



## ГЛАВА 1

# *Введение*

**Франк М. Даттилио  
и Артур Фримен**

**К**аждая цивилизация так или иначе переживала кризисные моменты. Подобные явления (будь то физические болезни, стихийные бедствия или т.п.) с самого начала нашей истории, несомненно, отравляли жизни людей. Хотя масштабы и частота кризисных ситуаций могут различаться, их появление остается неизменным. Однако меняется то, как мы справляемся с кризисными ситуациями и в какой степени они влияют на человеческую психику. И в наши дни из-за большого количества бедствий и катастроф мир как никогда нуждается в антикризисной помощи.

Термин *кризис* обычно ассоциируется с одним из множества крайне негативных жизненных событий. Стихийные бедствия, террористические акты, изнасилования, болезни, потери — все это по самой своей природе связано с ситуациями, угрожающими жизни. Фотографии и описания переживаний жертв этих бедствий вызывают отклик у всех нас. В частности, практически весь мир был шокирован нападением террористов на Всемирный торговый центр 11 сентября 2001 г. Однако кризис может также быть связан с личными обстоятельствами или переживаниями человека, угрожающими дому, семье, имуществу или ощущению благополучия. Психологический кризис может включать потери, их риск или радикальное изменение отношений с самим собой или кем-то значимым [22]. Для ребенка это может быть внезапный переезд из дома в другой город и прощание с друзьями. Для подростка — разрыв романтических отношений или остракизм со стороны сверстников. То, что порождает или подпитывает кризис, определяется не просто конкретной ситуацией или набором обстоятельств,

а скорее, восприятием события человеком и его способностью (или неспособностью) эффективно справиться с этими переживаниями. В одной и той же ситуации разные люди справляются с потенциальным кризисом с разной степенью компетентности или успеха. Проще говоря, кризис возникает, когда стресс и напряжение в жизни человека достигают значительной силы и наносят ему урон [23].

## Кризисные стратегии: история

Исторически концепция кризисных стратегий восходит к Обществу спасения Лемберга (*Lemberger Freiwilligen Rettungsgesellschaft*), организованному в Вене во второй половине XIX века (1883–1906). В 1906 г. в Лондоне был также организован Отдел по борьбе с самоубийствами от Армии спасения, а в Нью-Йорке — Национальная лига спасения жизни [16]. Кризисное консультирование как таковое начали разрабатывать во время Второй мировой войны, когда психологи и психиатры, оказывавшие помощь вблизи полей сражений, стали очевидцами многочисленных случаев так называемой крайней “боевой усталости” (в Первую мировую войну это состояние именовали “контузией”, уже во время войны во Вьетнаме появилось понятие “посттравматическое стрессовое расстройство”). Психологи обнаружили, что солдаты, переживавшие дистресс, намного лучше справлялись с кризисом, оставаясь рядом с линией фронта, чем при отправке в тыловую госпиталь. Интервенции, применявшиеся в то время, основывались на сфокусированном подходе. Цель состояла в том, чтобы как можно быстрее вернуть солдата к исполнению боевого долга.

После открытия Центра предотвращения самоубийств в Лос-Анджелесе в начале 1950-х гг. сформировалась базовая модель современного кризисного центра, и вскоре после этого по всей Америке начали появляться аналогичные центры предотвращения суицида и горячие линии помощи при кризисных ситуациях. В значительной степени они возникли в ответ на общую атмосферу социальной озабоченности и повышения осведомленности в конце 1950-х и начале 1960-х гг. Это стало особенно заметным после принятия тогдашним президентом Джоном Ф. Кеннеди *Закона об общественных центрах психического здоровья* от 1963 г., в котором важную роль играли антикризисные подразделения [9]. С появлением горячей линии по предотвращению самоубийств подобные способы оказания кризисных интервенций в целом стали диверсифицироваться и конкретизировать свою направленность. Это произошло потому, что в центры

помощи при суицидах стали обращаться за помощью люди, переживавшие все типы кризисов. По этой причине были разработаны специальные горячие линии для подростков, наркоманов, жертв изнасилований, пожилых людей и т.д. Телефон стал использоваться как средство поддержания связи и наблюдения за пациентами, выписанными из психиатрических лечебниц. Были созданы горячие линии по борьбе с отравлениями, против слухов в сообществе, по выполнению домашних заданий и по контролю общественных работ, чтобы помочь звонящим с такими проблемами, как вывоз мусора, уничтожение вредителей или улучшение условий жилья. Позже появились горячие линии для регистрации избирателей, против загрязнения окружающей среды и многие другие.

В настоящее время существует более 1400 низовых кризисных центров и отделений, связанных с Американской ассоциацией суицидологов или местными общественными центрами психического здоровья. Существует также более 11 тыс. программ помощи жертвам кризисов, изнасилований и сексуального насилия над детьми, а также 1250 приютов и горячих линий для женщин, подвергшихся домашнему насилию. Робертс и Камассо [29] подсчитали, что каждый год на горячие линии помощи при кризисных ситуациях поступает до 4,3 млн зарегистрированных звонков. Робертс [28] также предполагает, что если мы включим в это число все локальные круглосуточные звонки на горячие линии, в том числе на телефоны для жертв преступлений, переживших террористические атаки людей, подвергшихся нападению женщин, жертв сексуального насилия, проблемных сотрудников, сбежавших из дома подростков и жертв жестокого обращения с детьми, а также в отделения по оказанию кризисных интервенций в центрах психического здоровья, общая оценка составит примерно 35–45 млн обращений в год. Сюда не входят тысячи звонков на линии отделений неотложной помощи местных больниц или центров экстренной психиатрической помощи.

## Теория кризиса

Кризисные интервенции, основанные на теории кризиса, являются наиболее широко используемым набором для краткосрочного лечения, применяемого специалистами в области психического здоровья [14]. Берджесс и Робертс [8], а также Берджесс и Холстром [7] утверждают, что кризис возникает, когда нарушается *гомеостаз*: т.е. когда равновесие человека — каким бы шатким или прочным оно ни было — нарушается, и человек

больше не в состоянии эффективно справиться с ситуацией. В результате у человека будет проявляться ряд симптомов, которые становятся клиническими маркерами реакции на кризис, и часто для нормализации требуется психологическая помощь. В целом кризисные интервенции направлены на психологическое разрешение непосредственного кризиса в жизни человека и восстановление состояния как минимум до докризисного уровня функционирования [1]. Розенбаум и Калхун [30] рассматривают кризис как реакцию, связанную с каким-то провоцирующим событием, ограниченную во времени и нарушающую нормальные способности человека справиться с проблемами и решать вопросы. Слайку [32] предлагает определение понятия *кризис* как “временного состояния расстройств и дезорганизации, характеризующегося главным образом неспособностью человека справиться с конкретной ситуацией, используя обычные методы решения проблем, с возможностью радикально положительного или отрицательного исхода”. Это определение фокусируется на нескольких конкретных областях. Первая часть определения касается *временного* характера кризисных ситуаций. Для большинства людей кризисы бывают мгновенными, преходящими и временными. Однако для некоторых этот “временный” характер кризиса может перейти в многолетний период разочарований. Их жизненные кризисы могут стать частью посттравматического стресса, который является длительным и хроническим. Другие люди имеют предрасположенность рассматривать определенные стимулы как опасные и, следовательно, разрушительные. Они могут оценивать иные обстоятельства как кризисные. Для этих людей существует не один кризис, а серия “пожаров”, продолжающих еще больше нарушать способность справиться с трудностями на протяжении всей жизни.

Вторая часть определения касается реакции человека как расстройства. Термин *расстройство* можно расширить, включив в него такие наиболее распространенные реакции на кризис, как тревога и депрессия. При более тяжелых реакциях человек также может быть *дезорганизован*, что может включать замешательство и ухудшение способностей совладать с проблемами. В самой тяжелой форме это может спровоцировать кратковременные реактивные психозы. Дезорганизация может быть когнитивной (спутанность сознания), поведенческой (совершение действий случайным или нехарактерным образом) или эмоциональной (эмоциональной лабильностью). Неспособность человека справиться с ситуацией находится в центре внимания следующей части определения, что означает потерю возможности решать собственные проблемы. Если равновесие человека

нарушается и возникает некоторая форма беспокойства, то когнитивная гибкость снижается, преодолеть трудности становится слишком сложно, и в качестве копинг-стратегии человек может применять избегание или отрицание. Используя общие или привычные методы индивидуального копинга, многие люди оказываются подавленными. Их традиционные методы решения проблем не соответствуют текущим требованиям задачи [27].

Заключительная часть определения предполагает возможность весьма значительных *последствий*. Потеря здоровья, имущества или близких вполне подпадает под определение тяжелых переживаний, которые могут привести к радикально положительным или отрицательным последствиям. Среди отрицательного исхода может быть и потеря чувства собственного достоинства, уважения других или, говоря в культурном контексте, потеря “лица”. Слайку [32] предполагает возможность того, что кризисная ситуация может также привести к мощным положительным результатам, в том числе к возможности получить новый опыт, начать все сначала или приобрести новые навыки, попробовать непривычное поведение и даже обрести иное понимание, включая осознание нашей человеческой уязвимости перед жизненными опасностями.

Классическим примером могут стать два шокирующих кризисных события, произошедшие в Соединенных Штатах: теракт 11 сентября и ураган “Катрина”. Оба повлекли за собой тяжелые последствия, включая потерю жизни, здоровья, имущества множества людей, не говоря уже о повышенной уязвимости перед рисками. На самом деле теракт 11 сентября стал инцидентом с наибольшим количеством погибших за один день в истории США [28].

Американцы извлекли поистине важные уроки из этих событий: 1) нужно быть готовым к опасным для жизни поворотам в любое время; и 2) мы, как человеческие существа, по своей сути всегда уязвимы.

Обычно, когда люди находятся в кризисной ситуации и их имеющиеся ресурсы недостаточны для решения задач, они привлекают малоиспользуемые резервы личной стойкости и духа, чтобы справиться с трудностями. Они также могут применять малоиспользуемые или редко практикуемые навыки, чтобы помочь себе выстоять. Или, если у кого-то есть дополнительное преимущество — семья или социальная группа, на которую они могут положиться в получении помощи, поддержки или поощрения, — они используют эти инструменты в качестве расширенного ресурса. Кроме того, люди также могут искать или создавать временные системы поддержки, позволяющие им пережить кризисный период. Имея обширный

репертуар копинг-стратегий и техник их реализации, поддерживающую семью, хороших друзей или терапевта, к которому можно обратиться, потенциальные жизненные кризисы можно пережить намного легче.

Почему конкретная ситуация или событие переходят на уровень кризиса в одно время, а не в другое, является центральной проблемой, лежащей в основе лечения человека в указанном состоянии. Стратегии и методы такой помощи являются центром внимания книги. Наша цель в этой главе — предоставить теоретическую и концептуальную основу, а также обоснование когнитивно-поведенческого формата при внедрении кризисных интервенций.

## Спорные вопросы

Психосоциальная теория развития Эриксона [15] была сформулирована как “теория кризиса”, основанная на представлении о том, что кризисы не обязательно являются негативными жизненными явлениями, повреждающими или разрушающими личность, они могут служить опорой для роста. Этот рост может увеличить силу людей, дать им расширенный репертуар преодоления трудностей и помочь добиться успеха во всех сферах жизни. Эриксон также считал, что невозможность разрешения этих кризисов может привести к плохому стилю преодоления проблем. Эта теория, очевидно, вряд ли будет принята некоторыми жертвами краткосрочных кризисов. Большинство людей, переживших стихийные бедствия или террористические атаки, не поймут концепцию Эриксона. Она может быть принята лишь спустя годы после того, как произошло кризисное событие.

Модель Эриксона определяет, что на протяжении всей жизни человек сталкивается с рядом предсказуемых кризисов (Эриксон выделил восемь типов). По характеру и степени разрешения или неразрешения этих кризисов личность растет и развивается в том или ином направлении. Этот рост и развитие ведут к концептуализации идиосинкразического взгляда на жизнь и сопутствующих этому действий, когнитивных и эмоций. По отдельности и в сочетании все восемь типов кризиса охватывают практически любую возможную схему жизни. В целом способность преодолеть кризис определяет развитие личностной, семейной, культурной, гендерной и возрастной схемы человека [18]. Затем эта схема становится шаблоном для поведения индивидуума в целом. Эриксон считает, что первоначальное разрешение указанных кризисов может изменяться на протяжении всей

жизни, поскольку все восемь типов могут проявляться одновременно, а не последовательно (старение, смерть, болезнь и т.п.). Конкретный кризис может быть более всеохватывающим в определенный момент жизни (т.е. подобные события не начинаются и не заканчиваются в течение определенного периода развития). Этот факт представляет собой гораздо более оптимистичный взгляд на имеющуюся способность совладать с кризисом. Если человеку не удалось успешно справиться с тем или иным жизненным поворотом или выйти из него победителем, у него есть другие возможности сделать это на протяжении всей жизни.

Понимая конкретные типы поведения, возникающие в результате возможности справиться с жизненными кризисами, терапевт может выявить индивидуальный стиль и копинг-стратегии пациента. Это понимание индивидуальной схемы создает основу для более эффективной адаптации интервенций, чтобы помочь индивидуумам и семьям справиться с текущими сложностями. Первая основная терапевтическая задача состоит в том, чтобы распознать и выявить конкретную схему, которая затем позволит исследовать ее глубже, найти преимущества и недостатки ее сохранения, а также методы ее оспаривания и/или изменения. Этот схематический фокус занимает центральное место в когнитивно-поведенческом подходе лечения кризисных состояний.

## Схемы

Схемы — это гипотетические структуры, которые направляют и организуют обработку информации и понимание жизненного опыта. Бек [2; 3] предположил, что схемы являются когнитивным субстратом, вызывающим различные когнитивные искажения, часто наблюдаемые у пациентов. Эти схемы служат для увеличения или уменьшения уязвимости человека в различных ситуациях. Эти схемы, или основные правила жизни, начинают формироваться как сила в когнициях и поведении с самого раннего периода жизни и прочно укореняются в середине детского возраста. Они включают в себя накопление индивидуальных знаний и опыта в семье, религиозной группе, этнической, гендерной или региональной подгруппе, а также в обществе в целом. Конкретная степень или эффект, который данная схема оказывает на жизнь человека, зависит от:

- 1) того, насколько точно он ее придерживается;
- 2) степени ее важности, по мнению человека, для его безопасности, благополучия или существования вообще;

- 3) предыдущего обучения человека в контексте важности и сущности той или иной схемы;
- 4) того, насколько рано она была интернализována;
- 5) ее мощности и объекта подкрепления.

Схемы могут быть активными или бездействующими, при этом более активные схемы служат правилами, управляющими привычным поведением. “Спящие” схемы включаются в работу, чтобы контролировать поведение во время стресса. Схемы могут быть как убедительными, так и неубедительными. Чем убедительнее схемы, тем больше вероятность того, что человек или семья будут действовать на их основе.

Схемы находятся в состоянии постоянного изменения и эволюции. Данные об окружающей среде и полученные переживания воспринимаются только отдельными людьми, поскольку они могут использовать их с точки зрения своего собственного субъективного опыта. “Я”-схемы затем становятся избирательными, поскольку человек может игнорировать стимулы окружающей среды. Существует активный и эволюционный процесс, посредством которого все аспекты восприятия и когнитивные структуры применяются к новым функциям (*ассимиляция*), в то время как новые когнитивные структуры развиваются для обслуживания старых функций в новых ситуациях (*аккомодация*). Некоторые люди упорствуют в применении старых структур, не приспособивая их к новым обстоятельствам, в которые оказываются вовлечены, — они используют их целиком, не оценивая на соответствие или уместность. Кроме того, люди могут оказаться не в состоянии принять или построить новые структуры.

Схемы — это когнитивные структуры, которые можно описать в мельчайших деталях. Мы также можем вывести их из поведения или автоматических мыслей. Поведенческий компонент включает в себя то, как система убеждений управляет реакцией человека на конкретный стимул или их набор. Стремясь изменить конкретную схему, существовавшую долгое время, профессионал должен помочь человеку справиться с убеждением, применяя максимально возможное количество различных точек зрения. Когнитивная стратегия в чистом виде оставила бы поведенческие и аффективные аспекты нетронутыми. Также ограничена и чисто аффективная стратегия, и, безусловно, строго поведенческий подход ограничен тем, что в нем не учитываются когнитивно-аффективные элементы. Во многих случаях мы обнаруживаем, что конкретные схемы индивидуума подтверждаются консенсусом.

Когнитивно-поведенческий подход изначально предполагает интрапсихическую фокусировку на автоматических мыслях и схемах человека. Эта часть терапевтической работы имеет дело с системами убеждений человека; предположениями о себе, мире, опыте и будущем, а также общими представлениями. Второй фокус терапии — межличностный — касается индивидуального стиля отношений с другими.

Третья точка внимания терапии — внешняя — включает в себя изменение поведения с целью обрести более продуктивный стиль копинга. Этот внешний фокус предполагает изучение нового поведения/реакции, пробу новой деятельности, оценку результатов нового поведения, а также разработку и использование доступных ресурсов.

Особые атрибуты когнитивной терапии делают ее идеальной для работы с людьми в кризисных состояниях. Восемь специфичных составляющих связаны с активностью модели. Эта часть подхода дает пациенту возможность стать активным участником терапии, помогая восстановить чувство контроля над своей жизнью.

*Направленность* модели важна, поскольку побуждает терапевта самого быть активным и прямолинейным в руководстве терапией. Работа терапевта заключается не только в повторении и переформулировании. Терапевт делится гипотезами, использует управляемое раскрытие, поощряет пациента, выступает в качестве консультанта, а также является куратором и в некоторых случаях защитником пациента.

*Структура терапии* требует создания дискретного списка проблем, который помогает как пациенту, так и терапевту прояснить, куда движется лечение, и оценить, как идет процесс. Эта структура важна для пациента в кризисе и соответствует большинству моделей кризисных интервенций [23; 28].

*Содержание и направление терапии* устанавливаются на ранней стадии сотрудничества. Установив и согласовав список проблем и фокус терапии, клиницист и пациент далее устанавливают структуру индивидуальных сеансов, определяют повестку и домашние задания.

Если у сеансов установлена определенная повестка, это обеспечивает максимальный успех за минимальное время, часто выделенное на терапию. Вместо того чтобы позволить сеансу проходить спонтанно и хаотично, терапевт может работать с пациентом по заранее определенному плану, что помогает сфокусировать терапевтическую работу и лучше использовать время, энергию и доступные навыки. Повестка дня в начале сеанса позволяет как пациенту, так и терапевту включить волнующие вопросы

в работу. Выполнение пунктов повестки дня требует от терапевта умения расставлять приоритеты и определять темп сеанса с учетом потребностей пациента. Это навык, оттачиваемый практикой и опытом. Однако даже опытные терапевты могут чувствовать напряжение и тревогу, демонстрировать потерю эффективности, когда учатся определять темп сеанса, построенного на совместной программе. Это лишь естественная часть приспособления к потребностям пациентов и становления процесса терапии.

Краткосрочный характер терапии является четвертым важным элементом кризисных стратегий. Протоколы исследований для проверки эффективности когнитивной терапии обычно включают от 12 до 20 сеансов в течение периода не более 20 недель, тогда как лечение людей в состоянии кризиса может быть более быстрым, но не обязательно ограничиваться 20 неделями. Для одних пациентов продолжительность терапии может составлять 6 сеансов; для других — 50. Продолжительность терапии, частота и длительность сеансов согласовываются. В профессиональной литературе также обсуждаются плюсы и минусы методов ранних интервенций [6; 17; 31]. Этот аспект является тем, что терапевты должны серьезно учитывать при любом подходе.

В дополнение к вышеупомянутому решаемые проблемы, навыки пациента и терапевта, время, доступное для терапии, и финансовые возможности могут определять параметры лечения.

Еще один важный момент — развитие *альянса*. Терапевт и пациент должны работать как одна команда. Эта концепция долгое время остается основой когнитивно-поведенческой терапии [5]. Альянс не всегда сохраняется в соотношении 50:50, для пациента в кризисном состоянии это может быть вариант 70:30 или 90:10, при этом терапевт обеспечивает большую часть затрат энергии или работы во время сеанса или в терапии в целом. Чем сильнее стресс у пациента, тем меньше энергии он может использовать во время курса лечения. Центр внимания в таком случае будет заключаться в том, чтобы помочь таким людям максимально использовать свою энергию и ресурсы.

Шестой аспект заключается в том, что модель когнитивной терапии является *динамической*. Такой подход способствует быстрому самораскрытию индивидуальных когниций с целью улучшить понимание человека за счет более широкого набора знаний и осознания мыслей, убеждений и отношений. Ранние схемы развиваются и модифицируются внутри семейной группы. Когнитивная терапия для семьи может предоставить контекст для наблюдения за этими схемами в действии [10; 11; 13; 34].

Кроме того, когнитивная терапия является *психообразовательной* моделью. Она позволяет развивать навыки или способы преодоления трудностей, а не просто “лечить”. Пациенты, проходящие когнитивную терапию, в идеале приобретают навыки, дающие возможность более эффективно справляться с собственными дисфункциональными мыслями и поведением. Когнитивный терапевт не просто лечит, он помогает пациенту освоить ряд стратегий преодоления жизненных трудностей настоящего и будущего.

Наконец, когнитивный подход является *социальной/межличностной* моделью. Мы не существуем в вакууме. Отношения человека с близкими, друзьями и коллегами также основываются на схемах и являются важным фокусом терапии. Если человек изолирован, в его ресурсной сети могут быть большие пробелы.

Ясно, что если у человека нет внешних ресурсов и мало внутренних, на которые можно было бы опереться, наступит кризис. В некоторых случаях у людей есть то, что объективно кажется серьезной поддержкой, но это не принимается или воспринимается как нечто недостаточное или недоступное из-за переживания безнадежности. В стихотворении Эдварда Арлингтона Робинсона (Edwin Arlington Robinson) под названием *Ричард Кори* (Richard Cory) у главного героя было все. Он был богат, красив, хорошо одет и утончен. Однако, несмотря на все эти очевидные ресурсы, “одной спокойной летней ночью [Ричард Кори] пошел домой и пустил себе пулю в голову”.

Подчеркивая важность понимания индивидуальных схем, доступных ресурсов и веры в них, мы можем обратиться к Шкале социальной адаптации Холмса и Раге [24]. По этой шкале смерть супруга оценивается в 1 балл. Она рассматривается как самый сильный стрессор и стандарт, по которому измеряются все другие жизненные трудности. Смерть близкого человека оценивается в 5 баллов, а смерть друга в 7 баллов. Если супруга очень любили, то легко понять, почему его уход воспринимается как ситуация наивысшего стресса. В случае пары, испытывавшей озлобленность и отчуждение, смерть супруга может стать источником прекращения длительного стресса, принести облегчение и даже финансовую безопасность. Если речь идет о дорогом человеке с неизлечимой болезнью и сильной болью, на основе любви и заботы кто-то может молиться о возможной смерти этого супруга, члена семьи или друга. Такая смерть может быть большим облегчением из-за мира и покоя, которые она принесет неизлечимо больному человеку. В таких случаях уровень рейтинга по шкале социальной адаптации будет ниже.

Слайку [32] утверждает: “Краткосрочная, ограниченная по времени терапия является хорошим вариантом в кризисных ситуациях”. В этом отношении активный, направленный, целеустремленный, структурированный, совместный и ориентированный на решение проблем характер когнитивной терапии делает ее идеальной моделью для реализации кризисных интервенций. Непосредственные цели когнитивно-поведенческих стратегий при кризисных состояниях тройственны:

- 1) оценка и анализ непосредственно кризисной ситуации;
- 2) оценка копинг-репертуара индивидуума по преодолению кризиса;
- 3) генерация вариантов мыслей, восприятия и поведения.

Некоторым людям просто не хватает навыков решения проблем. Это требует прямого обучения новым способам выхода из сложностей. У других людей есть доступные стратегии и методы решения проблем, но они считают свои способности менее развитыми, чем они есть на самом деле. В первой ситуации больше необходим поведенческий подход, тогда как во втором случае более эффективным станет когнитивный.

Используя определение Слайку, описанное ранее, есть несколько возможных вариантов применения интервенций. Исходной точкой является признание того, что ситуация, вызывающая расстройство и дезорганизацию, носит *временный* характер. Это означает, что, видя ситуацию в долгосрочной перспективе, можно “переждать”. Например, люди, переживающие эпизоды паники, с трудом способны увидеть перспективу, потому что тяжесть физиологических симптомов и неверная интерпретация опасности уводят их внимание к “здесь и сейчас” (см. главу 3). Идея ожидания телесной реакции и необходимость отказаться от немедленной реакции почему-то рассматривается пациентом, переживающим эпизоды паники, как нечто невозможное. Работая с такими людьми, развивая долгосрочное видение, можно уменьшить восприятие кризиса. Восприятие непосредственной опасности и необходимость ее избежать заставляют пациентов в момент паники действовать саморазрушительным образом, хотя человек и имеет идеальную мотивацию спасения своей жизни.

Вторая точка данного подхода — человек переживает *расстройство*. Понятно, что если бы ситуация не была столь огорчительной, кризиса бы не случилось. Ощущение расстройства вызвано восприятием, которое можно подвергнуть сомнению или оспорить. Например, бизнесмен говорит, что находится в кризисе из-за экономического спада и возможной потери своего дела. Он отмечает, что, каждый раз думая о потере своего

бизнеса, он расширяет эту мысль до потери всего. Мужчина представляет себе потерю дома, машины, жены, детей, самоуважения и уважения других. По его мнению, ему придется жить на мусорной свалке, его пристанищем станет большая картонная коробка. Расстройство этого человека было вызвано не только реальными трудностями в бизнесе, но и в большей степени катастрофическим стилем мышления.

Третий пункт относится к *дезорганизации*. Если мысли, действия и эмоции человека запутанны и дезорганизованы, четкая терапевтическая стратегия состоит в том, чтобы предложить некоторую структуру и формат для решения проблемы. Терапевт должен признать, что замешательство и дезорганизация являются общими аспектами практически для всех психологических проблем. Жалобы пациентов на то, что “нужно устроить свою жизнь/голову/брак”, довольно распространены. Для пациентов, которые видят себя в кризисе, этот набор составляющих может требовать более срочного воздействия. Модель когнитивной терапии особенно полезна для дезорганизованных пациентов. Например, женщина, подвергшаяся изнасилованию на свидании, увидела для себя единственный выход — бросить работу и обучение. Она была переполнена мыслями, образами и чувствами, связанными с изнасилованием. Ее еще больше смутили противоречивые советы и информация, предлагаемые другими, что усугублялось юридическими проблемами и угрозами. Она описала свою реакцию как побег в 10 направлениях одновременно. Ни одно направление не дало ей ни ответов, ни покоя.

Каждый из нас использует довольно ограниченный набор техник, чтобы справляться с возникающими трудностями. Наша повседневная жизнь довольно привычна и удобна. Но когда мы действуем определенным образом, то стоит ожидать, что и последствия будут определенными. Если, например, человек начинает утреннюю поездку на работу в 6:30, он, скорее всего, попадет в умеренный трафик. Однако, выезжая в 8:00, он может оказаться в центре самого интенсивного движения. Поэтому нужно выходить раньше, чтобы избежать “кризиса” утренней суеты. Если человек живет в районе, где зимой бывает сильный снегопад, то убеждается, что езда по снегу является частью риска или платой за проживание в этом районе. В идеале приспособиться к этому можно благодаря зимней резине, мешку песка в багажнике, лопате, защитному снаряжению, одежде и сигнальным ракетам. Если же снег застает водителя в момент, когда он не подготовлен, даже небольшой снежный покров становится кризисом больших масштабов.

Конечная цель кризисных интервенций — *помочь человеку снизить вероятность радикального исхода*. Если исход может быть скорее неприятным, чем катастрофическим, то масштабы кризиса значительно снижаются.

## Оценка

Как и в любых других условиях, оценка имеет решающее значение при кризисных состояниях — тем более что данная ситуация может быть критической лишь в конкретный момент и требовать почти немедленного реагирования. Что затрудняет оценку, так это необходимость проводить ее почти в три раза быстрее, чем при обычном курсе терапии, а в некоторых случаях при сопутствующих сложных обстоятельствах. Когда пациент находится в кризисном состоянии, практически нет возможности для применения формальных инструментов для оценки или опросников, в таком случае рекомендуется парадигма для быстрого структурированного интервью. Гринстоун и Левитон [23] рекомендуют придерживаться следующих этапов.

1. **Незамедлительность.** Стратегии обычно инициируются в тот момент, когда терапевт начинает взаимодействие с человеком, находящимся в кризисе. При этом важно немедленно попытаться оценить ситуацию, уменьшить тревогу, предотвратить дальнейшую дезориентацию и убедиться, что человек не причиняет вреда себе или другим.
2. **Контроль.** Здесь важно, чтобы специалист, проводящий интервенцию, четко понимал, что и кого он пытается удерживать под контролем. Цель установления контроля не в том, чтобы завоевать или сокрушить пациента, а в том, чтобы помочь упорядочить хаос, существующий в мире переживающего страдание человека в момент кризиса. Тот, кто реализует кризисные стратегии, обеспечивает необходимую структуру до тех пор, пока подопечный не сможет восстановить собственный контроль. Следовательно, нужно с осторожностью работать с кризисными состояниями.

Медленное и осторожное воздействие на кризисное состояние может предотвратить ненужное расстройство у пациента и дать специалисту время, чтобы мысленно осознать то, с чем он сталкивается. Для профессионала важно сделать все возможное, чтобы оставаться стабильным, поддерживающим и способным создавать структурированную среду. Это может включать личное присутствие, в том числе

принудительный контроль, и приложение всех усилий, чтобы оказать успокаивающее воздействие на человека в кризисном состоянии и осуществлять некоторое эмоциональное воздействие. Исследования обычно показывают, что пациенты хорошо реагируют на введение структуры и тех, кто ее представляет, если чувствуют искренность и заботу со стороны профессионала, проводящего интервью.

- 3. Проведение оценки.** Начало интервенции обычно включает в себя быструю оценку ситуации на месте. Это означает попытку понять, как и почему человек оказался в кризисном состоянии именно в данный момент, какая конкретная проблема вызывает у него беспокойство. Оценка также включает в себя бережное отношение и определение любых переменных, которые могут помешать процессу преодоления трудностей.

Суть состоит в том, чтобы провести наиболее эффективную интервенцию за наименьшее количество времени. Следовательно, длинными историями можно временно пренебречь, сфокусировавшись на оценке нынешнего кризиса и событий, которые произошли в ближайшие часы, предшествующие этому, а точнее — на выявлении провоцирующих событий.

Для работы с кризисными состояниями разработан целый набор опросников, но, к сожалению, до сих пор существует поразительная нехватка стандартизированных инструментов с сильными психометрическими свойствами, доступных практикующим специалистам в области психического здоровья, работающими с кризисом.

Для обеспечения быстрой оценки воспринимаемой психологической травмы и предполагаемых проблем в эффективности ее преодоления применяется *Шкала оценки кризисного состояния Льюиса* [25]. Эта шкала все еще находится в процессе проверки, но она предлагает конструкции, упомянутые ранее, и используется для прогнозирования или указания масштабов кризисного состояния. Эта оценочная мера может быть полезной на начальном этапе, чтобы помочь в выборе направления терапии в будущем.

Еще один вариант оценки представляет собой модифицированную версию плана структурированного клинического интервью для DSM-IV, известную как версия Апджона (SCID-UP-R). Это сокращенная версия плана структурированного клинического интервью, который позволяет терапевту, проводящему интервенцию, выбрать более целесообразный метод оценки в кризисных ситуациях [33]. Кроме

того, существуют другие меры, такие как *Шкала летальности Американской академии кризисных интервенеров* [23]. Эта шкала позволяет терапевту быстро оценить критерии кризисного состояния путем суммирования баллов и сопоставления суммы условий.

- 4. Принятие решений по результатам оценки.** По сути, это использование материала, собранного на этапе оценки, для принятия решения о вариантах интервенций. На данном этапе также изучается, что именно может сделать человек в кризисной ситуации, как разрешить ситуацию в данный момент и следует ли вернуться к ней при необходимости.

Читателю нужно обратиться к отдельным главам этой книги для получения более подробной информации о различных инструментах оценки для конкретных кризисных ситуаций.

## Лечение

Очевидно, что модели краткосрочной психотерапии стали предпочтительным методом лечения в кризисных ситуациях. Существует несколько моделей краткосрочной психотерапии; однако все они имеют общую цель — своевременное устранение и облегчение определенных симптомов. Такой тип терапии также может привести к некоторой реконструкции личности, но это не считается основной целью [1].

Подход сфокусированной когнитивной терапии в контексте кризисных интервенций состоит из пяти этапов. Первый этап — развитие отношений с пациентом и установление взаимопонимания. Это также соответствует понятию терапевтического альянса в когнитивной модели. Пациент должен чувствовать себя достаточно комфортно, чтобы обеспечить свободный поток информации о кризисе, в который он в настоящее время вовлечен. Поведение терапевта играет важную роль в развитии такого альянса. Специалист должен быть в состоянии передать свое непредвзятое отношение, чувство интереса и беспокойства по поводу проблемы пациента. При более серьезном кризисе уровни доверия, как правило, развиваются легче; таким образом, пациент, возможно, уже приобрел определенный уровень доверия при встрече с терапевтом. Следовательно, в какой-то степени достичь взаимопонимания будет не так сложно. Однако при менее серьезном кризисе сотрудничество является особенно важным аспектом терапевтических отношений, потому что его может быть труднее развить.

Второй этап — первоначальная оценка остроты кризисного состояния. Это позволяет терапевту получить некоторое представление о непосредственной физической опасности для пациента. Такая оценка позволяет терапевту получить некоторое представление о типе схем, которыми обладает человек. Специалист должен определить, какие действия следует предпринять. Наконец, терапевт должен помочь пациенту определить конкретную проблему, с которой тот столкнулся. Часто спутанность сознания и дезорганизация пациентов делают их неспособными определить, что именно с ними происходит. Терапевт должен приложить все усилия, чтобы помочь людям сосредоточиться на конкретных областях, создающих проблемы, а не пытаться справиться с капризами “депрессии”, “тревоги” или “проблем в общении”. Однако важно не сосредоточиваться на одной конкретной проблеме слишком рано, поскольку можно упустить из виду другие важные аспекты. Составление списка проблем обеспечивает более конкретную направленность в более широком контексте.

Как только проблема выявлена, на третьем этапе пациенту нужно помочь оценить и мобилизовать его силы и ресурсы. Например, определить круг друзей в непосредственной близости, которые могли бы помочь, а также различные внутренние силы, упущенные из виду человеком, переживающим страдание. Чрезвычайно полезно иметь под рукой перечень возможных когнитивных и поведенческих ресурсов.

На четвертом этапе терапевт и пациент должны совместно разработать позитивный план действий (сотрудничество и решение проблем). Важным аспектом этого сотрудничества является выявление приверженности пациента плану действий. В этот момент особенно полезна техника решения задач. Если природа кризиса такова, что решение проблемы не является подходящим механизмом, необходим дополнительный этап. На этом этапе терапевт выступает защитником пациента. В таких случаях специалисту, возможно, стоит более явно помочь пациенту принять решение.

Пятый этап включает в себя проверку идей и новых моделей поведения. Важно оценить, насколько хорошо работают новые методы преодоления трудностей, и соответствующим образом пересмотреть стратегии.

## **Пациент в кризисном состоянии**

Терапевт, работающий с пациентами в кризисном состоянии, находится под особым давлением. Выгорание происходит довольно часто. Специалисту часто негде выразить свое разочарование и расстройство, что может

создать у него самого ощущение кризиса. Фраза “терапевт исцеляет сам себя” звучит красиво, но не всегда выполнима. Специалистам может понадобиться наблюдение со стороны коллег или какой-либо способ избавления от давления, связанного с работой. Читателю стоит ознакомиться с выводами Миллера (см. главу 4) о травмированных психотерапевтах для более подробного ознакомления с этой темой.

Работа с людьми в кризисных состояниях часто представляет собой единственную связь, которая, по мнению самих пациентов, у них есть. Даже когда не существует вопроса жизни или смерти, пациент часто ощущает, что каким-то смутным образом само его существование находится под угрозой. Когда человек переживает пик своего эмоционального расстройства, терапевтическое окружение можно рассматривать как единственную связь, пусть даже и незначительную, на пути к выживанию. Для пациента, привыкшего к идее получения помощи, решение обратиться за профессиональной помощью не так пугающе. Слишком часто такие люди не обращаются за помощью до тех пор, пока проблемы не достигнут масштабов кризиса. Для более зависимых пациентов поиск помощи может быть фактически чрезмерно развит как стратегия выживания [4]. Такие пациенты любую проблему рассматривают как потенциальный кризис; поэтому они часто обращаются за помощью и нуждаются в поддержке. И наоборот, более автономный пациент может избегать обращения за помощью, опасаясь насмешек или критики со стороны терапевта.

Учитывая необходимость довольно быстрой концептуализации и введения интервенций, мы разделяем кризисных пациентов на следующие пять общих категорий.

1. *Люди с подростковым стилем личности.* Такие пациенты могут быть или не быть хронологически подростками. Как правило, они испытывают серьезные изменения, связанные с самооценкой. Они крайне неохотно демонстрируют какие-либо признаки, способные свидетельствовать о зависимости, уязвимости, слабости или неуверенности в себе. По этой причине любая просьба о помощи может быть воспринята этими пациентами как угроза их самооценке. Типичные схемы для этих людей вращаются вокруг проблем утраты, зависимости и страха.
2. *Люди, переживающие изоляцию.* Они обычно расстроены до такой степени, что у них отсутствует всякая мотивация вступать в социальные контакты. Их кризисы вращаются вокруг социальных взаи-

модействий или отсутствия вовлеченности в социум. Основные проблемы включают частое отсутствие социальных навыков, страх быть отвергнутым, пассивность и апатию. Их схемы часто диктуют, что они не будут принимать участие в общественной жизни до тех пор, пока не получат абсолютных гарантий признания или поддержки.

3. *Люди в состоянии отчаяния.* Такие пациенты являются для многих примером того, что такое кризисная терапия. Они испытывают внезапный психологический шок и отчаянно нуждаются в немедленной помощи. Этот шок может быть вызван внешней катастрофой или психологической потерей. В результате этого шока отчаявшийся человек, скорее всего, потерял связь с реальностью или эта связь крайне шаткая. Терапевт может представлять собой последнюю связь с реальностью. Часто одного только звука заботливого, заинтересованного голоса достаточно, чтобы начать выводить пациента из состояния отчаяния. Например, терапевт договорился о встрече с пациенткой, которая находилась в кризисе. Он продлил сеанс, удвоив его время, чтобы помочь ей отойти от своей решимости покончить жизнь самоубийством. В какой-то момент сеанса пациентка попросила сигарету. Партнер терапевта по кабинету курил и держал пачку сигарет в ящике стола. Клиницист предложил одну пациентке и тоже выкурил одну, хотя не курил много лет. Убедившись, что пациентка способна пережить кризис, он закончил сеанс и назначил другое время приема на следующий день. Когда пациентка пришла на следующий день, то была более спокойной и менее растерянной. Когда терапевт спросил ее о реакции на вчерашний сеанс, она ответила: “Я не помню ничего из того, о чем мы говорили. Все, что я помню — вы дали мне сигарету”.
4. *Однократный контакт при наступлении кризиса.* Такие люди обычно относительно нормальны и эмоционально стабильны. Хотя кризисы, переживаемые такими людьми, различаются, существуют определенные причины, по которым они нуждаются в терапии. Они приходят на терапию, чтобы получить помощь в разрешении конкретной кризисной ситуации. Эти люди воспринимают себя главным образом как ищущих кого-то, кто помог бы им в определенной ситуации. По этой причине особенно хорошо подходит краткий когнитивный подход. Такой человек просто ищет немедленный совет или кого-то, кто мог бы выступить в качестве наблюдателя, чтобы посоветовать альтернативы планам действий, которые он, возможно, уже применял.

5. *Хронический пациент.* Такие люди ищут терапию для решения других вопросов в долгой истории “лесных пожаров”. Терапия означает, что они смогут звонить в любое время дня и ночи, чтобы их выслушали и помогли пережить сиюминутный кризис. Здесь вспоминается конфуцианская идея о том, что если мы даем человеку рыбу, он может есть один день, но если мы учим его ловить рыбу, он сможет прокормить себя всегда. Таких пациентов долгая история терапевтического контакта научила тому, что им не нужно учиться преодолевать трудности. Они могут прийти на терапию, и терапевт справится за них.

Использование методов когнитивной терапии при кризисных интервенциях дает преимущества как пациентам в их способности получить помощь, так и терапевтам в их способности предложить помощь. Пациент часто чувствует себя бессильным изменить обстоятельства или немотивированным к решению проблемы и обоснованию решения. Работая совместно и активно над выявлением когнитивных искажений и автоматических мыслей, а также предлагая альтернативы, терапевт может дать таким пациентам некоторую надежду на разрешение их, казалось бы, неразрешимых трудностей.

Когнитивно-поведенческая терапия привлекательна, “потому что большинство концепций когнитивной и поведенческой терапии согласуются с общепринятыми представлениями о человеческой природе, и терапевт-новичок может легко их усвоить” [3]. Теоретические основы когнитивно-поведенческой терапии легко очерчиваются, и, самое главное, связь между теорией и практикой здесь ясна. Из-за простоты обучения методы когнитивной и поведенческой терапии также делают применение этих стратегий в кризисных интервенциях более удовлетворительными для терапевта.

## **Препятствия в работе с кризисными состояниями**

### **Конфиденциальность**

Вопрос конфиденциальности является деликатным. Необходимо понимать, когда следует хранить тайну, а когда этого делать нельзя (см. главу 21). Хотя конфиденциальность в значительной степени зависит от суждения терапевта и точной оценки серьезности ситуации, существует общий набор этических стандартов. Опасной для жизни является ситуация, при которой пациенту угрожает телесное повреждение или смерть. Как только терапевт установил, что возникла опасная для жизни ситуация, он больше не связан этическим обязательством в отношении конфиденциальности

и, возможно, даже обязан прибегнуть к определенным мерам. Например, если возник кризис либо экстренная ситуация (например, насильственная смерть или самоубийство), терапевту может потребоваться привлечь полицию или настоять на том, чтобы пациент назвал имя супруга, друга, соседа по комнате, родителя или другого значимого человека, поддержкой которого тот может заручиться на протяжении всего процесса терапии.

## Когнитивные функции

Мы используем термин *когнитивные функции* для обозначения интеллектуальных процессов, способности понимать и обрабатывать информацию, а также понимать как практические, так и абстрактные концепции кризиса, болезни, травмы и здоровья. Таким образом, дезорганизация пациента в момент кризиса может повлиять на терапевтический подход.

Если, например, пациенты или члены их семей не обладают достаточным запасом знаний, чтобы понять природу присутствующей травмы, необходимо позаботиться о том, чтобы объяснения давались в самых простых терминах. Жаргон, сложные медицинские объяснения, стенографические описания или абстрактные понятия пациентам бывает сложно понять, хотя они могут сказать обратное. Но на самом деле сложная терминология оставляет пациента и его семью в недоумении по поводу событий, лечения и последствий травмы (или результатов терапии).

Если семья не говорит по-английски, важно, чтобы объяснения предлагались на родном языке и в контексте привычных культурных ценностей. Переводчики, работающие с терапевтами, должны быть обучены обращению с практическими и эмоциональными потребностями пациентов и их семей и уметь переводить психологические концепции практика ясно и понятно [12].

### Пример

Шестилетний Рамон был сбит машиной, когда играл на улице. Мальчика доставили в больницу, где он лечился в травматологическом отделении. При поступлении ребенок был в сознании, но имел несколько рваных ран, вызвавших сильное кровотечение. Его мать, сопровождавшая его в машине скорой помощи, была в отчаянии. Она говорила по-испански и требовала объяснений того, что происходит с ее сыном. Будет ли он жить? Сможет ли он снова ходить? Хотя ее вопросы были поняты, медикам было трудно объяснить характер лечения и необходимые периоды наблюдения и ухода. Эта женщина, пребывавшая в состоянии расстройств, была необразованной и

бесхитростной. Испаноязычная медсестра не смогла объяснить ей проблемы и тонкости лечения, но 8-летняя испаноязычная девочка в приемной предложила свои услуги как переводчика. Девочка понимала и испанский, и английский языки, и когда ей объясняли лечение, она могла сформулировать перевод в терминах, понятных матери, и, таким образом, кризис женщины был ослаблен.

## **Скорбь**

Любая потеря снижает способность человека справляться с трудностями. Последствием чрезвычайной ситуации может быть безвозвратная потеря члена семьи в результате смерти или временная потеря члена семьи, который находится в больнице. Кроме того, итогом кризиса может быть потеря когнитивных навыков, физических функций, частей тела, интеллектуальных или физических способностей.

Терапевт должен распознавать и иметь дело непосредственно с потерями, как реальными, так и воображаемыми. В некоторых случаях члены семьи могут отказаться признать утрату. Терапевт должен балансировать между сохранением надежды и неизбежной реальностью, поощряя поиск вариантов лечения, оценивая потенциал успеха. Важно готовиться к худшему, надеясь на лучшее.

Процесс скорби должен быть идентифицирован для пациента. Такому человеку важно помочь понять, что любую утрату нужно оплакивать, процесс скорби является нормальным, естественным и необходимым. Часто последующее лечение может быть полезным, потому что вслед за первоначальной потерей и переживанием скорби последуют новые, и такой процесс может начаться спустя долгое время после непосредственного кризиса. Во многих случаях проявляется “эффект спящего состояния”, при котором полное воздействие утраты не становится очевидным до тех пор, пока пациент не столкнется с тяжелой потерей, например значимого партнера.

## **Пример**

Александра, 62-летнего мужчину, на скорой помощи доставили в травматологическое отделение, так как дома он перенес инсульт. Его жена Сара, в браке с которой он состоял 41 год, позвонила в скорую и приехала в больницу с мужем. Сначала было непонятно, выживет ли Александр. Когда его обследовали и стабилизировали состояние, врачи обнаружили, что он перенес обширный инсульт, поразивший как двигательную, так и речевую функции.

Александр был физически активен после выхода на пенсию. Они с Сарой играли в гольф, если позволяла погода, в течение всего года. Также Александр ежедневно бегал трусцой. Сара продолжала повторять: “Скоро он снова будет бегать. Вот увидите. Он никогда не болел”. Когда врачи указали, что Александру потребуется длительный восстановительный период, физиотерапия и, возможно, терапия для восстановления работы рта и языка, Сара продолжала повторять мантру о его быстром выздоровлении. Цель кризисной интервенции состояла в том, чтобы помочь Саре сформировать позитивный взгляд на ситуацию, принимая во внимание реальный ущерб, полученный ее мужем от инсульта. Если бы женщина поддерживала нереалистичные ожидания, отказывалась оплакивать потерю человека, которого знала 43 года, или предъявляла Александру невыполнимые требования, последовали бы серьезные межличностные и интрапсихические конфликты.

## **Преморбидный стиль личности, образ жизни и интересы**

Конкретный стиль межличностного общения, жизненный выбор или интрапсихические конфликты часто могут обеспечить контекст для понимания реакции пациента или супруга на кризис. Во многих случаях зависимый человек реагирует на травму, ища помощи, утешения или поддержки. Более независимый человек может сопротивляться помощи, отказываться от лечения и вообще избегать терапии, утверждая: “Со мной все будет в порядке”, “Просто оставьте меня (нас) в покое”, “Я справлюсь сам”. В других случаях преморбидный стиль личности не может быть хорошим предиктором эмоциональной реакции на травму. Например, в условиях стресса “сильный, молчаливый тип” становится беспомощным и зависимым, в то время как слабый и беспомощный человек проявляет внутреннюю стойкость и силу духа, что поддерживает всю семью во время кризиса. Это можно объяснить наличием дремлющих схем [18; 19], активизирующихся при воздействии травмы. Однако, когда стресс от травмы устранен, человек может вернуться к своему прежнему стилю функционирования.

### *Пример*

Сэл, 51-летний мужчина ехал по скользкому от дождя шоссе, когда в его машину сзади врезался тягач с прицепом. Сэл получил серьезные травмы головы, его жизнь висела на волоске. Семья беспокоилась о его жене Элис. Родные чувствовали, что она не сможет пережить его смерть: “Он нужен

ей. Она не может позаботиться о себе. У нее серьезные проблемы со здоровьем”. Сэл в конце концов от полученных ран скончался, но именно Элис более всего поддерживала остальных членов семьи. После смерти Сэла она оказалась на высоте, заботясь о детях и других родственниках. Слабость и зависимость, которые она проявляла на протяжении всей своей жизни, были отложены в сторону, чтобы помочь другим. При последующем наблюдении женщина сохраняла свою силу в течение нескольких недель. Однако вскоре у нее случился “нервный срыв”, и Элис попала в стационарное психиатрическое заведение. Она впала в депрессию, стала беспомощной и зависимой, обращаясь за помощью к медицинскому персоналу почти во всех своих повседневных делах.

### **Несоответствие между реальными и воспринимаемыми трудностями копинга**

Насколько это возможно, важно прояснить несоответствие между фактическими и прогнозируемыми проблемами в эффективном решении проблем. Важно, чтобы пациент был реалистичен в плане ожиданий преодоления трудностей, выздоровления и выживания.

#### *Пример*

Эл, 39-летний строитель, пострадал в результате обрушения конструкции во время работы на строительной площадке. Бригада скорой помощи доставила его в больницу после того, как ему стабилизировали и зафиксировали спину, шею и голову. При поступлении мужчина сообщил об отсутствии чувствительности в нижних конечностях. Получив телефонный звонок с известием, его жена бросилась в травматологию вместе с матерью и тремя детьми (2, 3 и 5 лет). Несмотря на заверения в том, что тесты и радиологические исследования не показали никаких повреждений и прогноз на полное выздоровление был хорошим, Эл, его жена и свекровь оказались настроены негативно и пессимистично по поводу того, что он когда-либо снова сможет ходить. Семья считала Эла парализованным — неспособным работать, заботиться о себе, прикованным к инвалидной коляске и в итоге умирающим. Несмотря на то что к ногам Эла вернулась некоторая чувствительность, они считали, что кризис только начинается.

## **Подкрепляйте даже небольшие терапевтические достижения**

Частым спутником кризиса является депрессия. Негативный взгляд на себя (“Я не справляюсь”), опыт (“Это несправедливо; почему это случилось со мной?”), а также отрицательные прогнозы на будущее (“Я всегда буду таким; я умру”) являются предшественниками депрессивного аффекта [4; 20]. Осведомленность пациента о депрессивной симптоматике смягчает терапевтическую стратегию, направленную на определение наиболее сложных областей и довольно скорое сосредоточение на этих проблемах. Любое небольшое продвижение или улучшение в преодолении кризиса должны быть выявлены и подкреплены. Такое подкрепление может поднять настроение пациенту. Необходимо обучить пациентов когнитивной модели, чтобы они смогли идентифицировать автоматические мысли и схемы.

### *Пример*

Марла пришла на терапию из-за разрыва отношений. Когда жених Марлы разорвал помолвку, женщина остро это восприняла и попыталась покончить с собой. Несколько дней она находилась в больнице из-за передозировки наркотиков. Она приняла смертельную дозу вещества, но ее вовремя нашли — полиция ворвалась в квартиру после звонка матери. До передозировки Марла не выходила на работу и выражала безнадежность в отношении выздоровления. Она видела в будущем только темные, унылые и пустые дни. Единственным решением была смерть.

Когда Марла оказалась лучше подготовлена к тому, чтобы рассматривать кризис разрыва в перспективе, ей помогли бросить вызов некоторым депрессивным мыслям (например, “Я никогда не найду никого, кто будет любить меня так сильно”, “Моя любовь никогда не вернется”, “У меня никогда не будет детей”, “Я ничего не стою”). В результате уровень депрессии Марлы снизился, и она стала менее суицидальной.

Следующим шагом было выйти за рамки непосредственного кризиса и помочь Марле стать сильнее и предотвратить такую же реакцию на будущие потери.

## **Постройте совместные терапевтические отношения**

Терапевта следует рассматривать как доброжелательного, поддерживающего, компетентного и разумного человека, и он должен работать над

созданием и поддержанием альянса. Учитывая характер кризисов, отношения с пациентом необходимо строить немедленно. Эмпатия — самый важный элемент; когда пациент находится в кризисе, сочувствие может оказать негативное влияние на общую терапевтическую работу. Вероятно, в мире пациентов есть много других людей, которые выражают сочувствие. Пациенту нужен кто-то, кто может войти в его внутреннюю реальность, а затем предложить поддержку и стратегии для эффективного преодоления.

### *Пример*

Мэри потеряла свою семью во время пожара в доме. Она чувствовала глубокую вину за то, что не умерла вместе со своими детьми и мужем. Соседи выразили соболезнования, ее духовник несколько раз приезжал в больницу, чтобы выразить соболезнования и сочувствие, и она получила открытки от одноклассников своих детей. Казалось, ничто не могло ей помочь. После того как Мэри выразила свой гнев по поводу очередной открытки с соболезнованиями, ее сестра спросила: “Чего ты хочешь от этих людей? Они изо всех сил стараются, чтобы ты знала, что они чувствуют”. Мэри ответила, что все выражали свои чувства, и никто, казалось, не пытался понять, что переживала она.

### **Барьеры в обретении силы у пациентов**

Обретение силы необходимо для лечения пациента в кризисе. Такие люди должны осознать свое право и способность быть наделенными силой. Достижение этой цели может быть ограничено способом представления помощи, реализацией либо непониманием идеи или модели.

По определению наделение силой подразумевает, что один человек или учреждение дает, предлагает, обеспечивает либо позволяет другому человеку (учреждению) иметь или получать власть. Это определение предполагает, что тот, кто дает власть, имеет право наделять властью или разрешать ее использовать. Это также означает, что получатель готов принять предложенную силу. Она может быть связана с работой либо принятием ответственности за свою жизнь или свое окружение. Учитывая, насколько велика цель, продемонстрированный потенциал и эгалитарная направленность, наделение силой может не состояться по целому ряду причин. Способность содействовать изменениям в себе и/или в своей семейной группе имеет решающее значение. Слишком часто внутренним изменениям мешают повторяющиеся стилистические ошибки

в обработке личной информации. Проще говоря, мы можем ошибаться в суждениях, расчетах, рассуждениях или восприятии. Есть много примеров умных, образованных, талантливых, проницательных и компетентных людей, которые продолжают повторять одни и те же ошибки и попадают в повторяющиеся кризисы. Их стиль совершения ошибок становится своеобразным и может вызывать трудности на работе, дома, в отношениях или для самих себя. Важно помочь людям определить свой особый схематический стиль, а затем разработать стратегии для преодоления препятствий на пути к изменениям. Препятствия к изменениям включают в себя отсутствие практики нового поведения, факторы окружающей среды, личные представления о способности изменить себя или семью, личные представления о последствиях изменения себя либо окружения, групповые или семейные представления о необходимости избегать изменений, вторичная выгода от сохранения статус-кво невзирая на потери, отсутствие мотивации, негибкость и расплывчатые или нереалистичные цели. В терапии, если цели не согласованы, результатом будет разочарование пациента.

## **Порог чувствительности и уязвимость**

Способность справляться со стрессором и то, провоцируют ли те же самые стрессоры кризис, зависят от индивидуального порога чувствительности. В разных ситуациях индивидуальный порог будет очень разным. Хирург, работающий в реанимационном отделении, способен компетентно и квалифицированно справиться с неотложной медицинской помощью. Выйдя за двери операционной, человек может быть не в состоянии справиться с обычными жизненными проблемами.

Если мы представим способность справляться с трудностями по шкале от 0 до 100, то можем буквально составить карту нормального порога копинга человека. Если, например, нормальный жизненный стресс равен 60, а порог человека равен 75, то существует резерв в 15 баллов, чтобы справиться с чрезвычайным стрессом. Если из-за более высокого, чем обычно, уровня жизненный стресс возрастет до 80, человек будет подавлен и столкнется с трудностями. Однако если факторы стресса в жизни остаются прежними, но порог снижается, человек также будет подавлен.

*Факторы уязвимости* снижают порог. Это обстоятельства, ситуации или дефициты, которые снижают способность пациента эффективно справиться с жизненными стрессорами или видеть иные варианты.

В следующем списке приведены примеры таких факторов [21].

1. *Заболевание в острой форме.* Этот фактор может охватывать диапазон от тяжелой и изнурительной болезни до более мимолетных состояний, таких как головные боли, вирусные инфекции и т.д.
2. *Хроническое заболевание.* Когда проблема со здоровьем носит хронический характер, может возникнуть острое обострение суицидальных мыслей.
3. *Ухудшение здоровья.* В частности, потеря активности из-за старения.
4. *Голод.* Во время голодания человек часто более уязвим для различных раздражителей. Недавние исследования связывают диагноз депрессии с расстройством пищевого поведения.
5. *Гнев.* Когда люди злятся, они могут потерять соответствующую способность решать проблемы. Они также могут терять контроль над своими импульсами или чрезмерно реагировать на стимулы, которые обычно в состоянии игнорировать.
6. *Усталость.* Аналогичным образом усталость снижает как стратегии решения проблем, так и импульсный контроль.
7. *Одиночество.* Когда люди считают себя изолированными, уход из этого несчастливого мира может показаться разумным вариантом.
8. *Большая потеря в жизни.* После потери близкого человека в результате смерти, развода или разлуки люди часто теряют интерес к тому, что с ними происходит.
9. *Слабая способность решать проблемы.* У некоторых людей может быть нарушена способность преодолевать трудности. Этот дефицит неочевиден до тех пор, пока человек не окажется в ситуации сильного стресса. Способность справляться с мелкими проблемами — плохой показатель возможностей человека преодолеть кризис.
10. *Злоупотребление психоактивными веществами.* Злоупотребление многими психоактивными веществами может вызывать два типа проблем: острые, при которых у пациента ухудшается состояние в периоды интоксикации, и хронические, при которых состояние может быть нарушено в более общем плане. Такие проблемы повышают склонность к суициду.
11. *Хроническая боль* может заставить человека рассматривать самоубийство как метод прекращения боли.

12. *Слабый импульсный контроль.* Некоторые пациенты плохо контролируют импульсы из-за органических (гиперактивность) или функциональных проблем. Пациенты с биполярным, пограничным, анти-социальным или истерическим расстройством личности могут иметь дефицит контроля импульсов.
13. *Новые жизненные обстоятельства.* Смена работы, семейного или супружеского положения, дома — все это триггеры стресса, которые являются факторами уязвимости.

Эти факторы могут, по отдельности или в сочетании, усиливать суицидальные мысли или действия пациента, снижать порог тревожных стимулов или повышать уязвимость к депрессогенным мыслям и ситуациям [21]. Факторы уязвимости обладают эффектом наложения. Несколько факторов уязвимости, действующих одновременно, снижают порог. Например, близкие удивляются, почему человек, ранее эффективно преодолевающий трудности (порог — 90; жизненный стресс — 60), внезапно теряет возможность справляться и оказывается в кризисе. Родные могут игнорировать тот факт, что у человека был инсульт (10), жена сломала ногу (7), сын разводится (6), дочь потеряла работу (5), у старшего внука проблемы в школе (5), а домашнюю собаку сбила машина (4). Порог этого человека на данный момент составляет 54 балла — достаточно низкий, чтобы он реагировал на нормальный жизненный стресс так, как если бы это был кризис. Не учитывая совокупность потерь, члены семьи удивляются, почему стойкий человек демонстрирует такую негативную реакцию.

Оценка факторов уязвимости может помочь объяснить способность справляться с кризисами и предсказать шансы на возникновение синдрома отмены, суицидальных мыслей, депрессии или тревоги.