно-методическом пособии описаны особенности оказания экстренной психологической помощи в ситуации с COVID-19 и в других стрессовых жизненных обстоятельствах. Подробно описаны понятия: кризис, травматизация, кризисное реагирование, эмпатия, эмпатическое сопровождение, профессиональное выгорание, реакция горя; даны рекомендации для кризисных интервенций, сопровождения пациента в кризисе и реакции горя; подробно описаны методы самопомощи в кризисной ситуации; подходы в психотерапии, как в кризисной психолого-психотерапевтической интервенции, так и особенности психотерапевтического ведения таких пациентов на отдаленных этапах психотерапии.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки и повышения квалификации врачей всех специальностей, медицинских сестер, психологов системы здравоохранения, труда и социальной защиты.

УДК 615.851-051-039.74:614.21(075.9)

ББК 53.57я73

ISBN 978-985-584-481-6

© Байкова И.А. [и др.], 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. Особенности кризиса, связанного с COVID-19	4
1.1. Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в условиях COVID-19	4
2. Основные принципы организации и оказания помощи по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в условиях COVID-19	7
2.1. Основные принципы работы с острым кризисным состоянием	8
2.2. Информация для населения по управлению стрессом в условиях вспышки COVID-19	10
2.3. Информация для медиков, осуществляющих деятельность, непосредственно связанную с COVID-19	11
2.4. Особенности психотерапевтических интервенций при кризисном вмешательстве	13
2.5. Основные принципы кризисной интервенции	14
2.6. Общая схема кризисной интервенции	14
2.7. Телефон доверия	17
3. Синдром эмоционального выгорания	19
4. Методики и принципы релаксации	29
4.1. Медитация	30
4.2. Аутогенная тренировка	32
4.3. Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону	37
4.4. Экспресс-методы снятия стресса и управления трудными психологическими ситуациями	42
5. Эмпатия консультанта и коммуникативные навыки в кризисном реагировании	44
6. Работа с ситуациями потери. Методы поддержки в ситуации реакции горя	52
6.1. Психоаналитический взгляд на процесс горевания	52
6.2. Диагностика и оказание помощи пациентам с ситуациями потери по стадиям горевания (Элизабет Кюблер-Росс)	56
6.3. Другие психологические концепции и методы психологической помощи в горевании	62
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	67

Беларусь, как и весь мир, продолжает бороться со вспышкой COVID-19. Мировая практика, к сожалению, показывает, что многие, кто работает в медицинской системе, неизбежно оказываются контактами первого уровня.

Для предотвращения проявлений дистресса как во всей популяции, так и среди медицинских работников рекомендуется, чтобы в рамках мероприятий по реагированию на вспышку болезни были использованы различные уровни вмешательств в области психического здоровья (начиная с базовых услуг, связанных с безопасностью; услуг, связанных с поддержкой семьи и укреплению социальных сообществ; поддержки медиков, например, врачей общей практики; заканчивая помощью психологов, врачей психотерапевтов, врачей психиатров-наркологов) (IASC Reference Group on MHPSS in Emergency Settings (Circulated on: 17 March 2020).

1. ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСА, СВЯЗАННОГО С COVID-19

В то время как весь мир продолжает переживать кризис COVID-19, центр внимания постепенно смещается от забот о физическом здоровье к краткосрочному и долгосрочному влиянию кризиса на психическое здоровье людей. В нынешних обстоятельствах негативное восприятие ситуации связано с очень разнообразными факторами, начиная от текущей эпидемиологической обстановки, оценки возможности заражения, до экономической неопределенности, необходимости находиться постоянно дома и, в конце концов, незнанием, что принесет завтрашний день или следующая неделя. Такие обстоятельства с большой вероятностью приводят к стрессу и беспокойству. В дополнение к этому поток негативных новостей и сайты с вызывающей тревогу информацией влияют на наше психическое здоровье, наш сон и способность противостоять повседневным трудностям, таким как удаленная работа из дома и дистанционное обучение у детей. Тем не менее, ситуация с COVID-19 быстро меняется, в то время как постоянно развивается понимание особенностей COVID-19.

1.1 Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в условиях COVID-19

В условиях любой эпидемии люди обычно испытывают стресс и беспокойство

Реакции людей, затронутых эпидемией как прямо, так и косвенно, могут включать:

- Страх заболеть и умереть.

- Уклонение от обращений в медицинские учреждения из-за страха заразиться.
- Страх потери средств к существованию, отсутствия возможности работать в условиях изоляции, увольнения с работы.
- Страх социальной изоляции/карантина из-за болезни.
- Чувство беспомощности в отношении защиты близких и страх потери.
- Страх разлуки с близкими.
- Чувство беспомощности, скуки, одиночества и депрессии из-за изоляции.
- Страх вновь пережить опыт эпидемии.

Чрезвычайные ситуации всегда вызывают стресс, но есть конкретные факторы стресса, характерные для вспышки COVID-19, которые влияют на население:

- Риск заразиться самому и заразить других людей, особенно если способ передачи вируса COVID-19 не понятен на 100%.
- Общие симптомы других проблем со здоровьем (напр., лихорадка) могут быть ошибочно приняты за COVID-19 и привести к страху быть зараженным.
- Взрослые могут испытывать тревогу за детей, оставшихся дома без надлежащего присмотра и поддержки. Закрытие школ может иметь различные последствия для женщин, которые обеспечивают большую часть неформального ухода в семьях. Это касается ограничения времени на работе и, соответственно, экономических возможностей.
- Риск ухудшения физического и психического здоровья уязвимых лиц, например, пожилых людей и инвалидов, если лица, осуществляющие уход за ними, помещаются на карантин и если отсутствуют иные формы поддержки

Медсестры, врачи, водители «скорой помощи», медрегистраторы и другие специалисты, которые оказывают непосредственную помощь пострадавшим от COVID-19, могут быть подвержены дополнительным факторам стресса:

- Стигматизация по отношению к тем, кто работает с пациентами COVID-19 и их останками.

- Строгие меры биобезопасности: физическая нагрузка от защитного снаряжения; физическая изоляция, снижающая уровень комфорта; постоянная ответственность и напряжение; соблюдение строгих процедур, исключающих спонтанность и автономность.

- Повышенные требования на работе, включая увеличение длительности рабочего дня, количества пациентов.

- Необходимость отслеживания последней информации по COVID-19.

- Снижение возможности использования социальной поддержки из-за напряженного графика работы и стигматизации.

- Недостаточность личных ресурсов или возможности по уходу за собой.

- Страх возможности заразить COVID-19 близких и друзей.

Постоянный страх, беспокойство, чувство неопределённости и факторы стресса во время вспышки COVID-19 могут привести к долгосрочным последствиям для населения, семей и уязвимых лиц, таким как ухудшение социальных связей; стигма по отношению к выздоровевшим пациентам, приводящая к отторжению местным населением; более выраженным аффективным состояниям, в том числе проявлениям гнева и агрессии по отношению к правительству и специалистам, которые оказывали непосредственную помощь пострадавшим, а также в отношении детей, супругов, партнеров и членов семьи (рост насилия в семье и среди сексуальных партнеров); к появлению недоверия к информации, предоставленной правительством и другими органами власти.

Люди с развивающимися или уже имеющимися психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, могут испытывать рецидивы и другие негативные последствия, поскольку избегают посещения медицинских учреждений или не имеют доступа к своим поставщикам медицинских услуг.

Вместе с тем люди могут испытывать и позитивный опыт, такой как поддержка социального контакта с людьми, находящимися в изоляции, с помощью телефонных звонков, текстовых сообщений и радио; обмен информацией, особенно с теми, кто не пользуются социальными сетями; оказание помощи людям, которые были разлучены со своими семьями и опекунами.

2. Основные принципы организации и оказания помощи по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке в условиях COVID-19

Деятельность по оказанию услуг в сфере охраны психического здоровья должна основываться на существующих местных условиях и реальностях. Важно определить существующие ресурсы и учреждения, которые могут оказывать услуги по охране психического здоровья в каждом регионе для объединения, мобилизации и координации (государственные и частные учреждения здравоохранения; службы социального обеспечения; службы образования) с целью организации доступности услуг по защите психического здоровья и адаптации к потребностям различных групп населения (детей, пожилых людей, людей с ограниченными возможностями, других уязвимых групп: беременных и кормящих женщин; лиц, подвергающихся гендерному насилию и др.).

Информирование является важным условием противодействия разнообразным страхам и неадаптивным реакциям, которые порождаются как реальными опасностями, так и недостатком знаний, слухами и дезинформацией. В связи с этим организация информационной компании для населения с целью просвещения, борьбы со стигматизацией и дискриминацией, а также с любыми чрезмерными опасениями заражения, поощрение населения ценить и поддерживать специалистов, которые принимают непосредственное участие в мерах по реагированию на эпидемию является необходимой мерой по психологической стабилизации.

Требования времени актуализируют востребованность горячих линий Телефонов доверия для поддержки людей, которые чувствуют себя обеспокоенными или расстроенными. Возможно также использование других коммуникационных средств (WhatsApp, социальные сети) для создания групп поддержки/социальной поддержки, особенно для людей, находящихся в изоляции.

Помощь по охране психического здоровья и благополучия специалистам, которые непосредственно оказывают помощь заболевшим людям, организована по следующим направлениям:

1. Экстренная психологическая помощь по телефону доверия.
2. Индивидуальное консультирование on-line (Scipe, Viber, WhatsUp, Zoom и пр.).
3. Групповые методы реабилитации on-line (Scipe, Viber, WhatsUp, Zoom и пр.).

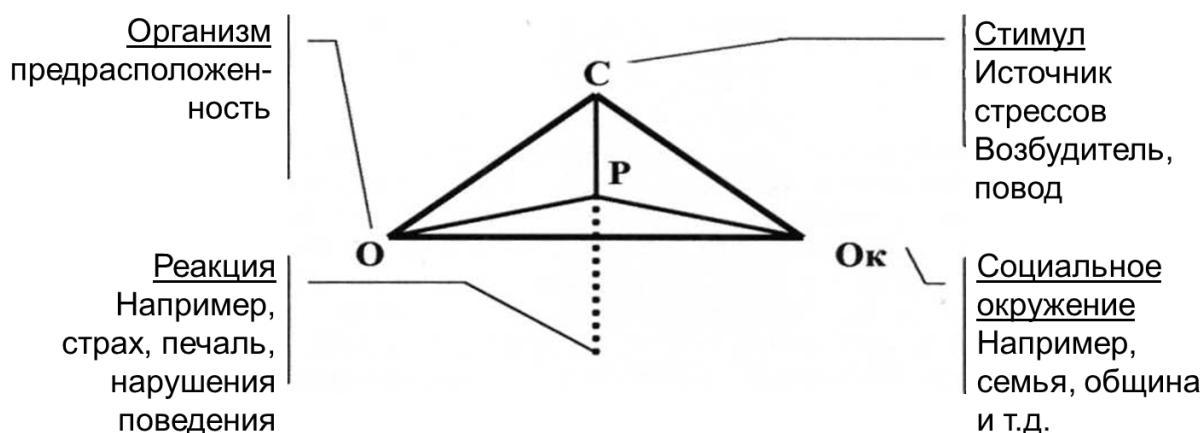
Основные компоненты каждого вмешательства:

- Продвижение стратегий заботы о себе (выполнение дыхательных упражнений, упражнений на расслабление).
- Подготовка соответствующей целевой группе информации о том, как преодолеть страх и тревогу, как поддержать других.
- Четкая, лаконичная и точная информация о COVID-19, в том числе о том, как получить доступ к помощи в случае недомогания.

2.1. Основные принципы работы с острым кризисным состоянием

Ситуация с COVID-19 может быть отнесена к разряду травматических кризисных ситуаций, поскольку под «Травматическим кризисом» мы понимаем кризисы, которые были вызваны неожиданно наступившим или ставшим известным событием: известие об угрожающем диагнозе болезни, новые ограничительные условия жизни, смерть близкого родственника, неожиданная покинутость, неожиданно наступившие телесные повреждения и пр.

Схема реагирования в травматическом кризисе включает несколько компонентов (по Рейтер и Строеккой, 1977):

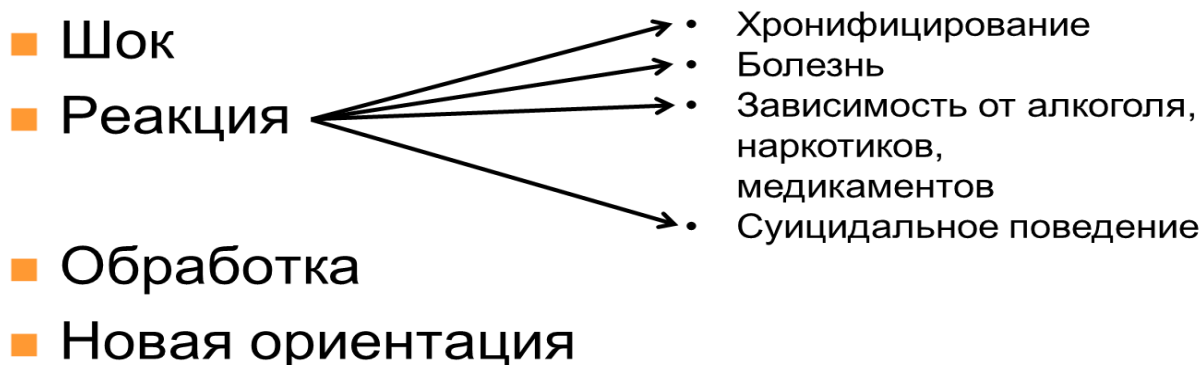


В угловых точках находятся чётко определённые, понятные и доступные для исследования элементы. Повод, стимул, это внешне установленное событие или четко очерченные внутренние процессы (напр. половая зрелость, менопауза). Есть также исследовательское, которое занимается этой областью «лайф-ивент-исследование» (жизнь-событие). Также можно исследовать и социальное окружение, как в отдельном случае, так и в рамках глобальных исследований. Можно установить меру социальной поддержки, можно исследовать и её качество. И, наконец, фактор, который здесь описан как организм – диспозиция - подверженность,

можно уточнить с помощью психиатрического, общемедицинского и биографо-психотерапевтического исследования с большой степенью точности. Точка в центре, когда-либо существовавшая реакция, возникает, с одной стороны, в результате взаимодействия трёх компонентов, а с другой стороны и в результате того, как эти три компонента влияют друг на друга.

Следовательно, здесь мы имеем дело с комплексной системой взаимодействий, ход которых ни в коем случае нельзя предвидеть. Возможны лишь совершенно общие высказывания: чем уязвимее организм, чем массивней повод, чем слабее социальная поддержка, тем сильнее будет реакция. Однако и здесь возможны взаимные влияния и компенсации, которые, как следствие, могут иметь удивительные результаты.

Фазы протекания травматического кризиса



После шока следует фаза реагирования. Изливаются все эмоции, вызванные шоком. Палитра – от боли, печали, отчаяния до ярости, обвинения и самообвинения. Эмоциональные реакции могут найти полное выражение или же могут быть подавлены, так как пострадавший себе этого не позволяет или же окружение призывает к подавлению аффектов. Опасности кризиса находятся в фазе реагирования. Возможны срывы, а также суициды. Чаще застревают в фазе реагирования, при этом человек, в определённой мере привыкает к плохому состоянию и пребывает в нём, осознавая своё бессилие, зачастую это связано с социальной отрешённостью/изоляцией. Деструктивные попытки решения (алкоголь, наркотики, медикаменты, попытки суицида, болезнь), к которым человек прибегает в тех случаях, когда он не находит позитивного решения. В благоприятном случае после этого состояния следует фаза обработки, когда эмоции отходят на задний план и человек начинает реально заниматься новой ситуацией. Однако эта тенденция не протекает беспрерывно, снова и снова человек может впасть в

эмоции фазы реагирования. Если обработка удаётся, то может наступить новая ориентация, которая должна себя проявить в реальной жизни. Кризис, возможно, обостряется тем, что пострадавший смотрит лишь на одну деталь/сторону проблемы.

При планировании психотерапевтической **интервенции при кризисе** важно учитывать вовлечение всех характеристик человеческого жизни (физическое тело, отдых, питание, общение, культура).

2.2. Информация для населения по управлению стрессом в условиях вспышки COVID-19:

- Это нормально – чувствовать себя грустным, расстроенным, обеспокоенным, смущенным, испуганным или злым во время кризиса.
- Поговорите с людьми, которым вы доверяете. Свяжитесь со своими друзьями и семьей.
- Если вы должны оставаться дома, поддерживайте здоровый образ жизни (включая правильное питание, сон, физические упражнения и социальный контакт с близкими людьми). Поддерживайте связь с семьей и друзьями через электронную почту, телефонные звонки и использование платформ социальных сетей.
- Не употребляйте табак, алкоголь или другие наркотики, чтобы справиться со своими эмоциями.
- Если вы чувствуете себя подавленным, поговорите с медицинским работником, социальным работником, иным специалистом или с человеком, которому вы доверяете (например, религиозным деятелем или старейшиной общины).
- Имейте план действий в случае, если вам понадобится помощь, связанная с физическим или психическим здоровьем, психосоциальными нуждами.
- Получите информацию о рисках для вашего здоровья и о мерах предосторожности. Используйте надежные источники для получения информации, такие как веб-сайт ВОЗ, а также государственных учреждений здравоохранения.
- Сократите время, которое вы и ваша семья тратите на просмотр или прослушивание угнетающих безрадостных сообщений в средствах массовой информации.
- Примените навыки, которые вы использовали в иные трудные времена, чтобы управлять своими эмоциями во время этой вспышки коронавирусной инфекции.

2.3. Информация для медиков, осуществляющих деятельность, непосредственно связанную с COVID-19:

- В условиях вашей сегодняшней деятельности вы и ваши коллеги, вероятно, испытываете стресс. И это нормально при данных обстоятельствах.
- Возможно также ощущение того, что работа выполняется недостаточно хорошо, что есть высокий спрос на услуги.
- Стресс и связанные с ним чувства ни в коем случае не означают, что вы не можете выполнять свою работу или что вы слабы, даже если вы так себя ощущаете.
- Стресс на самом деле может быть даже полезен для поддержания вашей деятельности и ее целенаправленности.
- Управление стрессом и психосоциальным благополучием в данных условиях также важно, как и управление своим физическим здоровьем.
- Позаботьтесь о себе: не забывайте об отдыхе и передышках во время работы или между сменами; не забывайте про еду; находите время для физических упражнений; поддерживайте контакты с семьей и друзьями. Старайтесь не использовать бесполезные стратегии совладания, включая употребление табака, алкоголя или других наркотиков, которые могут ухудшить состояние вашего физического и психического здоровья.
- К сожалению, некоторые сотрудники могут подвергнуться остракизму со стороны своей семьи или земляков из-за стигматизации. Это может значительно усложнить и без того сложную ситуацию. По возможности, поддерживайте связь с вашими близкими через использование цифровых технологий. Обратитесь за поддержкой к вашим коллегам, начальнику, доверенным лицам, которые, возможно, испытывают то же, что и вы.
- Сценарий ситуации, связанной с эскалацией коронавируса, является беспрецедентным для многих сотрудников, особенно если ранее они не привлекались к участию в мероприятиях ЧС.
- Попробуйте, тем не менее, применить в сегодняшних условиях стратегии по управлению стрессом, которые вам помогали ранее. Помните, что сценарии могут быть разными, а стратегии одинаковыми.
- Если ваш стресс усиливается, и вы чувствуете себя подавленным, в этом нет вашей вины. Каждый человек испытывает стресс и справляется с ним по-разному. На это могут влиять факторы стресса, связанные с обстоятельствами вашей личной жизни.

- Вы можете замечать изменения в отношении к работе, связанные с повышенной раздражительностью, ощущением тревоги, хронической усталостью.

- Вам может быть труднее расслабиться во время отдыха, или вы можете испытывать необъяснимую физическую боль (напр. боль в животе).

- Хронический стресс может повлиять на ваше психическое благополучие и вашу работу даже после улучшения ситуации.

- Если вы не можете самостоятельно справиться со стрессом, пожалуйста, обратитесь к своему руководителю или сотруднику с соответствующими полномочиями за помощью, обратитесь на горячую линию телефона доверия.

Информация для руководителей:

- Если вы являетесь руководителем, помните о том, что защита сотрудников от хронического стресса и помощь в сохранении психического здоровья, имеет непосредственное влияние на качество выполнения ими трудовых обязательств.

- Следите за психологическим состоянием своих сотрудников и создавайте благоприятные условия для их общения с вами, в том числе на темы, связанные с ухудшением их самочувствия.

- Обеспечьте хорошую качественную коммуникацию и предоставление достоверной информации своим сотрудникам. Это поможет снизить уровень беспокойства, связанного с неопределенностью, а также повысить ощущение надлежащего контроля.

- Подумайте, есть ли возможность предоставить вашим сотрудникам отдых для восстановления сил, в которых они нуждаются. Это важно для физического и психического благополучия. Кроме того, во время отдыха сотрудники могут провести необходимые мероприятия по уходу за собой. Обеспечьте краткий и регулярный форум, позволяющий работникам выражать свои чувства и задавать вопросы, а также поощряйте коллегиальную поддержку среди коллег.

- Не нарушая конфиденциальности, обратите особое внимание на тех сотрудников, которые, как вам известно, испытывают трудности в личной жизни, ранее страдали плохим психическим здоровьем или не имеют социальной поддержки.

- Обучение навыкам оказания психологической поддержки может принести пользу руководителям для оказания необходимой поддержки коллегам.

2.4. Особенности психотерапевтических интервенций при кризисном вмешательстве:

- Стабилизирующее вмешательство, совсем иначе, чем в психотерапии.

- Помогающий должен понимать, что происходит временное оказание помощи для особой ситуации с целью возможно быстрого восстановления, когда пациент сам может о себе заботиться. Формула "помощь для самопомощи" (слишком широкое и затянувшееся оказание помощи может сделать пациента пассивным и зависимым, и стать началом для неблагоприятного развития).

- Концентрация на актуальной ситуации, на «Здесь и Сейчас». Предыстория важна настолько, насколько она содержит опыт похожих ситуаций, который может помочь. Меньшую помощь может оказать изучение личной истории жизни, даже если это и может иметь значение для кризисного процесса.

- Нарушения, происходящие из личной истории, могут быть обработаны в заключительной психотерапии, при кризисном состоянии это перенапрягает пациента и отвлекает его от решения проблем.

- Формирование и укрепление существующих поддерживающих ресурсов: ценности, материальная обеспеченность (уверенность), работа и результат, социальная сеть, тело. Необходимо направить пациента, научить его снова пользоваться его исправными ресурсами маленькими шагами.

- Для работы с кризисом важно предоставить себя временно в качестве ресурса и заменить то, что отсутствует, а при определенных обстоятельствах и отсутствующую социальную сеть.

В процессе кризисного консультирования ставятся три задачи

1. Адекватное и ясное представление о происшедшем.
2. Управление своими чувствами и реакциями, преодоление аффекта.
3. Формирование поведенческих моделей, позволяющих преодолеть последствия травмы.

Суть кризисной интервенции заключается не в том, чтобы решить проблему, а в том, чтобы сделать возможной работу над проблемой.

2.5. Основные принципы кризисной интервенции

⇒ **Ограничение целей:** ближайшая цель кризисной интервенции – предотвращение катастрофических последствий. Основная цель – обучение пользоваться адаптивными способами преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия. Не нужно в остром кризисе стараться решать старые проблемы, вскрывать старые раны, так как в кризисе у человека отсутствуют силы справиться с этим.

⇒ **Работа с чувствами:** мы не пытаемся изменить чувства человека, а реорганизуем их в более конструктивное целое. Боль, которую испытывает человек в кризисе, мотивирует его на поиск новых путей решения, ресурсов, на приобретение новых навыков. Способствуем не ускорению переживаний человека, не достижению их безболезненности, а нормальному (то есть максимально безопасному для психики и личности) переживанию сильного стресса. Ни в коем случае нельзя преуменьшать интенсивность чувств, выражаемых пациентом. Например, если женщина чувствует злость, ужас или панику, будет ошибкой говорить: «Я вижу, что вы чем-то обеспокоены».

⇒ **Принятие решений:** избегайте вмешиваться в то, что пациент должен решить сам. Мотивируйте его отложить принятие решения до окончания острого кризисного состояния.

⇒ **Оказание поддержки:** при работе по преодолению кризиса консультант, прежде всего, обеспечивает потерпевшему поддержку. Необходимо сохранять внешнее спокойствие, избегать нереалистичных обещаний и прогнозов, продиктованных желанием успокоить пострадавшего. Специалист (при всей эмотивности беседы), должен быть **избегать слияния** с пациентом – опасность эмоционального заражения очень велика.

2.6. Общая схема кризисной интервенции

Этап 1. Установление контакта

Знакомство: с первых минут консультант стремится установить психологический контакт, означающий обоюдное принятие доверия, уважения и симпатии. Представьтесь обратившемуся и объясните, как вы связаны со службой помощи в кризисных ситуациях, разъясните свою роль и задачи, расскажите о той помощи, которую вы можете оказать пострадавшему. Контакт со специалистом обеспечивает безопасную атмосферу, в которой пострадавший от травматического стресса и/или насилия может обратиться к своему болезненному опыту, без страха быть непонятым или услышать осуждение в свой адрес. Контакт устанавливается

на эмоциональном уровне и состоит, прежде всего, из следующих действий консультанта: идентификация чувств пациента; признания его права чувствовать именно так; подтверждения пациенту, что его чувства поняты и принимаются.

Показателями установления контакта является физическое и эмоциональное раскрепощение человека, его готовность рассказывать о себе, делиться переживаниями. Терпеливое и доброжелательное отношение специалиста, его готовность задавать наводящие вопросы, умение снять скованность и принять сильные переживания пациента являются залогом эффективной коммуникации.

Этап 2. Сбор информации (активное слушание)

Побудите пострадавшего говорить с вами о случившемся. Предоставьте возможность высказаться не прерывая, поощряя к рассказу: «О чем бы Вы хотели рассказать? С чего бы хотели начать?», «Когда это случилось?». Направляя разговор: «Продолжайте...», «А что было дальше?», «Расскажите об этом...». Исследуйте актуальное состояние проблемы и связанных с ней чувств; определите, какое событие или переживание стало причиной острого кризиса. Выясните, как долго имеет место быть проблема, каковы условия, в которых она созревала. Будьте терпеливы, дайте время для ответов на ваши вопросы. Помогите пациенту выразить чувства: «Что Вы сейчас чувствуете?». Объясните, что многие испытывают подобные чувства и подвержены сходным реакциям. Выясните представления пациента о травматическом влиянии ситуации. Оцените степень суицидального риска. Узнайте, что пациент думает о своих действиях во время ситуации.

Этап 3. Формулирование проблемы

Действия консультанта на этом этапе сводятся к следующему: суммирование полученной информации; формулирование проблемы в таком виде, с которым пациент будет согласен. В ряде случаев – переформулирование проблемы, чтобы пациент мог учесть большее число ее аспектов; если проблема слишком велика – разделить ее на более мелкие составляющие; отделить от актуальных проблем в прошлом. Помогите пациенту определить отдельные переживания и установить приоритеты, то есть отметить то, что его больше всего беспокоит и чем нужно заняться в первую очередь.

Этап 4. Исследование возможностей

Побудите пациента к вербальному оформлению планов, высказыванию возможных вариантов выхода из кризисной ситуации. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека на ближайшие дни: «Что Вы будете делать через час, сегодня вечером?» и т.п. Очень полезно составить конкретный план действий на период до встречи со специалистом («антикризисный план»), но, если этого не получится, не следует форсировать события, принуждая человека сделать больше, чем он может в данный момент. Выясните, были ли раньше аналогичные ситуации. Узнайте, что раньше помогало в аналогичной ситуации. Соберите информацию о том, случалось ли похожее с кем-нибудь из знакомых пациента, и что они делали в таких ситуациях. Совместно с пациентом обдумайте пути выхода из сложившейся ситуации. Если от консультанта требуют совета или единственно верного решения, передайте ответственность пациенту. Можно обратиться к нему с вопросом, например: «Что бы Вы хотели сделать?» или «Если бы Вы могли что-то сделать, что бы Вы предприняли?», «Какой у Вас выбор?». На этапе исследования возможностей избегайте приступать к решению проблемы и оставайтесь в рамках прояснения текущих событий. Пока человек находится в состоянии острого кризиса, его решения могут быть нереалистичными. А чаще всего «тоннельное мышление», сопровождающее кризисное состояние, вообще не позволяет видеть выход из создавшегося положения.

Этап 5. Альтернативы и решения

Вместе составьте план действий по решению важнейших проблем, вызванных кризисом. Для каждой из тем обсуждений предложите возможные альтернативные решения: «Какие возможны варианты/альтернативы?». Совместно обсудите негативные и позитивные последствия намеченных действий: «Что произойдет, если...?», «Что может произойти в самом худшем случае?», «Какой из вариантов кажется Вам наиболее приемлемым?». Укрепите появившееся у человека ощущение, что он контролирует ситуацию и свою жизнь, подчеркивая, что это он принимает решения и будет их реализовывать, как считает нужным: «Только Вы можете решать, как это будет». Если пациент высказывает нереалистические цели – стимулируйте по возможности отказаться от них. Остановите стремление пациента контролировать события, которые он не может контролировать (например, поступки других людей, развитие ситуации, которая зависит не от него). Оцените способность пациента справиться с последствиями кризиса. Узнайте, есть ли поддерживающее окружение: кто из их близких или друзей может оказать поддержку.

Этап 6. Контракт

Только после того, как эмоциональное состояние человека постепенно стабилизируется, возможен переход от эмоционального и хаотического описания ситуации и таких же хаотических попыток найти выход из тупика к рациональному осмыслению. Если проблема достаточно сложная, то между всеми предыдущими этапами и последовательной выработкой решения необходим «мостик».

Консультанту необходимо: еще раз кратко изложить содержание кризисной ситуации, четко отделяя в изложении факты, чувства, мысли пациента по поводу переживаемой ситуации и его фантазии (то есть ничем не подтвержденные домыслы, догадки, предположения). Такая структура сама по себе приносит пациенту облегчение и ощущение некоторого порядка в его рухнувшем мире; еще раз четко и коротко сформулировать, что именно беспокоит пациента в переживаемой ситуации; точно обозначить предстоящую задачу (например,: «Теперь нам предстоит выход из сложившейся ситуации, определить, что вам для этого необходимо и каким способом этого достичь»).

Этап 7. Заключительный этап

Задача этапа – подвести к окончанию разговора. Какова бы ни была проблема обратившегося, слишком долгое общение не рекомендуется, так как устают и пациент, и консультант. Диалог перестает носить конструктивный характер: появляются признаки «жвачки» - повторение одного и того же по несколько раз без всякого продвижения вперед, то есть отсутствует динамика процесса. Длительность кризисного диалога не должна превышать полутора часов, а лучше, если он ограничится одним часом. Завершать диалог рекомендуется, когда вы почувствуете, что закончен целый смысловой блок.

2.7. Телефон доверия (как самостоятельный вид психологической помощи при кризисном вмешательстве):

- Дает возможность получать необходимую информацию и помощь, находясь на значительном расстоянии от специалиста. Пациент может практически мгновенно соединиться с телефонным консультантом, что является очень важным в случае небезопасных ситуаций.
- Пространственные и временные особенности телефона как средства коммуникации делают помощь линию доверия наиболее доступным видом помощи.

Контакт по телефону имеет свои преимущества:

Обеспечивает максимальную анонимность, что для многих абонентов является существенным при первом обращении за помощью. Общение по телефону осуществляется по единственному, акустическому каналу обмена информацией, что усиливает вербализацию переживаемой ситуации, вербализацию эмоционального состояния, планов и намерений. Такое улучшение вербализации способствует эффективному отреагированию, уменьшает чувство тревоги. Оно также способствует интеллектуальному овладению своей ситуацией, облегчает формирование ее реалистического принятия и перехода к конструктивной личностной позиции.

Модели телефона доверия

- Модель «врач помогает пациенту» – это тот тип отношений, при которых телефонный консультант, как врач, берет на себя ответственность за жизнь и здоровье обратившихся.

- Модель «специалист помогает клиенту» предусматривает помощь специалиста – психолога в решении проблемы, которую ставит перед ним позвонивший.

- Модель «человек помогает человеку» предполагает полноту человеческого общения двух людей, один из которых нуждается в помощи.

Для работы в условиях ситуации с COVID19 подходит любая модель в зависимости от наличия местных ресурсов, возможности быстро развернуть линию помощи, целевой аудитории.

Работа на телефоне доверия включает в себя непосредственно проведение кризисной интервенции, кризисной психотерапии, выслушивание, оказание психологической поддержки, психотерапию абонентов с посттравматическим синдромом. Психологическая помощь достигается за счёт снятия эмоционального напряжения, активизации внутренних ресурсов человека, разрешения внутреннего конфликта.

Наиболее эффективными методами психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события, на отдаленных этапах работы с травмой являются:

- Когнитивно-поведенческая психотерапия.
- Метод управляемой психофизиологической саморегуляции, релаксационные методы.
- Игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок.
- Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ).

- Групповая посттравматическая интервенция (групповой дебрифинг).
- Гуманистически-экзистенциальная психотерапия.
- Арт-психотерапия.
- Телесно-ориентированная психотерапия.
- Психодинамическая психотерапия, в частности, кататимно-имагинативная психотерапия (Символдрама) и др.

3. Синдром эмоционального выгорания

Синдром эмоционального (профессионального) выгорания назвать заболеванием в прямом смысле этого слова нельзя. Это не болезнь, а изменение личностных и психологических характеристик человека под влиянием профессиональных стрессов. Изменение проявляется под воздействием необходимости постоянного общения с людьми и связанного с этим общением расхода эмоциональной энергии. Синдром сказывается в развитии эмоциональной холодности, равнодушия и последующей дегуманизации.

История термина

В медицину термин «синдром профессионального выгорания» (равнозначный термин - синдром эмоционального выгорания), вошел в 1974 году благодаря исследованию американского психиатра/психолога Герберта Фрейденбергера, который первым отметил серьезность проблемы эмоционального истощения и его влияния на личность человека. Тогда же были описаны основные причины, признаки и стадии развития болезни. Его понятие «burnout» переводят как «эмоциональное сгорание», и оно непосредственно связано с профессиональной обстановкой.

Последователь американского ученого Джордж Гринберг выделил пять этапов нарастания психического напряжения, связанного с профессиональной деятельностью, и обозначил их как «стадии эмоционального выгорания»:

- Человек доволен своей работой. Но постоянные стрессы постепенно подтачивают энергию.
- Наблюдаются первые признаки синдрома: бессонница, снижение работоспособности и частичная потеря интереса к своему делу. На этом этапе человеку так трудно сосредоточиться на работе, что все выполняется очень

медленно. Попытки «нагнать упущенное» превращаются в постоянную привычку работать поздно вечером или в выходные.

- Хроническая усталость проецируется на физическое здоровье: снижается иммунитет, и простудные заболевания превращаются в хронические, проявляются «старые» болячки. Люди на этом этапе испытывают постоянное недовольство собой и окружающими, часто ссорятся с сослуживцами.

- Эмоциональная нестабильность, упадок сил, обострение хронических заболеваний – это признаки пятой стадии синдрома эмоционального выгорания.

Если ничего не делать и не начинать лечение, состояние человека будет только ухудшаться, перерастая в глубокую депрессию.

Синдром формируется у людей, которые в силу своей профессии постоянно вынуждены контактировать с другими людьми, выслушивать их просьбы, жалобы, требования. Поэтому круг профессий, подверженных развитию эмоционального выгорания, установлен довольно четко:

- ✓ медработники,
- ✓ врачи,
- ✓ педагоги,
- ✓ психологи и психотерапевты,
- ✓ социальные работники,
- ✓ работники сферы услуг,
- ✓ сотрудники правоохранительных органов.

Вывод прост: чем больше человек вынужден общаться, тем больше он вынужден откликаться на эмоциональное настроение своих собеседников.

Такой отклик, будучи регулярным событием, может нанести психологическую травму. Естественной защитой от постоянных травмирующих событий становится притупление и блокировка эмоций. Последствия проявляются в общем состоянии бессилия, равнодушия к окружающим, осознанием своей профессиональной несостоятельности и личностной бесполезности. Конечная стадия – ощущение бесцельности своего существования.

Изучением синдрома эмоционального выгорания после Фрейденберга занимались американские психологи Кристина Маслак и Сьюзан Джексон. На территории бывшего Советского Союза теорией и разработкой

практических методик выявления, лечения и профилактики синдрома в разное время занимались В.В. Бойко и Е.П. Ильин.

Факторы, влияющие на формирование синдрома

Эмоциональному выгоранию могут быть подвержены не только вышеперечисленные профессии, просто среди них процент носителей синдрома намного более высок. На эмоциональную деформацию влияет еще некоторый круг факторов, который можно разделить на три группы:

- ❖ личностный фактор;
- ❖ ролевой фактор;
- ❖ организационный фактор.

Личностный фактор – это показатель склонности личности к острым эмоциональным реакциям и переживаниям, и как следствие, к формированию отстраненности от переживаний, к холодности. Исследователи отмечают, что портрет такой личности составляют следующие характеристики:

- Эмоциональная открытость, мягкость, вместе с тем - уязвимость.
- Способность к острому сопереживанию.
- Легкая возбудимость, то есть склонность бурно реагировать на чужие идеи, увлекаться ими до фанатизма. Недостаточная самодостаточность и самостоятельность личности.
- Сильные переживания по поводу своих профессиональных неудач и неурядиц на работе.

Ролевой фактор – фактор, который формируется распределением на работе ролей и системы ответственности.

Ученые установили, что эмоциональному выгоранию больше подвержены те работники, которые несут непосредственную ответственность за свои действия и поступки. Эта ответственность тяготеет над личностью и не дает душевного спокойствия.

В ролевой фактор также входит недостаточная слаженность служебных обязанностей и функций. Система конкуренции тоже не способствует эмоциональной стабильности.

Организационный фактор – относится к системе организации труда в коллективе.

Если в коллективе нездоровая обстановка, а администрация не только не регулирует взаимоотношения между коллегами, но и навязывает свои принципы, которые сковывают свободное поведение на работе, эмоциональное выгорание сотрудников не заставит себя ждать. Сюда также можно отнести большую занятость, которая несоизмерима с размером оплаты. У сотрудника теряется мотивация в целесообразности своего труда.

Профессиональному выгоранию способствует регулярная работа с «трудным» населением: скандальными родителями, неуправляемыми детьми, тяжелобольными пациентами, уголовными элементами и т.д.

Синдром эмоционального выгорания в среде медицинских работников

Эмоциональное выгорание медицинских работников – это закономерное явление. Формирование синдрома в этой профессиональной среде – только дело времени. Почему? Работа в медицине предусматривает плотное общение с контингентом, требующим повышенного внимания и заботы. Особенно это касается специфических категорий больных: психически больных людей, онкобольных, носителей COVID-19, инвалидов, пациентов ожоговых и травматических центров... Профессии медработников, где уровень выгорания довольно высок:

- врачи;
- медицинские сестры;
- психиатры и психотерапевты;
- сотрудники «тяжелых» отделений.

Необходимость вникать в положение каждого больного приводит к тому, что уже через полтора года стажа работы, медицинская сестра или начинающий врач чувствуют первые симптомы выгорания. После 3 лет признаки выгорания оказываются налицо. Среди них наиболее часто встречаются следующие проявления синдрома:

✓ Переутомление вследствие ненормированного рабочего дня и стрессовой обстановки.

✓ Появление сопутствующих заболеваний: головных болей, психозов, расстройства сна, разлады в работе сердца и пищеварительного тракта.

✓ Равнодушное отношение к пациентам, которое постепенно перерастает в откровенно негативное и циничное.

✓ Разочарование в своей профессии и недовольство собственными профессиональными достижениями. Чувство бессмысленности деятельности.

✓ Агрессивность, гневливость, раздраженность к себе и окружающим.

Ученые выяснили, что выгоранию среди медработников более всего подвержены женщины. Их эмоциональная открытость становится их уязвимым местом. Мужчины более отстраненно ведут себя, потому среди них процент носителей синдрома примерно в два раза ниже, чем среди женщин. Медицинские сестры – самый благоприятный контингент для развития эмоционального выгорания. Это связано и со спецификой их работы и профессиональной занятости, и с личностными качествами. Установлено, что в категорию риска попадают медицинские сестры трех личностных типов:

- Педанты. Для них характерна исключительная аккуратность, добросовестность, стремление к абсолютному порядку.

- Демонстраторы. Медицинские сестры с установкой на постоянное пребывание в центре событий, впереди всех, чтобы постоянно быть на виду.

- Чувствительные. Женщины с открытыми эмоциями, сопереживающие, принимающие все происходящее близко к сердцу. Такая чувствительность скоро приводит к саморазрушению.

Для носителей синдрома характерно перенесение всех отрицательных моментов своей профессиональной деятельности на личную жизнь. Эта тенденция приводит либо к одиночеству, либо к разводам. Особо же страдают семьи, где и муж и жена работают в медицине.

Синдром эмоционального выгорания – это состояние, когда человек ощущает себя истощенным морально, умственно, и физически. Все труднее просыпаться по утрам и начинать трудовую деятельность. Все сложнее сосредоточиться на своих обязанностях и выполнять их своевременно. Рабочий день растягивается до поздней ночи, рушится привычный уклад жизни, портятся отношения с окружающими. Те, кто столкнулся с таким явлением, не сразу понимают, что происходит. Эмоциональное выгорание, в его «инкубационном» периоде, похоже на хандру. Люди становятся раздражительными, обидчивыми. Они опускают руки при малейших неудачах и не знают, что со всем этим делать, какое лечение предпринять. Потому так важно разглядеть первые «звоночки» в эмоциональном фоне, принять профилактические меры и не довести себя до нервного срыва.

Ежедневно сталкиваясь с негативом, чужим настроением или неадекватным поведением, человек постоянно испытывает эмоциональный стресс, который со временем только усиливается.

Синдром эмоционального выгорания может случиться из-за постоянного стресса на работе. Но причины профессионального кризиса кроются не только в частых контактах со сложным контингентом людей. Хроническая усталость и накопившееся недовольство могут иметь и другие корни:

- однообразие повторяющихся действий;
- напряженный ритм;
- недостаточное поощрение труда (материальное и психологическое);
- частая незаслуженная критика;
- неясная постановка задач;
- чувство недооцененности или ненужности.

Синдром эмоционального выгорания часто встречается у людей, имеющих определенные особенности характера:

- максимализм, желание делать все идеально правильно;
- повышенная ответственность и склонность приносить в жертву собственные интересы;
- мечтательность, которая иногда ведет к неадекватной оценке своих возможностей и способностей;
- склонность к идеализму.

В зону риска легко попадают люди, злоупотребляющие алкоголем, сигаретами и энергетическими напитками. Искусственными «стимуляторами» они пытаются повысить работоспособность, когда случаются временные неприятности или застои в работе. Но вредные привычки лишь усугубляют положение. Например, происходит привыкание к энергетикам. Человек начинает принимать их еще больше, но эффект получается обратный. Организм истощается и начинает сопротивляться.

Синдрому эмоционального выгорания может подвергнуться любой человек, не получающий одобрения и поддержки, но продолжающий перегружать себя работой.

Эмоциональное выгорание обрушивается не сразу, оно имеет достаточно долгий латентный период. Сначала человек чувствует, что его энтузиазм к обязанностям снижается. Хочется выполнить их побыстрее, но выходит наоборот – очень медленно. Это происходит из-за потери умения

концентрировать внимание на том, что уже неинтересно. Появляется раздражительность и чувство усталости.

Симптомы эмоционального выгорания условно можно поделить на **три группы**:

Физические проявления:

- ✓ хроническая усталость;
- ✓ слабость и вялость в мышцах;
- ✓ частая головная боль напряжения;
- ✓ снижение иммунитета;
- ✓ повышенное потоотделение;
- ✓ бессонница;
- ✓ головокружения и потемнения в глазах;
- ✓ «ноющие» суставы и поясница.

Синдром часто сопровождается нарушением аппетита или чрезмерной прожорливостью, что, соответственно, приводит к заметному изменению веса.

Социально-поведенческие признаки:

- ✓ стремление к изоляции, сведение общения с другими людьми к минимуму;
- ✓ уклонение от обязанностей и ответственности;
- ✓ желание обвинить окружающих в собственных бедах;
- ✓ проявление злобы и зависти;
- ✓ жалобы на жизнь и на то, что приходится работать «круглосуточно»;
- ✓ привычка высказывать мрачные прогнозы: от плохой погоды на ближайший месяц до мирового коллапса.

В попытке убежать от «агрессивной» действительности или «взбодриться» человек может начать употреблять наркотические вещества и алкоголь. Или же есть высококалорийную пищу в больших количествах.

Психоэмоциональные признаки:

- ✓ безразличие к происходящим вокруг событиям;
- ✓ неверие в свои силы;
- ✓ крушение личных идеалов;
- ✓ потеря профессиональной мотивации;
- ✓ вспыльчивость и недовольство близкими людьми;

- ✓ постоянное плохое настроение.

Синдром эмоционального выгорания, своей клинической картиной, похож на депрессию. Человек переживает глубокие страдания от кажущегося ощущения одиночества и обреченности. В таком состоянии трудно что-то делать, на чем-то сосредоточиться. Тем не менее, преодолеть эмоциональное выгорание значительно легче, чем депрессивный синдром.

Лечение

Синдром эмоционального выгорания – недуг, на который, к сожалению, не всегда обращают внимания. Люди часто не считают нужным начинать лечение. Они думают, что им просто достаточно немного «поднапрячься» и доделать наконец ту работу, которая застопорилась, вопреки переутомлению и душевному упадку. И в этом заключается их главная ошибка.

В случае, когда диагностируется синдром эмоционального выгорания, первое, что необходимо сделать, – это замедлиться. Не то чтобы тратить на выполнение работы еще больше времени, но делать между отдельными заданиями большие перерывы. А во время отдыха заниматься тем, к чему лежит душа.

Этот совет очень помогает в период борьбы с синдромом. Если работа опостыла до зубовного скрежета, ее выполнение стимулируют приятные перерывы, которыми человек награждает себя сам. Поощрение – это стимул делать свою работу значительно быстрее. А фиксирование каждого факта выполнения полезного дела дает внутреннее удовлетворение и повышает интерес к жизни.

Однако не у всех есть возможность делать частые перерывы. Особенно, на офисной работе. Сотрудникам, страдающим от синдрома эмоционального выгорания, лучше попросить внеочередной отпуск. Или взять больничный лист на неделю. За этот период человек успеет и немного восстановить силы, и проанализировать ситуацию.

Анализ причин, приведших к психическому разладу, – это еще одна эффективная стратегия борьбы с синдромом выгорания. Желательно изложить факты другому человеку (другу, родственнику или психотерапевту), который поможет взглянуть на ситуацию со стороны.

Или можно выписать причины эмоционального выгорания на листе бумаги, оставляя напротив каждого пункта место для написания решения проблемы. Например, если трудно выполнять рабочие задачи из-за их

неясности, попросить руководителя уточнить и конкретизировать те результаты, которые он желает видеть. Не устраивает низкооплачиваемая работа – попросить надбавку у начальника или заняться поиском альтернатив вакансий.

Подробное описание и составление плана решения проблем помогает расставить приоритеты, заручиться поддержкой близкого человека, а заодно послужит предупреждением новых срывов.

Профилактика

Синдром эмоционального выгорания наступает на фоне физического и психического истощения человека. Поэтому предотвратить такое заболевание помогут профилактические меры, направленные на укрепление здоровья.

Физическая профилактика эмоционального выгорания:

- диетическое питание, с минимальным количеством жиров, но включающее витамины, растительную клетчатку и минералы;
- занятия спортом или, как минимум, прогулки на свежем воздухе
Занятие спортом или утренней зарядкой не только позволит сохранить физическую форму, но и отвлечет от «самокопания». Хорошее настроение в результате окажет очень полезную услугу по преодолению своих проблем;
- полноценный сон не менее восьми часов;
- соблюдение режима дня.

Психологическая профилактика синдрома эмоционального выгорания:

- обязательный выходной раз в неделю, в течение которого делать только то, что хочется;
- «очищение» головы от беспокоящих мыслей или проблем путем анализа (на бумаге или в беседе с внимательным слушателем);
- расстановка приоритетов (в первую очередь выполнять действительно важные дела, а остальные – по мере успеваемости);
- медитации и аутотренинги;
- ароматерапия.

Чтобы не допустить появления синдрома эмоционального выгорания или усиления уже существующего, необходимо научиться мириться с потерями. Начать борьбу с синдромом легче, когда смотришь своим страхам

«в глаза». Например, потерял смысл жизни или жизненная энергия. Нужно признать это и сказать себе, что вы начинаете все сначала: вы найдете новый стимул и новые источники силы.

Важное умение – это способность отказываться от ненужных вещей, погоня за которыми и приводит к синдрому эмоционального выгорания. Когда человек знает, что хочет он лично, а не общепринятое мнение, он становится неуязвим для эмоционального выгорания.

➤ Соблюдение баланса между своим «я» и чужими переживаниями. Не отказываться от сочувствия, но всегда осознавать, что это – вне вашего внутреннего пространства. Соблюдение дистанции - залог вашего психологического здоровья.

➤ Нацеленность на лучшее, оптимизм, уверенность в себе и своих возможностях тоже следует возвращать путем тренингов и занятий спортом.

➤ Рационализм. Действуйте, руководствуясь в своих поступках не эмоциями, а логикой. Попробуйте анализировать последствия своих действий и корректируйте их таким образом.

Эмоциональное выгорание – это не выгорание умственных способностей. Человек – не только эмоции и чувства, это мощный разум. Не забывая, и даже напоминая себе об этом, вы сможете прийти в равновесие с самим собой, сберечь здоровье и способность радоваться жизни. Регулирование личного времени и пространства – важный шаг на пути к эмоциональному здоровью.

4. МЕТОДИКИ И ПРИНЦИПЫ РЕЛАКСАЦИИ

С точки зрения теории стресса Н. Selye, реакция на стресс имеет трехстадийную динамику (стадия тревоги, резистентности и истощения), синдром эмоционального выгорания характерен для третьей стадии – истощения. Всего выделяют 3 основных компонента стресса:

1. психофизиологический;
2. эмоциональный;
3. поведенческий.

Психофизиологический проявляется в мышечном напряжении, дрожи или нервных тиках, спазмах и связанных с ними болях в груди, животе, спине, шеи, головокружении, высоком кровяном давлении, усиленном сердцебиении, учащенном дыхании, вегетативных проявлениях в виде сухости во рту или горле, повышенной потливости.

Эмоциональное проявление заключается в виде чувства беспокойства или повышенной возбудимости, раздражительности, неосознанной агрессивности, невозможности сосредоточиться. Может возникнуть ощущение потери контроля, чувство беспомощности, безнадежности, страха, переходящего в панику.

На поведенческом уровне это может проявляться в желании ослабить напряжение за счет использования психоактивных веществ, эпизодах переедания, избегания ответственности, связанной с принятием решений; потери интереса к своему внешнему виду, появлению чувства безразличия ко всему происходящему.

Различные методы релаксации могут помочь привести наш организм в равновесие. Результатом применения релаксационных техник является изменение физиологических процессов в организме, что проявляется в виде:

- уменьшения мышечного напряжения;
- изменение артериального давления и частоты сердечных сокращений.

При этом релаксация – это не лежание на диване, а активный умственный процесс, позволяющий привести наш организм в расслабленное и спокойное состояние. Изучение основ методов расслабления не сложно, но требует определенной практики. Большинство экспертов для преодоления стресса рекомендуют тратить от 10 до 20 минут на применение практик расслабления. Если Вам сложно найти столько времени, то можно многие из этих методов использовать во время поездки в автобусе на работу, в офисе и т.п.

ВЫБОР ТЕХНИКИ РЕЛАКСАЦИИ

Выбор техник релаксации зависит от конкретной потребности, Ваших предпочтений, Вашего физического состояния и Вашей реакции на стресс. Правильная техника релаксации та, которая резонирует с вами, подходит вашему образу жизни, сможет помочь вам прервать повседневные мысли, чтобы вызвать реакцию релаксации. Необходимо испытать несколько разных техник релаксации для того, чтобы выбрать наиболее подходящую для себя и регулярно ее применять. К сожалению, нет четких критериев, согласно которым можно было бы рекомендовать какую-либо технику конкретному человеку. Поэтому методом проб и ошибок необходимо определять наиболее подходящую для себя технику. Чтобы от результатов оценивания было больше пользы, необходимо практиковать каждую технику как минимум в течение недели (чем дольше, тем лучше) и после этого определить, какая техника для Вас является наиболее подходящей.

4.1. Медитация

Цель медитации – овладение собственным вниманием и контролем, чтобы уметь концентрироваться на выбранном предмете, а не быть жертвой обстоятельств. Для медитации необходимо концентрироваться на чем-то повторяющемся (например, на собственном дыхании или на повторении слов про себя) или на чем-то постоянном (например, на пятне на стене).

Медитация используется для избавления от мышечного напряжения, тревожности, злоупотребления наркотиками и перенапряжения. В результате медитации снижается артериальное давление, ритм дыхания и сердцебиения, электрическая активность кожи, усиливается приток крови к рукам и ногам. Медитация улучшает психологическое состояние. Она снимает тревожность, помогает изменить локус контроля в сторону внутреннего, способствует самоактуализации, улучшению сна и положительно отражается на психическом здоровье.

Как медитировать

Лучше всего медитировать в тишине и комфорте. Чтобы избежать засыпания рекомендуется найти кресло с прямой спинкой. В таком кресле Ваш позвоночник сможет распрямиться, а мышцы спины не будут уставать, поддерживая его в вертикальном положении (без зажимов). Если Вы найдете кресло, которое сможет поддерживать не только Вашу спину, но и голову, это еще лучше.

Сядьте в кресло так, чтобы ягодицы находились перпендикулярно его спинке, ступни слегка выдвинуты, а руки свободно лежали на подлокотниках или на коленях. Расслабьтесь как можно лучше, но не пытайтесь расслабиться. Если Вы пытаетесь, то Вы работаете, а не расслабляетесь.

Просто станьте пассивным и сконцентрируйтесь на дыхании. Теперь закройте глаза и произносите про себя слово «раз» с каждым вдохом и слово «два» – с каждым выдохом. Не пытайтесь сознательно изменить или проконтролировать ритм своего дыхания, дышите естественно.

Наконец, когда Вы закончите медитацию, позвольте телу приспособиться к нормальным рутинным условиям. Открывайте глаза постепенно, фокусируя взгляд сначала на одном объекте, находящемся в комнате, затем на нескольких. Вздохните глубоко несколько раз. Потянитесь, сидя в кресле, потом, когда почувствуете, что уже готовы соприкоснуться с реальностью, встаньте и снова потянитесь. Если Вы сразу сорветесь с места после окончания медитации, то вскоре почувствуете усталость, и чувство расслабленности исчезнет. Так как в процессе медитации Ваше артериальное давление снизилось и сердцебиение замедлилось, слишком быстрое вставание с кресла может вызвать головокружение и потому не рекомендуется.

Вот еще несколько рекомендаций:

1. Время сразу после пробуждения и перед обедом – лучшее для медитации. Не медитируйте сразу после еды. После приема пищи кровь приливает в область желудка, поскольку она участвует в процессе переваривания. А так как прилив крови к конечностям рук и ног – часть реакции релаксации, кровь, собранная в районе желудка, не сможет участвовать в процессе релаксации. Именно поэтому желательно медитировать непосредственно *перед* завтраком или *перед* обедом.

2. Медитация способствует замедлению процесса обмена веществ. Кофеин – это стимулятор. Он содержится в кофе, чае, коле и некоторых других напитках. Вам необходимо расслабиться, а не взбодриться. Поэтому не рекомендуется употреблять эти напитки перед медитацией. Точно так же Вы не должны курить перед медитацией (ведь никотин – это тоже стимулятор) или принимать иные стимулирующие вещества.

3. Часто спрашивают: «Как узнать, что эти двадцать минут уже прошли?» Ответ прост, посмотрите на часы. Если двадцать минут истекли, прекратите медитацию, если нет – продолжайте. Смотреть на часы каждые две-три минуты не рекомендуется, однако посмотреть на них один-два раза не возбраняется. Через некоторое время после того, как вы начнете практиковать медитацию, у вас появятся «встроенные» часы; они дадут Вам знать, когда время истекло.

4. Ни в коем случае не ставьте будильник. Вы будете слишком расслаблены, а звонок приведет вас в чувство слишком резко. Также

отключите телефон или просто снимите трубку, чтобы не было звонков. Если телефон будет отключен, то и вы сможете «отключиться».

5. Вы не сможете долго концентрироваться на дыхании из-за других мыслей. Вы задумаетесь о своих проблемах, предчувствиях и других заботах. Это нормально, однако, когда вы вдруг поймете, что задумываетесь о другом и не концентрируетесь на дыхании, необходимо вернуться к повторению слов «один» и «два» на каждый вдох и выдох,

6. Медитация может доставлять удовольствие и помогать справляться со стрессом, но необходимо ею *заниматься*. Часто говорят, что на нее не хватает времени, мешают дети, докучают соседи. Время всегда можно найти, просто некоторые предпочитают использовать его для чего-то иного, более важного. Если Вам действительно дорого Ваше здоровье, то Вы найдете время для его улучшения.

4.2. Аутогенная тренировка

Немецкий психиатр Иоганн Шульц, применяя гипноз в работе с пациентами и описал аутогенную тренировку на основе своих наблюдений. Шульц обнаружил, что пациенты, которых он гипнотизировал, испытывали два основных ощущения: тепло, разливающееся по всему телу, и тяжесть в конечностях и торсе. Аутогенная тренировка по Шульцу представляет собой комплекс упражнений, с помощью которых вызываются эти ощущения и, вследствие их появления, – самогипноз. Замечено, что людям с внутренним локусом контроля аутогенная тренировка помогает больше, нежели людям с внешним локусом.

Шульц называл несколько факторов, соблюдение которых необходимо для успешных занятий аутогенной тренировкой:

- 1) высокая мотивация и готовность к деятельности;
- 2) рациональный уровень самоконтроля и саморегуляции;
- 3) поддержание определенного положения тела, способствующего получению пользы;
- 4) сведение к минимуму воздействия внешних стимулов и концентрация сознания на внутренних ощущениях;
- 5) концентрация внимания на телесных ощущениях.

Положение тела

Существует три основных положения тела для аутогенной тренировки: одно положение лежа и два – сидя.

1) Первое: вы лежите на спине, ступни ног слегка разведены, носки направлены в разные стороны. Под ту часть тела, которая испытывает неудобство, подложите подушку. Остерегайтесь неровного положения тела

(например, если вы положили подушку под голову, следите, чтобы подбородок не был прижат к груди). Руки лежат вдоль тела, но не касаются его; локти слегка согнуты, а ладони – «смотрят» вверх.

2) В положении сидя есть два варианта, которые можно применять где угодно. Лучшее место – кресло с прямой спинкой, которая будет поддерживать Вашу голову и позволит сохранить прямым позвоночник. Ягодицы должны быть перпендикулярны спинке кресла, а сиденье – достаточно длинным, чтобы поддерживать ваши бедра. Ваши руки, кисти и пальцы могут лежать на подлокотниках кресла или на коленях.

3) Второй вариант позиции сидя: возьмите табуретку или стул с низкой спинкой, чтобы в процессе сидения не было опоры для спины. Сядьте на край сиденья, обопритесь руками о бедра, кисти и пальцы рук должны оставаться свободными. Голова также висит свободно, подбородок находится около груди. Ноги на ширине плеч, кончики пальцев ног слегка видны из-за коленей. Независимо от выбранной Вами позиции, Вы должны убедиться в том, что Ваше тело расслаблено, напряжение мышц минимально.

Шесть начальных стадий аутогенной тренировки, которые предваряют визуализацию:

1) концентрация на ощущении тяжести в руках и ногах (начинайте с ведущей руки или ноги);

2) концентрация на ощущении тепла в руках и ногах (начинайте с ведущей руки или ноги);

3) концентрация на ощущении тепла в районе сердца;

4) концентрация на дыхании;

5) концентрация на ощущении тепла в области живота;

6) концентрация на ощущении прохлады в области лба.

Эти стадии сменяют друг друга последовательно; Вы должны в совершенстве освоить каждую из них, перед тем как переходить к следующей. Внизу приведены приблизительные инструкции для каждой стадии. Повторяйте каждое утверждение по три раза.

Стадия 1: Тяжесть. Моя правая рука тяжелеет...

Моя левая рука тяжелеет... Мои руки стали тяжелыми. Моя правая нога тяжелеет... Моя левая нога тяжелеет... Мои ноги стали тяжелыми.

Мои руки и ноги стали тяжелыми.

Стадия 2: Тепло.

По моей правой руке разливается тепло...

По моей левой руке разливается тепло...

По моим рукам разливается тепло... . t

По моей правой ноге разливается тепло...

По моей левой ноге разливается тепло...

По моим ногам разливается тепло...

По моим рукам и ногам разливается тепло.

Стадия 3: Сердце,

Мое сердце бьется ровно и спокойно (повторите четыре раза).

Стадия 4: Дыхание.

Мое дыхание спокойно и ровно.

Я дышу абсолютно легко (повторите четыре раза).

Стадия 5: Солнечное сплетение.

В области солнечного сплетения разливается тепло (повторите четыре раза).

Стадия 6: Лоб.

Мой лоб прохладен (повторите четыре раза).

По мере приобретения опыта вы сможете вызывать ощущение тепла и тяжести в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, умерить ритм дыхания и сердцебиения и т. д. всего за несколько минут. Однако помните о том, что для достижения такого уровня мастерства требуется несколько месяцев регулярной практики. Регулярно – это от десяти до сорока минут от одного до шести раз в день. Тем не менее не стоит суетиться при освоении аутогенной тренировки, так как чрезмерно усердные попытки могут только навредить. Работайте в своем естественном ритме, переходя к следующей стадии только тогда, когда добьетесь успеха на предыдущей.

Визуализация

Вторая ступень аутогенной тренировки – воображение приятных, спокойных картинок для того, чтобы распространить расслабление, достигнутое телом, в сознание. Некоторые представляют себя катающимися на лодке по спокойному озеру в солнечный день; иные предпочитают порхающих в воздухе птичек, накатывающиеся на берег морские волны или уютную комнату с камином. Для определения наиболее приемлемых воображаемых картинок рекомендуется ответить на следующие вопросы.

1. Какая погода на вашей воображаемой картинке?
2. Какие звуки вы слышите?
3. Что там происходит?
4. Как Вы себя чувствуете?

Визуализация расслабляющих образов (иногда называемая аутогенной медитацией) начинается с закатывания глаз вверх, как будто Вы пытаетесь рассмотреть свой собственный лоб. Как было показано в исследованиях, уже сам этот процесс сказывается на альфа-волновой активности мозга.

Следующий шаг – визуализация одного цвета, по Вашему выбору, по всему полю зрения. Затем представьте, как из этого цвета появляются картины.

На следующей стадии Вы визуализируете других людей, сначала тех, к кому относитесь нейтрально (например, знакомого продавца), потом – членов своей семьи и друзей. Предполагается, что в результате такой визуализации вы переживаете некий инсайт относительно отношений с этими людьми. Картинка при любой аутогенной медитации должна быть живой. Чтобы сделать ее максимально реальной, нужно использовать все органы чувств. Вы должны почувствовать запахи, услышать звуки, увидеть цвета и даже почувствовать вкус, если он присутствует в вашей картинке. Вы можете представлять облака, долины, полевые цветы, прохладный лес, бревенчатую хижину, чистый родник, пологий холм или нечто другое, что поможет вам расслабиться. Помните о том, что визуализация должна помочь Вам избавиться от стресса и расслабиться.

Я спокоен.

Вокруг тихо.

Я расслаблен.

Моя правая рука (если вы не левша) тяжелеет. (Повторите **четыре или пять раз.**)

По моей **правой** руке разливается тепло. (Повторите четыре или пять раз.)

Я ощущаю покалывание в своей правой руке.

Моя **Правая** рука тяжелая, по ней разлилось **тепло**.

Моя **левая рука** тяжелеет. (Повторите четыре или пять раз.)

По моей **левой** руке разливается тепло. (Повторите четыре или пять раз.)

Я ощущаю покалывание в своей левой руке.

Моя левая рука тяжелая, по ней разлилось тепло.

Мои руки теплые и тяжелые (Повторите четыре или пять раз.)

Мое сердце бьется ровно.

Я расслаблен.

Мое сердце бьется ровно и спокойно (Повторите четыре или пять раз.)

Мое дыхание ровно.

Мое дыхание спокойно.

Я дышу спокойно и расслабленно. (Повторите четыре или пять раз.)

Мое дыхание свободно. (Повторите четыре или пять раз.)

Мое солнечное сплетение ощущает тепло. (Повторите четыре или пять раз.)

По моему животу разливается тепло. (Повторите четыре или пять раз.)

Мой лоб прохладен. (Повторите четыре или пять раз.)

Я спокоен.

Я расслаблен.

Я в полной тишине.

Теперь вообразите расслабляющую картинку. (Вспомните ту картинку, которую вы выбрали для себя сами.)

Вообразите себя в ней. Увидьте ее максимально ярко. Ощутите ее. Слейтесь с ней.

Услышьте звуки.

Увидьте цвета.

Картина расслабляет вас.

Вы спокойны.

Ваше сознание умиротворено.

Выше тело спокойно, тяжело, тепло и расслаблено.

Вы думаете только о своем расслабленном, теплом и тяжелом теле и о воображаемой, картине. Скажите себе, что Вы спокойны, расслаблены и умиротворены.

Теперь приготовьтесь покинуть воображаемое место.

Начните обратный отсчет от пяти.

С каждым счетом вы будете пробуждаться.

С каждым счетом будет близиться **момент**, когда вы откроете глаза.

Пять.

Вы покидаете ваше место.

Вы машете рукой на **прощание**.

Четыре.

Вы снова в своей комнате.

Вы сидите (лежите).

Вы знаете, где вы.

Три.

Приготовьтесь открыть глаза.

Перед тем как открыть глаза, подумайте о том, что вы увидите.

Два.

Откройте глаза.

Сконцентрируйтесь на каком-нибудь предмете в Вашей комнате. Сделайте глубокий вдох. Один.

Сконцентрируйтесь на предметах, находящихся в комнате. Сделайте несколько глубоких вдохов. Когда почувствуете, что готовы, выпрямите ноги и руки. Теперь встаньте и потянитесь.

Наконец, **получив** заряд свежести и бодрости, вернитесь к вашим обычным занятиям.

4.3. Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону

Прогрессивная (последовательная) мышечная релаксация – это особый вид упражнений на расслабление, в ходе которых чередуется состояние расслабления и напряжения отдельных групп мышц. Автором методики является американский невролог **Эдмунд Джекобсон** (1888-1983).

Данная релаксационная техника успешно помогает расслабиться и не требует специального оборудования, улучшения наступают уже спустя несколько недель, если заниматься ею три раза в день по пять минут.

Для занятий прогрессивной релаксацией необходимо найти относительно спокойное место, в котором Вас никто бы не тревожил. Свет лучше выключить. Следует исключить возможность случайного появления членов семьи и домашних животных.

Убедитесь в том, что Ваша одежда или украшения Вас не стесняют, а в комнате достаточно тепло. Трудно расслабиться в холодном помещении, так как кровь не может свободно поступать в конечности. Желательно также снять обувь.

Чтобы приступить к выполнению упражнений, нужно лечь на пол. Стремитесь к тому, чтобы опорой для тела стал пол, а не мышцы. Лежа на спине, найдите удобное положение для рук и ног. Руки можно положить на грудь, живот или вытянуть вдоль туловища, положение ног - произвольно. Расслабьтесь. Под шею можно положить подушку (маленькую, чтобы она поддерживала шею, помещаясь между плечами, а голова покоилась на полу); также можно положить подушку под колени. Перед тем как приступить к упражнениям необходимо убедиться в том, что Вы чувствуете себя комфортно. Примите удобное положение.

Упражнения

При выполнении упражнений не стоит пропускать ни одну часть тела (только в случае повреждения) и ни одно упражнение. На релаксацию должно уходить в два раза больше времени, чем на напряжение.

Расслабление рук (четыре—пять минут). Устройтесь поудобнее и расслабьтесь, насколько сможете. Теперь, расслабившись, сожмите в кулак пальцы правой руки. Сжимайте их крепче и крепче, изучая в процессе сжатия ощущение напряжения. Почувствуйте напряжение кисти, а также напряжение в руке и предплечье. Теперь расслабьтесь...Позвольте пальцам вашей правой руки расслабиться... Отметьте разницу в ощущениях. Теперь позвольте себе расслабиться еще больше. Еще раз плотно сожмите руку в кулак.

Оставьте ее в таком состоянии. Снова почувствуйте напряжение. Теперь отпустите напряжение, расслабьтесь, позвольте пальцам выпрямиться. Снова отметьте разницу. Теперь сделайте все то же самое с левой рукой. Сожмите пальцы левой руки, в то время как остальные части тела остаются расслабленными. Сожмите руку крепче и почувствуйте напряжение. Теперь расслабьтесь... и снова насладитесь контрастом ощущений. Сущность изометрических упражнений заключается в том, чтобы прилагать максимальное усилие в течение 2 секунд в стремлении противодействовать сопротивлению.

Повторите — снова плотно и крепко сожмите левую руку в кулак.

Теперь, наоборот, расслабьтесь и почувствуйте разницу...

Продолжайте расслабляться таким образом еще некоторое время.

Сожмите оба кулака крепко и сильно, ощутите напряжение в кистях...

Изучите это ощущение... и расслабьтесь. Выпрямите пальцы и ощутите расслабление...

Продолжайте расслаблять руки.:

Теперь согните руки в локтях и напрягите бицепсы.

Напрягите их сильнее и сосредоточьтесь на ощущении напряжения.

Теперь выпрямите руки...

Расслабьте их и снова почувствуйте разницу...

Позвольте процессу релаксации продолжаться...

Теперь снова напрягите бицепсы.

Сохраняйте напряжение и внимательно его изучите.

Выпрямите руки и расслабьтесь...

Расслабьтесь по максимуму...

Каждый раз, когда вы напрягаетесь и расслабляетесь, обращайтесь внимание на ощущения.

Теперь выпрямите руки; выпрямите их так, чтобы как следует прочувствовать напряжение в трицепсах.

Выпрямите руки и прочувствуйте напряжение. Снова расслабьтесь.

Позвольте рукам занять удобное положение... Позвольте процессу релаксации течь произвольно.

По рукам должно разливаться ощущение приятной тяжести по мере того, как они расслабляются.

Снова выпрямите руки так, чтобы прочувствовать напряжение в трицепсах.

Почувствуйте это напряжение... и расслабьтесь.

Теперь сосредоточьтесь только на расслаблении в руках, без всякого напряжения.

Позвольте рукам занять удобное положение и расслабиться – больше и больше...

Продолжайте расслаблять руки...

Даже когда вам покажется, что руки окончательно расслаблены, позвольте им расслабиться еще немного больше...

Позвольте себе достигнуть более глубоких уровней релаксации. *Расслабление лица, шеи, плеч и верхней части спины (четыре-пять минут).* Позвольте всем вашим мышцам освободиться от напряжения и отяжелеть. Устройтесь поудобнее, затем наморщите лоб, наморщите его сильнее. А теперь перестаньте морщить лоб. Расслабьтесь и разгладьте его...Представьте, что лоб и кожа на голове разглаживаются по мере расслабления. Нахмурьтесь и наморщите брови, ощутите напряжение. Продолжайте напрягать брови и лоб, затем разгладьте лоб. Теперь закройте глаза. Ваши глаза закрыты, вам удобно и приятно. Обратите внимание на ощущение расслабленности. Теперь сожмите челюсти и стисните зубы. Изучите напряжение в челюстях. Теперь расслабьте челюсти, слегка разомкните губы. Ощутите расслабление. Теперь плотно прижмите язык к нёбу. Определите место напряжения. Хорошо, теперь позвольте языку вернуться в его естественное, удобное положение. Теперь сомкните губы так крепко, как можете. Расслабьте губы...

Отметьте контраст ощущений при напряжении и расслаблении... Почувствуйте, как расслабляется Ваше лицо, Ваш лоб, кожа головы, глаза, челюсти, губы, язык, горло...

Вы расслабляетесь больше и больше... Теперь переходите к мышцам шеи. Запрокиньте голову как можно дальше, чтобы почувствовать напряжение в шее. Поверните голову направо, почувствуйте смену напряжения. Теперь поверните ее налево. Теперь выпрямите и наклоните голову вперед. Подбородок давит на грудь.

Теперь позвольте голове вернуться в первоначальное положение и почувствуйте расслабление... Позвольте процессу релаксации продолжаться. Пожмите плечами. Сохраните плечи напряженными. Уроните плечи и расслабьтесь. Ваша шея и плечи расслаблены.

Теперь снова пожмите плечами и сделайте ими круговое движение. Теперь подвигайте плечами вверх-вниз и вперед-назад. Почувствуйте напряжение в плечах и верхней части спины. Расслабьте плечи...Позвольте расслаблению проникнуть глубоко в плечи и перейти в мышцы спины. Расслабьте шею и горло, челюсти и другие части лица. Ощущение расслабления проникает все глубже... глубже... глубже...

Расслабление груди, живота и нижней части спины (четыре—пять минут).

Как можно лучше расслабьте все тело.

Почувствуйте приятную тяжесть, сопровождающую расслабление.

Вдохните и выдохните – легко и свободно...

Обратите внимание, как углубляется расслабление с вашим дыханием...

Выдыхая, сосредоточьтесь на ощущении расслабления.

Теперь вдохните и наполните воздухом легкие. Вдохнув, задержите воздух. Сконцентрируйтесь на напряжении. Теперь выдохните, позвольте груди опуститься и автоматически вытолкнуть воздух из легких.

Продолжайте расслабляться, дышите свободно и мягко...

Ощутите расслабление и насладитесь им.

Расслабив все остальные части тела как можно больше, снова наберите в легкие воздух

При вдохе задержите дыхание.

Теперь выдохните, почувствуйте облегчение, дышите спокойно...

Продолжайте расслаблять грудь, позвольте этому ощущению перейти на спину, на плечи, шею и руки...

Пусть все происходит само собой. Просто наслаждайтесь расслаблением.

Теперь обратите внимание на мышцы живота.

Напрягите мышцы живота; пусть ваш живот станет твердым.

Сосредоточьтесь на напряжении.

Расслабьтесь, отпустите напряжение и почувствуйте контраст ощущений.

Снова напрягите мышцы живота.

Удерживайте это напряжение, изучайте его.

Расслабьтесь. Почувствуйте это приятное ощущение, которое возникает, когда Вы расслабляете живот. Теперь втяните живот. Ощутите напряжение. Теперь снова расслабьтесь... пусть Ваш живот вернется в свое естественное положение.

Продолжайте дышать легко и свободно, почувствуйте приятный эффект массажа в области груди и живота. Теперь снова втяните живот и почувствуйте напряжение.

Теперь полностью расслабьте живот...

Позвольте напряжению рассеяться по мере распространения расслабления.

Каждый раз, когда Вы вдыхаете, обратите внимание на ритмическое расслабление в легких и животе...

Почувствуйте, как Ваш живот все больше и больше расслабляется... Отпустите все зажатые мышцы во всем теле. Теперь направьте внимание на нижнюю часть спины.

Выгните спину, как следует прогнитесь и почувствуйте напряжение вдоль позвоночника.

Теперь вернитесь в удобное положение, расслабьте нижнюю часть спины.

Просто выгните спину и почувствуйте напряжение, появляющееся, когда Вы прогибаетесь.

Остальные части тела должны быть максимально расслаблены. Локализируйте напряжение в нижней части спины. Снова расслабьтесь, больше и больше...

Расслабьте нижнюю и верхнюю части спины, позвольте расслаблению перейти к животу, груди, плечам, рукам и лицу...

Расслабляйте эти части все больше и больше, глубже и глубже...

Расслабление бедер и икр (четыре—пять минут). Позвольте напряжению уйти и расслабьтесь. Теперь напрягите ягодичные и бедренные мышцы. Напрягите бедра, до предела согнув ноги. Вытяните ноги, расслабьтесь и почувствуйте разницу. Снова согните ноги в коленях и напрягите бедра. Удержите это напряжение. Снова вытяните ноги, расслабьте мышцы бедер... Позвольте процессу расслабления протекать естественно. Вытяните ступни в обратную от головы сторону так, чтобы напряглись ваши голени. Изучите это ощущение напряжения. Расслабьте ступни и икры. Теперь потянитесь носочками в сторону головы и снова ощутите напряжение в мышцах голени. Верните ступни в первоначальное положение.

Снова расслабьтесь... оставайтесь **расслабленными** некоторое время... Позвольте расслабиться себе еще больше... Расслабьте ступни, голени, колени, бедра и ягодицы... Почувствуйте тяжесть в нижней части тела по мере расслабления... Теперь позвольте расслаблению перейти на живот, талию и нижнюю часть спины. Позвольте ему проникать все глубже и глубже... Убедитесь в том, что ваше горло не напряжено. Расслабьте челюсти и шею, а также вес мышцы лица. Позвольте телу расслабиться на некоторое время... Позвольте себе расслабиться.

Теперь Вы можете расслабиться еще больше, просто глубоко вдыхая и медленно выдыхая воздух: Ваши глаза закрыты, Вы не обращаете внимания на внешние предметы и движение вокруг Вас, предотвращая таким образом появление поверхностного напряжения. Вдохните глубоко и почувствуйте, как тяжелеет Ваше тело. Медленно выдохните... Почувствуйте, как Ваше

тело тяжелеет. Если вы по-настоящему расслабились, то Вы не в состоянии пошевелить ни одним мускулом своего тела. Подумайте о том усилии, которое понадобится, чтобы поднять правую руку. Думая об этом, обратите внимание, не появилось ли напряжение в плечах и руках. Теперь Вы понимаете, что лучше не поднимать руку, а продолжать расслабляться. Обратите внимание на то, что Вам стало легче, а напряжение исчезло. Продолжайте в том же духе... Расслабляйтесь. Когда вы захотите встать, сосчитайте от четырех до одного. Теперь Вы полны сил, чувствуете себя хорошо и спокойно.

Люди зачастую напрягают мышцы сильнее, чем это необходимо. Это нередко приводит к появлению болей в спине, голове, плечах или шее. Мышечное напряжение, подготавливающее тело к действию, которое не осуществляется, называется зажимом. Приподнятые на протяжении всего дня плечи — один из примеров зажима. Прогрессивная мышечная релаксация — техника, созданная для нервно-мышечного расслабления. Она заключается в напряжении и последующем расслаблении группы мышц, при постепенном переходе от одной группы мышц к другой. Фаза напряжения предназначена для того, чтобы помочь людям лучше ощутить свои зажимы. Фаза релаксации знакомит людей с расслаблением и учит возвращаться в расслабленное состояние по желанию. Выполнять упражнения следует медленно и осторожно, при появлении болезненных ощущений необходимо останавливаться. Может пройти несколько недель или месяцев занятий прогрессивной релаксацией, прежде чем у вас появится «ощущение мышц» при напряжении и расслаблении, но релаксация принесет вам пользу гораздо быстрее.

4.4. Экспресс-методы снятия стресса и управления трудными психологическими ситуациями

Способность быстро справиться с возникающим при стрессе напряжением является основным условием успешного функционирования и физического здоровья в современном мире. При столкновении с неопределенностью или в случае переживания неудачи, важно уметь быстро снять напряжение, переключиться на позитивные эмоции, что дает возможность быстро восстановиться. Для этого можно использовать следующие приемы:

1) Произвольный контроль дыхания

Глубоко вдохните и задержите дыхание, в этот момент возникает желание восстановить дыхание и таким образом уйти от проблем повседневности. Желание выдохнуть заслоняет все остальные проблемы,

которые теряют свою актуальность и позволяет уйти из-под прямого воздействия стресса. Для этого необходимо с выдохом расслабиться, отклонившись назад и откинув голову и представить, как с последующим выдохом выходит не только воздух, но все ваши проблемы. Прodelайте это несколько раз и это позволит вам снять напряжение и воспринимать текущие проблемы не столь резко, значительно снизив их актуальность для себя.

2) Позитивное мышление

Каждый человек имеет личный опыт избавления от своих недугов и проблем. Этот опыт можно использовать для преодоления текущих проблем. Если Вы хоть раз смогли преодолеть свой недуг или пережить критическую ситуацию, значит Вы имеете способности справляться со своими проблемами.

Можно использовать следующую «технология самоисцеления».

1. Мысленно воспроизведите свой процесс самоисцеления в прошлом и проживите это еще раз. Прodelайте это буквально в течение минуты, пережив свою болезнь до полного выздоровления достаточно живо и красочно.

2. После этого перенесите себя в настоящее, поймите от чего Вы хотите избавиться и представьте, как Вы себя будете ощущать, когда это произойдет. Мысленно создайте фильм, в котором Вы избавляетесь от недуга от которого страдаете сейчас. Сделайте его абсолютно похожим на предыдущий: того же размера, яркости, цвета и т. д. Прочувствуйте процесс выздоровления, как можно более отчетливо, это поможет отвлечься от текущих проблем и найти выход из данной ситуации.

Роль подобных упражнений заключается в выработке навыков совладения со стрессовой ситуацией, снятия напряжения и умений переключаться с негативного события, а также иметь возможность рассмотреть альтернативные способы разрешения стрессовой ситуации, которая воспринимается как неразрешимая.

5. Эмпатия консультанта и коммуникативные навыки в кризисном реагировании.

В консультировании лиц, перенесших тяжелую психическую травматизацию, или же испытывающих труднопереносимые стрессовые нагрузки, наиболее целесообразно эмпатическое сопровождение.

Мы такой подход называем: кризисное реагирование или же эмпатическое общение, техникой рефлексивного общения или понимающее общение. Данное психотерапевтическое взаимодействие направлено на:

- установление и развитии контакта с пациентом,
- положительных взаимоотношений,
- установление связи с внутренним миром Другого,
- снятие психоэмоционального напряжения, уменьшение чувства одиночества, страха и тревоги и тп.

Это опыт переживания “помогающих” и поддерживающих отношений: *внимание, уважение и поддержка*. При эмпатическом сопровождении необходимы: способность консультанта *понимать* пациента и *реагировать* (эмоционально откликаться); *ненавязчивая теплота* и *надежность* психотерапевта (подлинность).

Мы позволяем пациенту рассказывать свою историю и поощряем его к этому (*приблизительно 80%* времени говорит пациент) – иными словами *делается реальный шаг навстречу к к пациенту*. Пациент является активным участником в определении *формы* разговора (в отличие от других интервью, эта встреча не связана с интересами опрашивающего, который хочет тщательно собрать какую-то специфическую информацию).

Понимающее (или эмпатическое) общение – это целенаправленное взаимодействие, ориентированное на понимание собеседника и проявление уважения к его личности в форме неоценочных реакций на его высказывания и эмоциональные состояния. В психологическом плане это означает следующее: *"При взаимодействии с собеседником я, как зеркало, "отражаю" его мысли и чувства, стремясь обдумать и понять их его глазами безо всякого оценивания"*.

Консультант проникает в мир пациента посредством присутствия, наблюдения, слушания и “бытия с” ним. Эти навыки позволяют консультанту установить связь с миром Другого.

Эмпатия позволяет консультанту **передать** пациенту свое понимание его мира. Это понимание в большинстве случаев сообщается с помощью множества разнообразных, иногда едва уловимых, невербальных способов.

Это еще и «способность предчувствовать реакции пациента» на наши интервенции.

Эмпатия – это способность понимать и проникать в мир другого человека, а также способность передать ему это понимание. Эмпатия – это наш основной инструмент в психотерапевтической работе.

Термин "эмпатия" в последнее время истерся и практически потерял свою содержательность. Эмпатия это слово, которое означает "чувствовать вместе с" Другим или сопереживать. Эмпатия отличается от симпатии, сострадания, жалости, интереса и подобных понятий, тем, что эти понятия внутренне подразумевают определенную степень защитного дистанцирования от страдающего человека.

Эмпатия требует от консультанта определённой зрелости: терпения, контроля импульсивности, "способности переносить состояние замешательства" (по Бергеру).

УСЛОВИЯМИ ЭМПАТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. качество присутствия, то есть способность невербального выражения консультантом вовлечённости в беседу (конгруэнтность и естественность),

2. безусловное положительное отношение - безоценочное принятие жизненного опыта пациента, а также проявление теплоты и заботы.

3. эмпатия консультанта.

Присутствие (или *вовлеченность консультанта в контакт с пациентом*) – это основа для установления контакта. Психотерапевты используют этот навык в ходе терапевтического процесса для того, чтобы:

- ✓ пациенты чувствовали себя в безопасности
- ✓ и были способны исследовать свои переживания.

Качество присутствия можно определить как степень невербального выражения вовлеченности терапевта в контакт с пациентом.

Основные принципы эмпатического интервью:

1. ведущую роль во взаимодействии играет пациент, а психотерапевт следует за ним.

Каждая фраза психотерапевта подытоживает то, что рассказал пациент, а не то, о чем спрашивал психотерапевт.

По сути дела, психотерапевт говорит: *"Ведите меня, я последую за вами туда, куда вы захотите пойти. Я буду следовать за вами медленно или быстро - так, как вы меня поведете. Я готов идти с вами вперед или назад, - и даже выжидать какое-то время. Я не буду ни подталкивать вас, ни*

задерживать. Я не буду судить, хорошо или плохо, правильно или неправильно, нормально или патологично то, о чем вы мне рассказываете. Я с вами, и я стараюсь понять, как вы воспринимаете мир, каков он с вашей точки зрения. Цель моих комментариев - удостовериться, что мы оба услышали и поняли сказанное вами, а не указывать вам, куда идти дальше".

(2) Во большинстве фраз психотерапевта речь идет о чувствах пациента, а не о его поведении. Необходимо:

- *погрузиться* в них вместе с пациентом,
- помочь пациенту понять, назвать и пережить свои чувства.

Все чувства полезны, даже негативные или причиняющие боль. Отрицательные чувства – это те чувства, которым мы приписываем знак минус, от которых нам бы хотелось "избавиться" или "поместить их куда-нибудь подальше" и которые обычно неожиданно появляются в те моменты, когда наше Эго утрачивает способность к их подавлению.

Чувства принадлежат реальному человеку, он их переживает, и потому они не бывают ни правильными, ни неправильными.

Как известно, есть что-то магическое в том, что мы даем название тому, что нам неподконтрольно. Люди всегда давали имена явлениям, таящим угрозу (например, вулканам, бурям, ветрам и другим силам природы), чтобы уменьшить опасность и контролировать свой страх. Дать чему-то имя – значит, уменьшить до человеческих размеров, и тогда с этим можно вступать в единоборство.

✓ Дать чувствам верное имя, описать их воздействие, интенсивность и силу - первый шаг пациента на пути к контролю над ними.

В дальнейшей психотерапевтической работе наша задача заключается в том, чтобы:

- научить пациента прислушиваться (доверять) к своим чувствам. Если дать отрицательным чувствам шанс проявить себя, они или превращаются в ненависть и отвращение к вещам, действительно этого заслуживающим, или увядают и исчезают.
- использовать их энергетическую составляющую или направлять их на то, чтобы изменить жизнь пациента.

(3) Укрепление доверия. Доверие растет если мы: открыты тому, что мы слышим, честны в своих ответах, никогда не лжем, даже ради того, чтобы утешить или безосновательно обнадежить пациента.

(4) Принятие. В ходе беседы желательно: не спорить с пациентом, не опровергать (не использовать слово "но"), не осуждать, даже если ваши ценности несовместимы с ценностями пациента. Принятие пациента не

означает одобрения его ценностей или поведения. Принимать – не значит соглашаться.

Можно привести метафору, которая отражает принятие: «забеременеть пациентом и выносить эту беременность».

Первоначальные терапевтические реакции в процессе эмпатического сопровождения могут быть следующие:

- (а) минимальное поощрение;
- (б) обобщение сказанного пациентом и\или его пересказ;
- (в) отражение чувств пациента.

Эти реакции ненавязчивы, не отвлекают пациента, не прерывают ход его мыслей и не содержат оценок (Knippen, Green, 1994).

(а) Минимальное поощрение (используется чаще всего) – кивки, "ага", "Пожалуйста, продолжайте..." и т.д. Таким образом мы еще и контролируем процесс интервью.

(б) Обобщение сказанного - когда мы пытаемся понять то, что рассказывает нам пациент, и хотим удостовериться в том, что мы верно восприняли информацию.

Обобщение сказанного включает:

- внутреннюю систематизацию полученной информации,
- суммирование всего материала
- и пересказ его пациенту **своими словами**, чтобы он мог подтвердить или изменить наше впечатление.

(в) Отражение чувств пациента должно быть как можно более точным и должно отражать не только саму эмоцию, но и ее интенсивность. Важно отражать чувства, даже если пациент не выражает их открыто.

Эмпатия консультанта может помочь их обнаружить как в контексте рассказанной пациентом истории, так и в невербальном поведении пациента.

Все эти коммуникативные приемы можно отнести к навыку активного слушания эмпатического общения.

Неэффективные реакции консультанта:

❖ НЕИСКРЕННЕЕ ПОДБАДРИВАНИЕ – например, "Уверен, что вы скоро справитесь с этой ситуацией!"

❖ ОТРИЦАНИЕ – когда мы, вероятно, в силу собственных защит отрицаем сказанное пациентом: "Конечно же, это не так...", "Чепуха....Это все не так опасно, как вы представляете...." и т.п.

Пациент на такую реакцию:

– либо притворится, что он согласен с вами, чтобы не разонравиться вам,

– либо начнёт спорить, надеясь, что вы, наконец, его поймете.

❖ ОБВИНЕНИЯ в адрес пациента (прямые или завуалированные): «Успокойтесь! Не надо драматизировать! Не истерите...» и тп

❖ СВЕТСКИЕ РЕПЛИКИ - например, *"Я вас понимаю. Со мной было то же самое..."* (пациент в полной растерянности: кому нужна помощь – ему или вам?) или *«Все будет хорошо..., вот увидите., скоро это закончится...»*

❖ СОВЕТЫ порождают чувство фрустрации; обычно люди не следуют советам. Давая совет, вы попадаете в ловушку – "да", "но...".

Необходимо помнить: *то, что человек говорит себе сам, гораздо ценнее того, что можете сказать ему вы, даже если ваши слова правильнее.* Иногда мы говорим что-то *похожее* на совет – это необходимая пациенту информация. Отличия в том, что совет принадлежит тому, кто его дает, а информация - тому, кто ее получает.

Более глубокие вмешательства – это конфронтация и интерпретация.

*Однако в кризисном консультировании данный тип вмешательства необходимо использовать **очень осторожно!***

Вы не ошибетесь, если ограничитесь только вышперечисленными вмешательствами (минимальное поощрение; обобщение сказанного пациентом и\или его пересказ и отражение чувств пациента).

Очень легко во время интервью можно дать вовлечь себя в такую схему общения, когда консультант задает вопросы, а пациент на них отвечает. Потом эту схему очень трудно изменить, особенно если вопросы позволяют давать односложные ответы или на них можно отвечать простыми "да" и "нет". Это – ловушка, которую следует избегать по многим причинам⁷

Мы склонны задавать вопросы в силу ряда причин:

a. мы любопытны (наш бессознательный вуайеризм);
b. мы думаем, что пациент этого от нас ждет, и так ему легче будет рассказывать о себе.

c. в силу нашей собственной тревожности (мы не всегда знаем, что нам делать, а задавать вопросы проще, чем отражать чувства).

Рекомендации по поводу использования вопросов.

1. По возможности избегайте вопросов.

2. Если вы задаете вопрос, то он должен иметь отношение к тому, о чем говорит вам пациент. Будет правильно, если вопросы помогут пациенту понять себя и выявить что-то новое.

3. Избегайте вопроса "*Почему?*"

a. на него нельзя ответить,

b. он никуда не ведет и, возможно, заставит пациента защищаться.

c. подразумевает критику ("*Ты почему пролил молоко?*").

2. Открытые (не предлагающие определенного ответа) вопросы всегда предпочтительнее, чем закрытые.

3. Не задавайте подряд много вопросов. А если все-таки это происходит, старайтесь как можно быстрее вернуть инициативу пациенту.

4. Лучше всего задавать вопросы в конце консультации.

То есть вы не ошибетесь, если вообще не будете задавать вопросы.

! *Для консультанта важно не дать втянуть себя в игру, в порочный круг вопросов и ответов. Если вас в это втянули, пациент «взял верх, а терапия проиграна».*

Таким образом, к видам эмпатического/ понимающего реагирования относятся:

✓ **Простые фразы, подтверждающие наличие контакта** – "*да-да*", "*конечно*". Эти фразы "говорят" собеседнику, что мы его слушаем и понимаем то, что он говорит, так мы выражаем внимание и интерес к собеседнику.

✓ **Минимальное поощрение** к продолжению разговора – *кивки*, "*ага*", "*Пожалуйста, продолжайте...*" и.т.д. Таким образом мы контролируем процесс интервью.

✓ **Перефразирование мыслей собеседника, выраженных открыто** - мы как бы ему "сообщаем" наше понимание того, что он говорит или чувствует. Перефразирование наиболее полезно тогда, когда:

— мы хотим проверить, правильно ли поняли собеседника, и

— чувствовалось, что он сам испытывал затруднение при формулировании мысли, или

— когда он выразил ее недостаточно полно. Перефразирование также выполняет функцию подтверждения контакта: мы "сообщаем" собеседнику, что пытаемся понять его.

✓ **Отражение чувств партнера, выраженных открыто.**

✓ **Выяснение и отражение скрытых мыслей и чувств собеседника.** Этим приемом мы как бы пытаемся проникнуть глубже, обнаружить чувства и мысли собеседника, которые он не выражает открыто. Этот вид реагирования помогает собеседнику:

— более отчетливо понять собственные мысли и чувства, не выражаемые им открыто;

— дают ему ощущение того, что он правильно услышан и понят.

✓ **Молчание как вид реакции** - когда партнер по общению испытывает потребность остаться как бы наедине с собой, или когда он обсуждает, рассматривает, анализирует свои мысли и чувства в ходе разговора.

✓ **Невербальные реакции** - выражение лица, поза, тон голоса, жесты и т.д. - намного точнее "сообщает" партнеру о нашем отношении к нему, о степени нашего уважения и понимания. К тому же в невербальных реакциях человеку труднее притворяться и фальшивить, поскольку "язык тела" нами, как правило, не осознается.

✓ **Вопросы, проясняющие позицию собеседника** – это обращение к говорящему за уточнениями.

✓ **Резюмирование (или обобщение сказанного)** – помогает соединить фрагменты разговора в некое смысловое единство. Они дают нам уверенность в том, что мы точно восприняли сообщение собеседника, а нашему партнеру помогает понять, насколько ему удалось передать свою мысль.

Активное слушание требует огромных затрат энергии консультанта.

Мы все, конечно же знаем, что эмоциональные переживания «заразительны» и что, например, трудно долгое время находиться рядом с человеком, страдающим тяжелой депрессией.

Зачастую наши пациенты «загружают» в нас разочарование и депрессию, страх и ненависть, ярость, беспомощность и отчаяние и мн.др., которые сами не могут вынести.

Теория проективной идентификации объясняет, отчего наша работа бывает порой такой невыносимой. Проективная идентификация выталкивает нежелательные чувства от одного человека в кого-то другого.

Всем нам знакомы выражения:

✓ «Горе разделенное - уже половина горя»,

- ✓ «снять груз с плеч...»,
- ✓ «такое облегчение - иметь возможность поговорить с вами»

- эти и другие подобные фразы выражают психическое ощущение, что боль можно отделить от себя, и потребность в человеке, который бы нес ее вместе с нами или за нас. Таким образом, с помощью различных способов (например, с помощью проективной идентификации) пациенты используют консультантов как контейнер для душевной боли, иными словами, для облегчения душевной боли. *«В таком поведении клиента выражается его потребность поместить эти чувства в кого-то другого в надежде, что этот человек будет достаточно терпимым, чтобы удерживать их. Консультант действует подобно матери, которая убирает выделения ребенка, содержит его в чистоте и постепенно приучает выполнять эти действия без ее помощи».*

Примером может быть **сон** пациентки, рассказанный в анализе (к концу первого года, в достаточно напряженный период нашего взаимодействия). Пациентка экстернализировала внутреннее напряжение в психотерапевтическое пространство: была очень критичной, на сеансах часто звонил ее телефон; и не смотря на озвученные правила об отключении телефона, она продолжала отвечать на звонки и т.п.:

«Я поднимаюсь по ступенькам в подъезде родителей, и вдруг из меня выпадает кусочек дерьма. Сзади идет женщина, наклоняется и смотрит, что там упало. А я делаю вид, что это не моё, я к этому не имею никакого отношения. Конфуз...».

Ранее пациентка соматизировала внутренне напряжение - реагировало ее тело подъемом артериального давления; она обратилась за помощью к психотерапевту после повторного обширного кровоизлияния в сетчатку глаза. Подобная экстернализация негативных чувств в пространство нашего взаимодействия была для нее «лечебной».

Далее в процессе аналитической психотерапии, как писал Д.Винникотт, терапевтическая задача такова: *«...возвращать в течение длительного времени пациенту то, что он приносит с собой...».*

Однако, это не про кризисное реагирование: при кризисном вмешательстве наша задача и заключается в том, чтобы быть этим надежным контейнером для облегчения страданий травмированного пациента.

Становится понятнее, почему любая психотерапевтическая работа так изматывает. Быть носителем чувств, которые другие люди находят слишком тяжелыми и невыносимыми, – действительно трудная задача!

6. Работа с ситуациями потери. Методы поддержки в ситуации реакции горя

В настоящее время сохраняется мода на молодость, хорошее здоровье, позитивное мышление. Старость, болезнь, горевание воспринимаются как что-то негативное, ограничивающее. Большинство из нас в детстве воспитывали по принципу «нет времени плакать, иди и делай». Но между тем дать возможность ребенку погрустить, поплакать, погоревать является важной составляющей формирования устойчивой психики. Те из нас, кто по-настоящему избегал подобных эмоций в детстве уже в зрелом возрасте может столкнуться с неопределимыми сложностями в кризисных ситуациях. Такой человек элементарно не сформировал у себя паттерны адаптивного поведения. Критическая ситуация для пострадавшего человека является двойным вызовом: необходимо перестраивать себя, свою жизнь и непосредственно тратить энергию на преодоление тяжелых переживаний. Карл Юнг однажды сделал интересное замечание: «Наша психика ... не остается равнодушной к умиранию индивида. На это же указывает и побуждение навести порядок во всех незаконченных делах». Данная мысль приводит нас к выводу, что переживаний не удастся избежать, но важнее научиться с ними справляться. Эрнест Беккер в своей книге «Отрицание смерти» (The Denial of Death) отмечает феномен бегства от факта смерти и горя, но также на примерах он показывает, как попытка раз и навсегда защищаться от таких переживаний приводит к потере полноценного проживания жизни здесь и сейчас. Прежде чем начать работать с ситуациями горя каждому специалисту в области психического здоровья следует сделать важное упражнение. Ответьте на вопрос (а лучше проговорите с кем-либо в парах, тройках): *«Какая у вас парадигма/концепция жизни и смерти? Какое ваше отношение к этому вопросу?»* Ведь об этом нужно будет говорить с умирающим и их близкими! Ваша индивидуальная устойчивость перед кризисными ситуациями смерти и горевания существенно поможет достигнуть высокой эффективности в работе с такими случаями.

6.1. Психоаналитический взгляд на процесс горевания

С точки зрения теории сепарации-индивидуации горевание – это процесс, который мы выполняем для отделения от объекта и дальнейшего функционирования с ним. Таким образом процесс горевания присутствует на протяжении всей нашей жизни. В процессе горевания из-за сепарации или потери важного объекта человек может столкнуться как чувством одиночества, так и с ощущением брошенности. Но между ними есть принципиальная смысловая разница. Одиночество по своей сути является

временным перерывом во взаимодействии с важным объектом и который я могу контролировать. Например, я выбираю сейчас побыть одному. Брошенность – это состояние, которое я не могу контролировать. Меня бросили, я испытываю бессилие, дистресс. Синоним брошенность – окончательное расставание. У многих пациентов наблюдается тенденция к смешиванию понятий одиночества и брошенности. Временный разрыв во взаимоотношениях со значимым человеком они воспринимают как утрату, смерть. Для специалиста в области психического здоровья важно понимать, что успешная сепарация субъекта от объекта – это структурирующее событие для Эго. Мы осознаем, что отделены от других и другие отличаются от нас.

При возникновении риска сепарация или утраты объекта появляется высокая неосознаваемая тревога. «Вы в разлуке всего лишь с одним существом, и мир становится безлюден». А. де Ламартин. Способность переживать сепарационную тревогу и тревогу потери объекта у всех разная. Ее следует развивать! При высокой толерантности к тревоге субъект хорошо ее осознает и с кем или с чем она связана. Но если тревога чрезмерна, то она вытесняется в бессознательное (вытеснение, смещение и пр.). Далее происходит расщепление Эго и отрицание эмоций. Субъект путает с каким объектом связана тревога.

Риск сепарации или утраты объекта часто сопровождается депрессивной реакцией, т.к. произошла частичная идентификация с утраченным объектом и смешение с ним, как защита от чувства утраты. Уровень и толерантность к тревоге корнями уходит в детство. Тревога по своей сути является неосознаваемым страхом перед чем-то. Поэтому находясь в таком состоянии мы фрустрированы и испытываем психологическую беспомощность

Приручение горевания по утраченному объекту – не устранение тревоги, а возможность смотреть ей в лицо, т.е. выдерживать сепарационную тревогу и тревогу непосредственной потери объекта. Выдерживать сепарационную тревогу и тревогу, связанную с потерей объекта, помогает осознание своей уникальности и уникальности другого.

Подход к интерпретации при условно успешной сепарации и индивидуации.

Сепарация – это расставание с человеком, с которым установлены доверительные отношения. Так как объект надежный и расставание не значит разрыв, можно отдаляться от него и вновь возвращаться. Нет угрозы Эго из-за отсутствия значимого (катектированного) лица. В результате происходит признание другого как катектированного объекта.

Подход к интерпретации при условно неудачной сепарации и индивидуации.

Сепарация от объекта воспринимается как распад единства, распад целостного Эго. Ситуация «Я не я». Процесс индивидуации (отделение Эго от объекта) проходит неудачно. Индивидуация – это ранний процесс установления различий, который происходит во время эдипального кризиса в треугольных отношениях. Возникает тревога из-за того, что клиент осознает, что Эго и объект раздельны и объекту нельзя доверять. Сепарация и индивидуация – это последовательные процессы.

Индивидуация прорабатывается на стадии нарциссизма – аналитик появляется как объект, а Эго постоянно меняется и растет (т.е. личность). Это почти вечный процесс. «Быть объектом вместо того, чтобы иметь его» –
3. Фрейд о тенденции к идентификации и слиянию с первыми объектами.

Таким образом,

1. Горевание важно для проработки сепарации и индивидуации – функция прояснения.

2. Многие ситуации развития личности – это проработка горя.

3. Чтобы удачно пройти процессы сепарации и индивидуации, важно принимать амбивалентность – любовь и ненависть.

4. Горевание, как правило, ретравмирующий процесс, т.к. субъект испытывает сильное стрессовое воздействие во время сепарации от значимого объекта.

Симптомы горевания

Работа с гореванием во многом – это оказание практической психологической помощи пациентам и их близким, перенесшим ту или иную психическую травму. К травмам такого рода следует отнести:

- смерть одного из родителей или обоих (особо остро переживаются внезапная или насильственная смерти, в т.ч. суициды);
- тяжелое соматическое или психическое заболевание;
- аварии или катастрофы;
- развод;
- утрата отношений (в т.ч. дружеских привязанностей), ссора с близким другом;
- гибель домашнего животного;
- кража;
- измена, предательство;
- события в стране и за рубежом (создают ощущение нестабильности, нарушают состояние базовой безопасности) и т.д.

В таком случае мы говорим о так называемой "работе горя" – о протекании процесса горевания и потери. Основные симптомы, которые мы можем наблюдать в ситуации горевания:

Симптомы повышенной возбудимости:

1. трудности засыпания или бессонница;
2. внезапная, немотивированная раздражительность, взрывные реакции - вплоть до состояния "головной об стенку";
3. трудности концентрации внимания;
4. сверхбдительность;
5. физиологические реакции на событие, напоминающее или символизирующее травму (вегетативные, дрожь в теле и т.п.).

Симптомы повторного переживания:

1. навязчивые воспоминания о событии (например, аварии), о погибшем и т.д.;
2. зрительные или слуховые иллюзии;
3. флэш-беки (внезапные поступки или чувства, как если бы это событие происходило сейчас) и т.д.

Симптомы избегания:

1. снижение интереса к ранее значимой деятельности;
2. обеднение чувств - ощущение опустошенности, блеклости мира, его серости;
3. избегание мыслей и чувств, связанных с этим, или наоборот, навязчивые рассказы по этому поводу;
4. и - самое главное - отсутствие ориентации на будущее.

При определенных условиях пациент может "застрять" на той или иной стадии процесса горевания и потери. Опасность такого "застревания" становится ясна и понятна, если обратиться к метафоре. Это как заноза – маленький кусочек деревяшки, который остался внутри. Кожа заросла, внешне все сгладилось, а внутри идет воспалительный процесс. И если его вовремя не остановить, он может распространиться, и следствия этой психологической "занозы" перекинутся на другие сферы человеческого существования.

Знание основных симптомов горевания и особенностей восприятия феномена смерти позволяет специалистам вовремя опознать проблемное состояние пациента и начать коррекционную работу с ним и/или близкими ему людьми.

6.2. Диагностика и оказание помощи пациентам с ситуациями потери по стадиям горевания (Элизабет Кюблер-Росс)

Первая стадия - Шок (замирание и непонимание).

Метафора: "Ничего не произошло"

Проявления: в первые минуты-часы человек может плохо реагировать на внешний мир, на обращения к нему, он может вести себя слишком спокойно, даже отстранено. Также он может говорить об ощущении нереальности происходящего, или как будто от события его отделяет какая-то дистанция. Затем человек может вести себя, как будто бы обычно, говорить, словно ничего не случилось. Он может упоминать или строить планы на будущее, включающие то/того, чего/кого уже нет. Пострадавший может бесконечно переспрашивать о произошедшем. Также он может настаивать и убеждать окружающих, что всё ещё обернётся хорошо, что ещё не конец, ситуация продолжается, или что просто кто-то ошибся или специально обманул, а на самом деле всё в порядке (болезнь пройдёт, человек останется жив, опасность минует). У пострадавшего возможны приступы панической атаки и телесные симптомы, чаще связанные с сердцем.

Значение стадии: это естественная и самая ранняя психическая защита – *"я просто сделаю вид, что того, что делает мне плохо – нет, и тогда этого не станет"*. Человек не верит в случившееся, активно отрицает его. То, что он потерял, имело большую ценность для него, и осознание этого факта способно вызвать много очень сильных чувств, которые могут надломить психику и кардинально изменить жизнь, и это больше, чем человек сейчас может вынести. Поэтому психика защищается от этого.

Опасность стадии: застрять в отрицании, жить, как будто ничего не произошло; начать постоянно физически и психологически убегать от этой и похожих ситуаций. Это может привести к тому, что жизнь человека становится как будто частичной.

Цель помощи: чтобы человек понял, признал и осознал то, что у него произошла потеря/утрата.

Действия специалиста и близких: в этот период полезно быть рядом с человеком, разговаривать с ним о потере и поощрять его разговаривать об этом. Если физически возможно, очень важно, чтобы человек видел и смог прикоснуться к телу или могиле (если это смерть близкого), обломкам (если это разрушение здания или местности), фотографиям или вещам, напоминающим о том, что утрачено (если это, например, завершение отношений, или тела нет). Если человек переспрашивает, полезно аккуратно и мягко, снова и снова, рассказывать о случившемся, а также объяснять, что

всё кончено, и ничего не изменить. На этой стадии нужно запастись терпением и мягкостью, полезно дать пострадавшему время и место на признание ситуации.

Что не делать: избегать затыкать и осуждать человека, когда он снова и снова говорит или спрашивает о случившемся. Нельзя соглашаться с пострадавшим в том, что всё ещё обернётся хорошо, или ещё не всё потеряно, и можно что-то изменить; избегать ругать или требовать от человека взять себя в руки. Нельзя давать советы или предлагать какие-то действия, чтобы справиться с горем (на этой стадии другая задача).

Вторая стадия - Гнев (обвинение). Метафора: "Наказать виновного"

Проявления: Человек начинает чувствовать и проявлять возмущение, негодование и злость. Начинает искать виновных в трагедии везде вокруг (даже если виноватых нет, как, например, при стихийном бедствии), может стать подозрительным. Может начать обвинять кого-то в случившемся. Может также начать ненавидеть всех, кто не пережил такую же ситуацию. Пострадавший может пробовать мстить, "добиваться справедливости" разными способами. Если трагедия связана со смертью близкого, человек может злиться и обвинять самого умершего. У пострадавшего могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Значение стадии: Понимание факта трагедии пришло. Но ценность остаётся такой же и нежелание терять таким же сильным. Пострадавший активно не согласен с такой реальностью. На первый план выходит уже более поздняя, а потому направленная вовне, на действия, психическая защита – злость. Упрощённо, такое переживание может выражаться так: *"Я не хотел, чтобы это случилось, но это случилось. Значит, кто-то или что-то сделал это против моей воли. Значит, надо найти это что-то или кого-то и наказать!"*.

Опасность стадии: застрять в злости и недоверии к миру и людям; разрушить отношения с близкими и важными людьми из-за агрессии и обвинений в их адрес; нанести вред себе или окружающим (например, пытаясь отомстить, нарушить закон).

Цель помощи: оградить человека от слов и действий, которые причинят вред ему и другим людям, и о которых он потом может пожалеть. При этом дать пострадавшему возможность выразить чувства, иначе они обернутся на него самого. Если в ситуации на самом деле есть виновник, то помочь сфокусироваться и добиться справедливости законным путём, потому как пострадавшему сфокусироваться в этой стадии сложно.

Действия специалиста и близких: полезно разговаривать и выслушивать пострадавшего, спокойно реагировать на его чувства. Можно предложить безопасно выразить злость через активные виды спорта, боевые искусства. Также ему полезно писать "письма", выражая в них свои чувства (письма можно просто складывать в стол), говорить о них с фотографией или на могиле. Можно помогать человеку разбираться в происшествии, если ему это важно. Если в трагедии имеет место нарушение закона, то стоит помочь пострадавшему добиться справедливости и наказания виновников в рамках закона. Если виновников нет, или наказание невозможно, то поддерживать его в выражении злости и помогать ему переживать свою беспомощность. Будет полезно направить злость пострадавшего на какое-то полезное дело (например, помогать пережившим то же самое). На этой стадии хорошо быть посредником-миротворцем между человеком и людьми.

Что не делать: не допускать обвинения человека в его поведении и реакциях; избегать несправедливых обвинений других, не допускать, чтобы человек начинал мстить кому-бы то-ни было; нельзя поощрять и подталкивать к вымещению злости.

Третья стадия – Торг (вина). Метафора: "Я все сделаю, повремени пока?"

Проявления: у пострадавшего могут вдруг появиться навязчивые идеи вроде суеверий или соблюдения каких-то правил. Может появиться религиозность, он может начать ходить в церковь. Может легко верить и вестись на обещания и способы исправить ситуацию (обращение к Богу, врачам, обращение к колдунам, науке). Человек может говорить или упоминать о некоем чуде, которое должно случиться, потому что он сделал нечто специальное (например, пожертвовал деньги детскому дому, поэтому его болезнь сейчас отступит. Не путать с предыдущей стадией, когда человек выражает свою энергию в какое-то полезное дело, там он ничего не ждёт взамен).

Также человек может начать обвинять себя. В речи могут часто появляться фразы типа "если бы я...", "я должен был сделать/сказать то-то", "я не должен был делать/говорить то-то". Пострадавший может как будто пытаться исправить что-то, что было сделано "не так" в отношении к утраченному, словно это может что-то изменить. У него могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Значение стадии: осознание потери пришло, виновные найдены, но ценность утраченного настолько велика, что отказаться от этого — невозможно. Характерна попытка изменить произошедшее, заменить

случившееся на что-то иное, чудесным образом откатить всё назад. Человек готов согласиться на любую цену, чтобы изменить реальность, которую он не хочет принимать. Психика прибегает к последней защите: "магическому мышлению". Это отголосок младенческого "всемогущества": *"я способен повелевать реальностью, знать бы только правильный способ"*.

Обратная сторона медали всемогущества будет проявляться в чувстве вины: *"я был способен не допустить трагедии, но сделал что-то неправильно, и она произошла. Значит, это я виноват в случившемся. Надо понять, что я должен был сделать иначе, чтобы сейчас вернуть всё на место и в следующий раз не лишиться чего-то настолько важного"*.

Опасность стадии: застрять в вине; отказаться от отношений с близкими людьми и важных вещей в жизни из-за отсутствия гарантии, что всё не повторится; отказать себе в праве на радость, счастье, материальные блага в качестве наказания; слишком удариться в религию, эзотерику, секту, как попытку наказать себя, искупить вину или заслужить прощение и потерять из-за этого контакт с реальностью и близкими людьми.

Цель помощи: помочь человеку осознать необратимость трагедии. Не дать ему закопать себя в вине и самообвинении. Поддержать и помочь пострадавшему принять свою долю ответственности, если она есть. Дать понять ему, что, несмотря ни на что, он достоин жить дальше и быть счастливым.

Действия специалиста и близких: в этот период необходимо поощрять человека замечать невозможность изменить уже случившееся никакими способами. Объяснять невозможность влияния пострадавшего на события подобного порядка. Дать понять человеку, что он не мог сделать всё идеально, не мог всё предусмотреть, обращать его внимание на вклад других людей и обстоятельств. Помогать переживать беспомощность перед большими силами (такими, как стихия и смерть). Если человек объективно виноват в случившемся, то помогать переживать эту вину и делать выводы на будущее. В этом случае можно помочь человеку найти способ здорового, полезного для окружающих искупления. Помочь найти конкретного значимого человека, чьё прощение в случае вины будет иметь смысл для пострадавшего (например, родители, священник, врач). Пострадавшему полезно писать письма, в которых он бы выражал свои чувства, говорить с портретом или могилой (если это смерть близкого).

Что не делать: избегать обвинения человека в случившемся и не поощрять самообвинения. Нельзя предлагать и поощрять отказываться от чего-то важного ради искупления. Нельзя словами или делами наказывать пострадавшего за случившееся.

Четвертая стадия – депрессия (отчаяние). Метафора: "Я так несчастен, разве меня может что-то беспокоить? К чему попытки?"

Проявления: человек замыкается в себе, теряет интерес к жизни. У пострадавшего может появиться подавленное состояние, могут быть слёзы, апатия, грусть, вялость, слабость, отсутствие желания что-то делать, ходить на работу или общаться, нежелание жить. Пострадавший может перестать делать свои обычные дела и запустить себя (может плохо есть, перестать умываться, чистить зубы, перестать обращать внимание на одежду, прекратить убираться в квартире, заботиться о детях). Он может заболеть или говорить о разных симптомах, также могут появиться панические атаки, особенно в моменты "выхода в мир". Человек может начать избегать знакомых людей или событий, связанных с весельем, часто говорить о желании побыть в одиночестве. Пострадавший может говорить о бессмысленности или невыносимости его жизни. В крайних случаях возможны суицидальные попытки.

Значение стадии: все защиты преодолены, ситуация принята, виновные найдены, изменения невозможны. Психика больше не защищается, а, наконец, начала переживать истинно потерю. На этой стадии много боли, горечи, беспомощности, отчаяния и других чувств, которые могут сильно проявляться в теле. Пострадавший не знает, как ему быть со всеми этими ужасными и тяжёлыми чувствами, которые заполняют его, ровно, как и не знает, как ему жить дальше без того, что безвозвратно потеряно. Подсознательно или даже открыто это может звучать как: *"мой мир разрушен, я не хочу жить в мире, в котором больше нет того, что мне было так важно, поэтому я умираю"*. Это самый трудный, но и самый продуктивный этап проживания горя.

Опасность стадии: застрять в горе; испортить своё здоровье; потерять работу и друзей; отречься от мира; впасть в настоящую депрессию, покончить с жизнью.

Цель помощи: предотвратить развитие клинической депрессии или суицида. Помочь и поддержать в проживании горя, разделить боль. Позаботиться о здоровье и материальных нуждах пострадавшего, о которых он сам не может пока позаботиться.

Действия специалиста и близких: на этом этапе полезно взять на себя физическое обеспечение пострадавшего (например, покупать продукты, прибирать дом, заботиться о домашних животных, детях). Полезно регулярно звонить и навещать, интересоваться, чем помочь; быть посредником между человеком и миром. Полезно говорить с пострадавшим о его чувствах и поощрять их выражать в разной форме (писать стихи, прозу, рисовать

картины, делать музыку, писать письма, говорить с могилкой или фотографией). На этой стадии полезнее слушать, чем говорить. Иногда можно мягко заставлять человека "проветриваться", выходить с ним куда-нибудь, заниматься любимыми для него делами, но не связанными никак с потерей. Пострадавшему может быть полезно сменить обстановку (взять отпуск, выехать на природу, переехать туда, где о нём хорошо позаботятся).

Что не делать: нельзя заставлять пострадавшего успокоиться и взять себя в руки. Нельзя заставлять отвлечься и повеселиться. Нельзя наваливать заботами и делами. Избегать обвинять в чём бы то ни было.

Пятая стадия – принятие (смирение). Метафора: "Я не могу победить это, но я могу хорошо подготовиться к этому"

Проявления: на этой стадии у человека более спокойное ровное состояние. В жизнь пострадавшего возвращаются позитивные чувства (он начинает вновь улыбаться, смеяться, радоваться, шутить). Человек начинает снова делать дела, которые он делал раньше. Возвращаются силы, он становится активнее. Пострадавший возвращается к работе, может начать новые проекты. Грусть ещё остаётся, особенно в общении с близкими людьми, и когда речь заходит о потере, но она уже не затягивает. Человек начинает интересоваться новым, могут появиться новые увлечения и знакомства. Может сменить обстановку (сменить работу, переехать в другое место, сменить мебель или гардероб).

Значение стадии: горевание ещё не окончено, это его последняя и необходимая стадия. Это процесс восстановления. Боль постепенно проходит, "рана" уже не кровоточит, на ней образовался рубец, который ещё тянет и ноет, но уже не вызывает острой боли при каждом движении. Сил ещё не очень много, так как они ушли на проживание горя и продолжают уходить на "заживление раны". Теперь надо восстановить ещё и потраченные силы. Человек понимает, что он не умер от горя, и что он будет жить, поэтому он начинает налаживать новый быт без того, что он потерял. Пострадавший словно похоронил свою старую жизнь и теперь начинает новую.

Опасность стадии: не полностью восстановиться и вернуться на предыдущие стадии; не рассчитать свои силы, взяться за слишком многое или слишком трудное, надорваться и откатиться в депрессию.

Цель помощи: помочь пострадавшему полностью восстановиться; помочь там, где сил человека ещё не хватает.

Действия специалиста и близких: поощрять человека не торопиться восстанавливаться; постепенно возвращать человеку все его дела, которые

он не мог выполнять ранее; поддерживать в новых начинаниях и новых проектах. Можно вместе попробовать что-то новое и интересное. Если человек вспоминает о потере, то спокойно об этом поговорить. Не бояться напомнить ему о потере или о том, что с нею связано. Можно начинать вести себя уже вполне естественно и обычно с ним (не сдерживать себя и свои чувства, не ограничивать себя в словах и действиях).

Что не делать: избегать мусолить трагедию (говорить только о ней всё время). Нельзя торопить человека восстанавливаться и снова жить полной жизнью, как прежде. В то же время избегать чрезмерно опекавать и щадить. Нельзя обвинять и стыдить пострадавшего в том, что он снова радуется жизни.

Выводы:

1. Если одна из фаз выпадает, то горе становится патологическим.
2. При проживании горя мы колеблемся между стадиями, а не идем линейно.
3. В последствие Кюблер-Росс выделила важный терапевтический фактор – надежду.
4. Надежда – это важная нить, связующая все стадии. Эта надежда дает веру, что у изменений хороший конец, и что у всего происходящего есть свой особый смысл, который мы поймем со временем.

6.3. Другие психологические концепции и методы психологической помощи в горевании

Концепция горевания Дж. Вильяма Вордена

В последнее время широкое распространение получил новый взгляд на работу с горюющим пациентом, предложенный Дж. Вильямом Ворденом в своей книге «Консультирование и терапия горя» (J. William Worden "Grief Counseling and Grief Therapy, 2001 г). Концепция Вордена, хотя и не единственная, сейчас остается самой популярной среди людей, работающих с утратой. Она очень удобна для диагностики и работы с актуальным горем, а также если приходится иметь дело с горем, не пережитым много лет назад и вскрывшимся во время терапии, начатой по совершенно другому запросу.

Ворден предложил вариант описания реакции горя не по стадиям или фазам, а через четыре задачи, которые должны быть выполнены горюющим при нормальном течении горя:

1. признание факта потери;
2. пережить боль потери;

3. наладка окружения, где ощущается отсутствие усопшего;
4. выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить.

Эти задачи по сути схожи с теми задачами, которые решает ребенок по мере взросления и отделения от матери. Ворден считает этот подход наиболее удобным для клиницистов и наиболее близким к теории Фрейда о работе горя.

Феномены поведения в кризисных ситуациях смерти, потери и горя

Согласно Ф. де Грааф, в практике психологического сопровождения смертельно больных встречаются разные психологические феномены:

1. Феномен потери личности и контроля

Пациент может считать себя “никем”, т.к. присутствует дезориентация личности, а также потеря контроля над ситуацией и собой. Разговор с такими пациентами часто бывает тяжело построить, т.к. диссоциация и дереализация приводит к отграничению от внешнего мира. Они ничего не слышат, даже не понимают.

Задача специалиста: в данном случае показать пациенту его уникальность, подчеркнуть ценность его, как человека.

2. Феномен бессрочного ожидания

Пациент испытывает тяжелые переживания в ситуации неизлечимой болезни по причине того, что неизвестен исход болезни и срок. Все кончено! Ситуация подвисла и неопределенность истощает.

Задача специалиста: помочь создать у пациента ощущение полноты бытия, наполнить его жизнь в последние дни. Например, попрощаться с важными для него людьми, побыть с ними.

3. Феномен потери смысла

Данный феномен проявляется и у пациента, и у его родственников. Потеря смысла у родственников может достигать пиковых состояний.

Задача специалиста: совместное с пациентом переживание горя, принятия смерти, а также создание установки на продолжение жизни и поиск смысла дальнейшей жизни, после смерти близкого человека. Работая с пациентом, специалист помогает ему увидеть смыслы в прошлой жизни.

4. Феномен конфликта и борьбы с судьбой

Пациент пытается через борьбу с различными препятствиями преодолеть свой невротический конфликт и выиграть что-либо у судьбы.

Пациенту необходима помощь в проживании борьбы, так называемое “пребывание вместе”. Больному необходимо найти себя в конце своей жизни, быть собой, и психолог создает условия для аутентичного проявления пациента. Задача специалиста: необходимо оказать пациенту помощь в проживании борьбы, так называемое “пребывание вместе”. Пациенту необходимо найти себя в конце своей жизни, быть собой, и специалист создает условия для аутентичного проявления пациента.

5. Феномен непримирения со смертью

Пациент всячески отрицает событие смерти.

Задача специалиста: работать над тем, чтобы пациент смог принять факт смерти, значение смерти в жизни человека, и в жизни конкретного пациента.

Гнездилов А.Е. отмечает еще один феномен: человек, попадая в больницу, лишается дома, лишается обычной жизни, своих близких, которых может видеть теперь только в определенные часы, лишен и привычно окружающих его предметов. В больнице происходит депривация дома.

Горевание родителей

У тех родителей, у кого умер или серьезно заболел ребенок можно наблюдать путаницу с рациональной и иррациональной (магической) виной. Родители часто фиксируются на одном вопросе: «В чем я виноват, а в чем нет?». Согласно исследованиям Виктора Франкла многие родители не могут расстаться с патологическим чувством вины. В работе с такими пациентами необходимо научить пациентов жить с этим переживанием. Могут также помочь поиски способа искупления вины. Если присутствует длительная скорбь, то понять, что он не доделал? Какой отпечаток оставила скорбь? Вторичная выгода скорби? Также специалисту стоит обратить свое внимание на каком этапе горевания находится родитель: острое или хроническое горе.

Психологические и психотерапевтические методы для работы с пациентами в состоянии горя и потери:

1. психотерапия средой;
2. психотерапия присутствием;
3. арт-терапия;
4. звукотерапия;
5. куклотерапия и сказкотерапия;
6. рационально-эмотивная терапия;
7. когнитивно-поведенческая терапия;

8. психоанализ;
9. гештальт-терапия.

В процессе работы с острым горем важно глубоко не погружаться в исследование внутренней феноменологии и не обострять травматическое переживания пациента.

От специалиста требуются следующие профессиональные навыки:

- терапия присутствием;
- умение слушать больного;
- уважение к независимости и признание свободы индивида думать так, как ему хочется, и о том, что для него существенно;
- утверждение ценности жизни пациента;
- обращение к специальным потребностям пациента;
- оценка сил и возможностей пациента;
- использование резервов пациента;
- поддержка реальной надежды.

Памятка близкому окружению для помощи человеку, пережившему значимую потерю:

1. Не оставляйте близкого в одиночестве. Горе и одиночество — плохие союзники.
2. Уважайте чувства горюющего. Любые его переживания — это следствие работы горя, а это значит, что каждое из них важно и естественно.
3. Берегите себя. Делайте ровно столько, сколько можете, и то, что готовы делать. Если вам будет плохо, то вы никому не поможете.
4. Не торопите события. Психика горюющего лучше всего знает, сколько ей необходимо времени на каждую стадию.
5. Никогда не принуждайте горюющего к чему-либо, всё должно быть добровольно. Настойчиво предлагайте, но не настаивайте.
6. Не суетитесь и не пытайтесь впихнуть «невпихуемое». То, что помогает на одной стадии, на другой стадии будет только мешать.
7. Просите о помощи! Если вы сомневаетесь, делаете ли вы правильно, или беспокоитесь, что всё, что вы делаете — не помогает, то обратитесь к психологу/психотерапевту, работающему с темой горя за рекомендациями.

Требования сегодняшнего дня заключаются прежде всего в своевременном обучении специалистов в области психического здоровья (психологи, врачи психотерапевты, врачи психиатры-наркологи) правильной организации психологической помощи различным категориям населения в

ситуации вспышки COVID-19, а также поддержке специалистов здравоохранения переднего звена, контактирующих с пациентами, инфицированными коронавирусом. В данном учебно-методическом пособии нами описаны особенности оказания экстренной психологической помощи в ситуации с COVID-19 и в других стрессовых жизненных обстоятельствах.

Подробно описаны понятия: кризис, травматизация, кризисное реагирование, эмпатия, профессиональное выгорание, реакция горя; даны рекомендации для кризисных интервенций, сопровождения пациента в кризисе и реакции горя; подробно описаны методы самопомощи в кризисной ситуации; подходы в психотерапии, как в кризисной психолого – психотерапевтической интервенции, так и особенности психотерапевтического ведения таких пациентов на отдаленных этапах психотерапии. Материалы и рекомендации, изложенные в данном пособии, могут быть полезны и применены специалистами, работающими с пациентами, зараженными COVID-19, работающими в особых условиях стресса и травматизации, а именно врачами всех специальностей, медицинскими сестерами, психологами системы здравоохранения, труда и социальной защиты.

Более подробную информацию можно получить также: **Информационные ресурсы**

- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>
- <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
 - Информационные ресурсы местных и/или государственных органов здравоохранения
 - <https://www.covid19center.by/>
 - Psychological First Aid
https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
 - IASC Guidelines for mental health and psychosocial support in emergency settings <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-0/documentspublic/iasc-guidelines-mental>
 - WHO. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. WHO: Geneva, 2020.
https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
- проект <http://edu.mh4u.in.ua/>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байкова, И.А. Медицинские и социальные аспекты гендерного и домашнего насилия : учеб.-метод. пособие / И.А. Байкова, Е.И.Терешук, Е.В.Навицкая. – Минск : БелМАПО, 2014. – 114 с.
2. Василюк, Ф. Пережить горе / Ф. Василюк // О человеческом в человеке. – М., 1991.
3. Волкан, В.Д. Жизнь после утраты: Психология горевания / В.Д. Волкан, Э. Зинтл // Современная психотерапия : пер. с англ. – 2-е стереотип, изд. – М. : Когито-Центр, 2014. – 160 с.
4. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2002.
5. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / сост. А.Н. Моховиков // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М. : Когито-Центр, 2001. – С. 270–352. (О помощи в состоянии горя см. с. 325–337.)
6. Гуггенбюль-Крейг, А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / А. Гуггенбюль-Крейг. – СПб. : Б.С.К., 1997. – 117 с.
7. Де Грааф, Фредерика Разлуки не будет. Как пережить смерть и страдания близких / Де Грааф Фредерика. – М. : Никая, 2018. – 192 с.
8. Зальцбергер-Виттенберг, И. Психоаналитический инсайт и человеческие отношения, кляйнианский подход / И.Зальцбергер-Виттенберг // Независимая фирма «Класс». – М., 2006. – 181 с.
9. Изард, К.Е. Эмоции человека / К.Е. Изард ; пер. с англ. – М. : Изд-во Московского университета, 1980. – Гл. 12 : Горе, страдание и депрессия. – С. 251–289.
10. К вопросу о синдроме сгорания // Сайт Центра стратегических исследований аналитики и прогностики : [//www.pr-sp.ru/main/publications/sindrom.html](http://www.pr-sp.ru/main/publications/sindrom.html).
11. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И.Каплан, Б.Дж. Сэдок. – М. : Медицина, 1994. – С. 68.
12. Квинтин, Л. Состояние после психотравмы: психотерапия или превентивный подход? / под ред. Л.А. Пергаменщика // Кризисные события и психологические проблемы человека. – Минск : НИО, 1997. – С. 183–188.
13. Кинодо, Ж-М. Приручение одиночества. Сепарационная тревога в психоанализе / Ж-М. Кинодо. – М. : Когито-Центр, (Библиотека психоанализа), 2016. – 254 с.

14. Кристофер, Пери Прислушайся к внутреннему голосу. Юнгианский подход к психологическому консультированию / Пери Кристофер. – С-Пт. : Издательство ДНК, 2008. – 236 с.
15. Крукович, Е.И. Кризисное вмешательство / Е.И. Крукович, В.Г. Ромек. – Минск, 2003.
16. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э.Кюблер-Росс ; пер. с англ. – Киев, 2001. – 320 с.
17. Линдемманн, Э. Клиника острого горя / Э.Линдемманн ; пер. с англ. // Психология эмоций. – М. : Изд-во Московского университета, 1984. – С. 212–219.
18. Лукас, К. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / К. Лукас, Г. Сейден. – М. : Смысл, 2002.
19. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа / А. Лэнгле // Вопросы психологии, 2008. – № 2. – С. 3–16.
20. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика / Н. Мак-Вильямс. – Москва, 1998.
21. Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология : учеб. пособие / Л.А. Пергаменщик. – М. : Вышэйш. шк, 2004.
22. Пергаменщик, Л.А. Психосоциальные последствия катастроф / под ред. Л.А. Пергаменщика // Кризисные события и психологические проблемы человека. – Минск : НИО, 1997. – С. 28–48.
23. Пергаменщик, Л.А. Кризисное вмешательство : практикум ; 2-е изд., перераб. и доп. / Л.А. Пергаменщик, Н.Л. Пузыревич. – Минск : БГПУ, 2012. – 140 с.
24. Перре, М. Клиническая психология / М. Перре, под ред. У.Бауман. – СПб. : Питер-Пресс, 2002.
25. Прокохина, М.И. Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников / М.И. Прокохина // Социальные технологии, исследования, 2007. – № 6. – С. 98–103.
26. Психотерапия : учебник для ВУЗов ; 4-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2012. – 672 с. : ил.
27. Сафронов, А.Г. Медитативные практики в йоге / А.Г. Сафронов // Йога: физиология, психосоматика, биоэнергетика. – 3-е изд. – Харьков : Ритм Плюс, 2016. – С. 41.
28. Седжвик, Д. Раненый целитель. Контрперенос в практике юнгианского анализа / Д. Седжвик. – М. : Добросвет, КДУ, 2007. – 232 с.
29. Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Медицинские новости, 2002. – № 7. – С. 3–9.

30. Стефенсон, Дж.М. Случай тяжелой утраты / Дж.М. Стефенсон ; пер. с англ. // Перспективы социальной психологии. – М. : ЭКСМО, 2001. – часть V. – Гл. 18 : Прикладная социальная психология. – С. 590–593.
31. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – С. 16–75.
32. Тарасевич, Е.В. Комплексная коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Е.В. Тарасевич, О.Г. Родцевич, – Мн. : БелМАПО, 2015. – 50 с.
33. Терещук, Е.И. Быть для собеседника зеркалом / Е.И. Терещук // Медицинский вестник – газета МЗРБ. – Мн. – № 50 от 13.12.2007 г. – С. 10.
34. Терещук, Е.И. Коммуникативные навыки (особенности невербального поведения и эмоциональная экспрессия) в консультировании : учеб.-метод. пособие / Е.И. Терещук, С.В. Давидовский. – Мн. : БелМАПО, 2010. – 35 с.
35. Терещук, Е.И. Коммуникативные навыки в консультировании и межличностном общении : учеб.-метод. пособие / Е.И. Терещук, С.В. Давидовский. – Минск. : БелМАПО. – 2 изд., 2011. – 35 с.
36. Терещук, Е.И. Клиническое интервью (методология проведения) : учеб.-метод. пособие / Е.И. Терещук, С.В. Давидовский, А.А. Головач. – Мн. : БелМАПО, 2013. – 26 с.
37. Управление стрессом: современные психологические и медикаментозные подходы : учеб.-метод. пособие / С.А. Игумнов. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 107 с.
38. Файн, Сара Ф. Первичная консультация: Установление контакта и завоевание доверия / Сара Ф. Файн, Пол Г. Глассер. – М. : «Когито-Центр», 2003. – 238 с.
39. Флэннери, Р. Кризисное вмешательство / Р. Флэннери, Дж.Эверли // Консультативная психология и психотерапия, 2006. – Том 14. – № 4.
40. Фориндер, У. Дети и горе / У. Фориндер, Л. Попельфельд // Психалогія, 1998. – № 1.
41. Фориндер, У. Работа с детьми и подростками, лишившимися близких / У. Фориндер, Л. Попельфельд ; под ред. Л.А. Пергаменщика // Кризисные события и психологические проблемы человека. – Минск : НИО, 1997. – С. 170–182.
42. Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Психология эмоций. – М. : Изд-во Московского университета, 1984. – С. 203–211.
43. Хааз, Э. Ритуалы прощания / Э. Хааз // Московский психотерапевтический журнал, 2000. – № 1.

44. Ханс, Г. Поппе Первый контакт в ходе психотерапевтического лечения / Г. Поппе Ханс // Журнал практической психологии и психоанализа, 2000. – № 3 : <http://psyjournal.ru/index.php>.
45. Хансен, Дж. Невербальная коммуникация в консультировании / Дж. Хансен, Р. Стевик, Р. Уорнер // Журнал практической психологии и психоанализа, 2000. – № 2 : <http://psyjournal.ru/index.php>.
46. Черепанова, Е.М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку / Е.М. Черепанова. – М., 1997. – Глава 4: Психология горя. – С. 38–59.
47. Чурсина, Е.А. Телефон Доверия в мегаполисе / Е.А. Чурсина // Консультативная психология и психотерапия, 2010. – № 2 (65). – С. 144–153.
48. Швек, Ж. Добровольные галерщики / Ж. Швек. – М. : Когито-Центр, 2016. – 200 с. (Библиотека психоанализа).
49. Шульц, И.Г. Аутогенная тренировка / И.Г. Шульц ; пер. с нем. Сергея Дземешкевича. – М : Медицина, 1985. – 32 с.
50. Юрьева, Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. – Киев : «Сфера», 2004. – 271 с.
51. Ягнюк, К.В. Присутствие и невербальная коммуникация / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа, 2000. – № 1 : <http://psyjournal.ru/index.php>.
52. Auerbach, S. Crisis intervention: a review of outcome research / S.Auerbach, P.Kilmann // Psychological Bulletin, 1997. – Vol. 84. – P. 1189–1217.
53. Bandler, Richard The Structure of Magic I: a Book About Language and Therapy / Richard Bandler & Grinder John // Palo Alto, CA : Science & Behavior Books, 1975.
54. Barlow, D.H. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic / D.H. Barlow. – New York : The Guilford Press, 1988. – Ch. 13. – P. 530 (Grief Reactions).
55. Becker, E. The Denial of Death / E. Becker. – New York. : Simon & Schuster, 1997/ – 336 p.
56. Bunn, T.A. Crisis intervention: An experimental study of the effect of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients / T.A. Bunn & A.M. Clarke // British Journal of Psychology, 1979. – Vol. 52. – P. 191-195.
57. Everly, Jr. Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed.) / G.S.Everly Jr. & J.T. Mitchell. – Ellicott City, MD : Chevron., 1999.

58. Humphrey, G.M. Counselling for Grief and Bereavement / G.M. Humphrey, D.G. Zimpfer. – London : SAGE Publication, 1996.
59. Jacobson, G. Generi and individual approaches to crisis intervention / G.Jacobson, M.Strickler, & W. Morley American Journal of Public Health, 1968. – Vol. 58. – P. 338-343.
60. Jacobson, E. Progressive relaxation. – 2nd ed. / E. Jacobson. – Chicago : University of Chicago Press. – 193 p.
61. Knapp, P.N. Expression of emotions in man / P.N. Knapp. – New York : International University Press., 1963.
62. Riedl, M. Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity. / M. Riedl, F. Mantovan, Ch. Them // Nurs Res Pract., 2013 : 932381. Published online 2013 Apr 4. doi: 10.1155/2013/932381.
63. Rogers, C.R. A way of beeng / C.R. Rogers. – Boston : Houghton Mifflin., 1980.
64. Yalom, I. The theory and practice of group psychotherapy ; 3rd Ed / I. Yalom. – New York : Basic Books, 1985.

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна
Тарасевич Елена Владимировна
Давидовский Сергей Владимирович
Терещук Елена Ивановна
Ерема Андрей Владимирович
Родцевич Ольга Григорьевна

**ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 28.05.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 4,5. Уч.- изд. л. 3,43. Тираж 100 экз. Заказ 109.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.