Негосударственное образовательное учреждение

УНИВЕРСИТЕТ «НОВОЕ СОЗНАНИЕ»

ФАКУЛЬТЕТ Прикладной психологии и педагогической медицины

КУРСОВАЯ РАБОТА

по программе «Психология»

на тему:

Особенности психотерапии пострадавших с реакцией горя

Слушатель:

к.м.н. Верещагина Д.А., группа № 20.

Москва - 2012

### Оглавление

Список принятых сокращений

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты

.1 Психоэмоциональное состояние больных с реакцией горя

.2 Этапы горя и особенности психотерапевтической помощи на каждом этапе

.2.1 Шок и оцепенение

1.2.2 Отрицание и отстранение

1.2.3 Признание и боль

.2.4 Принятие и возрождение

.3 Взаимосвязь этапов проживания горя с ведущими

экзистенциальными позициями пациентов

.4 Патологические реакции горя

Глава 2. Результаты практической работы

.1 Общая характеристика группы пострадавших с реакцией горя

.2 Психотерапия и оценка её результатов

Глава 3. Описание клинических случаев

Заключение

Выводы

Список литературы

Список принятых сокращений

ДПДГ - метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

ДТП - дорожно-транспортное происшествие

ЛЗК - лобно-затылочная коррекция

МДПДГ - модифицированный метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

МКБ-10 - международная классификация психических болезней 10-го пересмотра

НИИ СП - Научно-исследовательский институт скорой помощи

НЛП - нейролингвистическое программирование

ПТСР - посттравматического стрессового расстройства IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (американский национальный диагностический и статистический стандарт психических расстройств 4-го пересмотра)

Введение

Ситуации потери кого-либо или чего-либо значимого могут вызывать реакцию горя. В литературе на тему утраты описываются такие значимые лишения, как смерть близких, развод, крах карьеры, разрыв дружеских связей, потеря здоровья, смена места жительства, уход взрослых детей из семьи и т. п. [5, 9, 16]. Однако, как сообщают некоторые исследователи, при переживании смерти значимых людей реакция горя развивается в 100% случаев и её проявления более выраженные и стойкие, чем при других обстоятельствах [4, 15, 26]. Поэтому в данной работе говорится, прежде всего, о переживаниях, связанных со смертью близких. По статистике, человек раз в 16 лет теряет близких, 30 % людей живут в состоянии потери.

В научных источниках встречаются преимущественно такие синонимы реакции горя, как «реакция на утрату», «кратковременная депрессивная реакция, связанная с утратой близкого человека», «неосложнённая реакция на утрату».

В МКБ-9 реакция, связанная с горем (309.0) была описана как ответ на утрату близкого человека, обычно развивающийся после фазы шока и потрясения, проходящий фазу депрессивной сосредоточенности мыслей на умершем и постепенно завершающийся периодом разрешения, имеющий различную последовательность развития фаз реакции с возможностью перерасти в настоящее депрессивное заболевание. Согласно МКБ-10 [20], реакция горя, которая соответствует культурному уровню данного лица и не превышает 6 месяцев, квалифицируется с помощью кодов класса XXI, такими как Z71 (обращение в учреждения здравоохранения для получения других консультаций и медицинских советов, не классифицированные в других рубриках) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках). Реакции горя любой длительности, оцениваемые, как анормальные вследствие их формы или содержания, кодируются как F43 - реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации и F32 - большой депрессивный эпизод. В DSM-IV «реакция утраты» отнесена к «прочим состояниям, которые могут потребовать медицинской помощи». Термин «неосложнённая реакция утраты», входивший в DSM-III-R, в классификации DSM-IV не используется [22].

Цель исследования - разработать эффективный психотерапевтический подход, направленный на психологическую реабилитацию пациентов, переживающих горе.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу и материалы научно-практического семинара по теме реакции горя.

2. Исследовать клинико-психопатологическую картину у пациентов с реакцией горя.

. Провести анализ эффективности психотерапии у пациентов, переживающих горе.

. Обобщить полученный теоретический и практический опыт.

Глава 1. Теоретические аспекты

.1 Психоэмоциональное состояние больных с реакцией горя

Э. Линдеманн (1984), говоря об остром горе как о синдроме с психологической и соматической симптоматикой, выделяет следующие патогномоничные признаки: физическое страдание, поглощённость образом умершего, чувство вины, враждебные реакции, утрата моделей поведения [15]. Этот синдром может возникать сразу же после кризиса или отсроченно, может не проявляться явным образом или, наоборот, проявляться в чрезмерно подчёркнутом виде.

Человеческая психика имеет ресурсы и психологические защиты для сохранения нормального функционирования в условиях переживания горя [2, 14, 15]. Однако нередко в состоянии утраты люди не находят душевных сил, чтобы выбрать адекватный способ её проживания, и в этом случае без психотерапевтической помощи реакция горя может приобретать патологические формы и затягиваться на несколько лет [5, 6, 14]. Б. Дейтс (1999), А.В. Смирнов (1999) говорят о необходимости когнитивной работы с переживающими утрату в целях осознания ими факта потери и значения происшедшего [6, 26]. Также названные авторы подчёркивают важность выявления у пациентов и дальнейшей проработки наиболее часто встречающихся при реакции утраты деструктивных убеждений в том, что умерший являлся единственным источником позитивных переживаний и после его смерти невозможно и недопустимо жить и радоваться как прежде. Э. Линдеманн (1984), С. Левин (1996) отмечают, что основное препятствие нормальному проживанию реакции горя и выходу из неё заключается в попытках избежать сильного страдания и уклониться от выражения эмоций, необходимого для переживания утраты [14, 15]. Также названные авторы говорят о необходимости включения у пациентов «работы горя», при которой посредством «горевания» и полного погружения в воспоминания об умершем происходит спад эмоционального напряжения, выход из состояния крайней зависимости от утраченного лица и приспособление к жизни, в которой его больше нет.

Д.В. Ворден (1998) говорит о четырёх задачах, которые должны быть выполнены горюющим при нормальном течении горя: признание факта потери (преодоление отрицания самой потери или её значимости); принятие и проживание боли, связанной с потерей; нормализация взаимодействий с окружением, в котором ощущается отсутствие усопшего; изъятие эмоциональной энергии из прошлой связи и помещение её в новые отношения [4].

Проживание горя, или «работа скорби», представляет собой длительный процесс, имеющий определённые закономерности. Сроки его, если не рассматривать патологическую реакцию горя, в среднем составляют 1-1,5 года [3, 5, 6].

.2 Этапы горя и особенности психотерапевтической помощи на каждом этапе

В психотерапевтической работе в настоящее время принята следующая классификация этапов проживания горя [18, 19]:. Шок и оцепенение (или слёзы и истерика).. Отрицание и отстранение.. Признание и боль.. Принятие и возрождение.

По данным ряда исследователей, наиболее эффективным при работе с переживанием утраты является мультимодальный подход с использованием нескольких доступных психотерапевту направлений, среди которых названы эмпатическое слушание, пересказ, рациональная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия (выявление и проработка иррациональных убеждений, десенсибилизация травматических воспоминаний, переживаний и фантазий, обучение самонаблюдению), экзистенциальная психотерапия, гештальт-терапия, подходы НЛП, эриксоновский гипноз, телесно-ориентированная психотерапия, символдрама, метод активного воображения, транзактный анализ, психосинтез, семейная психотерапия, библиотерапия, синематерапия [3, 5, 6, 8, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 23, 26, 27, 28, 30, 31]. С.В. Ковалёв (1999), работающий с реакцией горя в модальности НЛП, сообщает об эффективности техники написания «исцеляющих писем» [10, 11]. Н.В. Брычева (2002) говорит о необходимости в максимально ранние сроки проводить психокоррекционную работу с пациентами в условиях стационара, переживающими горе [1].

Частота и количество сессий могут варьировать в зависимости от многих факторов, в том числе от личностных особенностей; этапа реакции горя, на котором начато лечение; длительности горевания; психотерапевтического запроса. Как правило, в начале терапии необходимо провести около десяти сессий с частотой 1-2 раза в неделю, в последующем сокращая до 1-2 раз в месяц, далее - по потребностям пациента. Важно научить переживающего утрату самонаблюдению, чуткому отношению к своему состоянию и методикам самопомощи. Врачу желательно быть достаточно разотождествлённым со страхом потерь, чтобы наиболее эффективно оказывать помощь пациентам. Но собственный уровень проработанности не даёт возможности вложить в сознание пациента своё понимание, видение ситуации. Пришедшего за помощью надо подводить к осознанию и освобождению постепенно, шаг за шагом, чтобы это были его понимание и достижения.

.2.1 Шок и оцепенение (или слёзы и истерика)

Первая реакция на стресс - шок и оцепенение или истерические рыдания. Доминируют чувства удивления («За что?»), смущение («Почему я?»), обеспокоенность («Что же делать?»), далее - чувство вины («Всё ли я сделал для умершего?»). Продолжительность стадии, в среднем, до двух недель. Оцепенение - рефлекторное действие, закрывающее систему чувств. Это первая передышка перед долгой дорогой страданий к возрождению чувства радости. Первые дни после потери человек испытывает потрясение. Проявление могут быть различными - истерика или спокойствие, «замороженность». Позже человек с трудом вспоминает, что он испытывал.

Одной из важных составляющих похоронного обряда в нашей и во многих других культурах являлось народное голошение, помогавшее быстро «выплеснуть» болезненные эмоции и уравновесить своё душевное состояние [13, 33]. В нашем современном обществе, особенно в городах, не принято ярко проявлять переживание горя и говорить о нём (особенно мужчинам). Однако молчание затрудняет восстановление. Поэтому на начальном этапе задача психолога или психотерапевта - дать пациенту защиту и поощрять проявления чувств; активизировать яркие воспоминания. Если человеку трудно плакать, можно применить дыхательные техники, при которых выдох идёт со звуком - это поможет разблокировать рыдания. Нередко пациентам неловко включаться в такие упражнения; в таких случаях психотерапевт может помочь, присоединяясь дыханием и голосом, в некотором смысле выполняя функцию «плакальщика». Также важно просить пациента проговаривать сны, страхи, фантазии, поскольку они могут быть настолько страшные, что пациент не может их озвучить даже себе. Важно объяснять пациенту и его близким, что бурная эмоциональная реакция на потерю нормальна и желательна и что процессу горевания должно быть уделено внимание. Также здесь психотерапевту необходимо принять иллюзию вины пациента, как реальность, т. е. встать на позицию горюющего и не разубеждать его в том, что он виноват.

Если переживающий утрату включён в групповую психотерапевтическую работу, то основная цель заключается в установлении атмосферы безопасности и покоя. Каждый участник описывает свою утрату, которую он переживает, в любых подробностях. Необходимо поощрять людей называть имя умершего. Главная цель этого этапа - чтобы участники группы рассказывали о своих проблемах и видели, что их слушают и понимают.

Реакция утраты часто сопровождается обезвоживанием организма, ощущением физического и эмоционального истощения. Поэтому пациентам необходимо рекомендовать обильное питьё и сон.

Людям, переживающим горе, важно рекомендовать воздержаться от приёма психотропных препаратов, смягчающих душевную боль (при отсутствии серьёзных соматических заболеваний), поскольку такое «притупление» чувств приводит к увеличению сроков горевания и может включить патологические способы переживания утраты (о которых будет сказано ниже).

Хороший результат дают домашние задания, например, написать и расклеить по дому листочки со словами поддержки: «Я не всегда буду чувствовать себя так, как сейчас», «Горе не принесёт мне вреда», «Я преодолею утрату, как это сделали другие».

С самого начала психотерапевтической работы важно договориться с пациентом о том, чтобы он, по крайней мере, в течение полугода не принимал важных решений (свадьба, развод, крупная покупка, продажа), поскольку в этот период решения могут быть неадекватными, в последующем вызывающими сожаление.

В тех случаях, когда смерть произошла на глазах у пациента, при чрезвычайных обстоятельствах, и воспоминания этого момента болезненны и навязчивы, необходимо применять методики, направленные на десенсибилизацию, например десенсибилизацию и переработку движениями глаз и её модификацию (ДПДГ и МДПДГ), лобно-затылочную коррекцию (ЛЗК, модальность психотерапевтическая кинезиология) [21, 30, 31, 32].

На первой стадии переживания утраты до пациента важно донести мысль, что его жизнь не станет такой, какой она была до потери, но она будет не хуже и не лучше, а просто другая.

1.2.2 Отрицание и отстранение

На второй стадии, длящейся, в среднем, от двух недель до трёх месяцев, переживающий утрату проявляет раздражение, осуждение, злость, язвительную критику, мстительность, неистовство, склонен обвинять в случившемся внешние обстоятельства, конкретных людей или весь несправедливый мир, систему, правительство, Бога. Всеми силами души пациент отвергает случившееся, не признавая реальность утраты. Страх перед смертью порождает иррациональную веру в телесное бессмертие и свою избранность. Когда реальность утраты становиться частью жизни, то детская часть психики начинает бунтовать: «Нет, этого не может быть!», «Этого не могло произойти со мной». У пациентов могут возникнуть стойкие убеждения или фантазии, что это недоразумение и что умерший жив; ожидания, что он вернётся, с последующим включением неистовой злости и острого чувства несправедливости. Активно идут фантазии и сны с участием умершего (о загробной жизни, о том, как он может вернуться). Могут возникнуть связанные с ушедшим зрительные и слуховые галлюцинации, которые в последующем бесследно редуцируются, если реакция утраты не пойдёт по патологическому пути, при котором происходит замена реального образа умершего фантастическим фантомом. Признаки отрицания свершившегося факта потери нужно уметь распознавать. Оно может камуфлироваться как чувством злости на умершего за то, что он «ушёл», «обманул», «бросил», так и чрезмерной его идеализацией. Гнев может быть и на врача, и на тех, кто находились рядом в момент гибели, и на Бога. Иногда происходит чрезмерный упор на религию, бегство в неё. С этим часто бывает трудно что-то сделать, это - выбор пациента. Но по возможности нужно помогать горюющему сохранять критику к негативным постулатам православной церкви (например, к утверждению о том, что страдание - это наказание за грехи и одновременно - цена последующего пребывания в Раю; причём греховность декларируется как изначальная, заключённая уже в самом факте рождения человека). Может возникнуть когнитивный диссонанс между верой в справедливость Бога и гибелью близкого человека. Пациент может выбирать различные способы уменьшения этого диссонанса, например:

· решить, что Бог не добрый и не справедливый, а жестокий и карающий;

· решить, что Бога вовсе нет и всё подвержено закону случайности;

· решить, что Бог справедлив и, следовательно, покарал за грехи (самого человека или умершего);

· решить, что Бог добр и справедлив, потому и отнял самое дорогое, чтобы преподать какой-то важный урок, помочь что-то осознать;

· решить, что близкого отнял не Бог, а какие-то тёмные силы;

· решить, что Бог справедлив, и поэтому умерший сейчас в Раю, т.к. он был хорошим человеком, а в Раю лучше, чем здесь;

· продолжать верить в справедливость Бога, сказав себе, что на данном этапе нет возможности судить о причинах тех или иных Его действий по отношению к нам, т.к. Он - Бог, а значит непостижим;

· не рассматривать свою веру в справедливость Бога и факт потери во взаимосвязи; вытеснять то одно, то другое.

Врач должен помогать человеку освобождаться от самообвинительных, суеверных способов разрешения этого когнитивного диссонанса, обращаясь к разуму, к логике пациента, с учётом его умственного развития, особенностей среды, представлений о мире. С верующими надо говорить на языке их конфессии, разъяснять смысл некоторых ритуалов. Например, блины на поминках - образ Солнца; яйца - символ зарождения новой жизни; кутья - образ зерна в состоянии смерти, которое может ожить и дать колос, а также символ душевной боли, которую разделяют со скорбящими все пришедшие на поминки, съедая это блюдо поровну [13]. В ведической традиции также присутствует ритуал предложения пищи большому количеству людей, призванный не только облегчать горюющим боль утраты, но и способствовать восхождению умершего в высшие миры (благодаря мысленному присвоению усопшему плодов благого деяния, каковым в данном случае является кормление людей) [29]. Эти ритуалы, даже не будучи понятыми, способны действовать на подсознательном уровне, давая чувство облегчения и победы жизни над смертью.

На этой стадии продолжает нарастать физическое и эмоциональное истощение, могут проявиться различные психосоматические расстройства.

Как в индивидуальной, так и в групповой работе даётся домашнее задание - написать письмо горю. Суть упражнения - персонификация утраты. Давая характеристики горю, пациент разотождествляется со своей болью, отреагирует её не на самого умершего, а на фантом горя. Письмо начинается словами: «Дорогое горе». Упражнение имеет продолжение: пишется письмо-ответ от имени горя, начинающееся словами: «Здравствуй! Я пришло для того, чтобы …», «Смысл страданий был в том, чтобы…». Эффект этих писем огромен. Пробуждение зрелой части психики через осознание, покаяние и принятие даёт стимул к росту личности пациента.

.2.3 Признание и боль

Это самый тяжёлый, рекуррентный этап, продолжительность которого может составить годы. Без психотерапевтической помощи большинство людей проходят его долго, то убегая в фантазии, то идеализируя или обесценивая утраченное.

Признание реальности утраты является важнейшим шагом в восстановлении психических сил и возвращении полной ответственности за свои чувства. Однако признание утраты приносит сильнейшую боль, и потому временами пациент испытывает чувство тоски, безысходности, безнадежности, загнанности в угол, беспомощности, разочарования. Присутствует депрессивная установка с убеждением: «Жизнь бесполезна». Происходит периодический возврат к предыдущим стадиям горевания. Особенно остро пациент это ощущает, когда после улучшения состояния (обычно через полгода после утраты) происходят события, возвращающие к переживанию потери: знакомая мелодия, запах или человек, похожий на умершего. И тогда боль с новой силой возрождается, могут возникнуть суицидальные мысли. Именно для таких случаев врач помогает пациенту сформировать «аптечку скорой помощи», в которой помимо лекарств могут быть телефоны специалистов и близких людей, способных поддержать и выслушать; талисманы, ароматические масла, книги, кассеты с любимой музыкой, карточки с текстами, дающими силу и оптимизм; фотографии людей, животных, которым необходима любовь пациента сейчас, в реальном мире.

При суицидальных мыслях поддержкой может оказаться идея цели, миссии на Земле, которая ещё не окончена. Необходимо побуждать клиента формулировать свою экзистенциальную цель (она может быть какая угодно, от заботы о ребёнке или домашнем животном до служения людям через свою профессию или как-то иначе, или цель собственного развития, обретения мудрости), рекомендовать клиенту чаще обращаться к этой цели, писать её на бумаге и вешать на стены или класть под подушку.

Здесь своевременно побуждение пациента к осознанию и вербализации переживаний, связанных с утратой, перечислению всего того, что ушло из жизни вместе с умершим человеком. Можно попросить пациента написать список того, что он потерял вместе с ушедшим (любовь, защиту, свободу, уверенность и т. п.) и потом предложить вспомнить все ситуации из прошлого, когда чувствовал сходную потерю, от самого младшего возраста, и те ресурсы, качества своей личности, способы действия, с помощью которых он тогда справился, вышел из ситуации.

Человек, переживающий острое горе, даже приходя к врачу за помощью, часто рассуждает так: «Если я не могу помочь себе, как мне может помочь кто-то другой?». В таких случаях важно объяснить пациенту, что у него есть неисчерпаемый ресурс внутри, но иногда необходимы внешние стимулы и ресурсы, чтобы его активизировать. Мощным ресурсом является телесный контакт. Поэтому при работе с утратой показаны любые доступные врачу методики телесно-ориентированной психотерапии.

Если пациент пришёл к врачу на третьей стадии горя, но при беседе выясняется, что предыдущие этапы не были полноценно пройдены (больной запрещал себе как-либо выражать боль утраты), то необходимо, прежде всего, помочь отреагировать горе. В этом случае в начале психотерапии задачи будут аналогичны тем, что стоят при работе с переживающими первый этап горевания. Здесь можно давать домашнее задание поплакать: оставшись одному дома, зажечь свечи, включить тихую, печальную музыку, достать фотографии умершего, вспоминать утраченное, прижимая к себе подушку (дающую одновременное ощущение тепла, мягкости и инородности). В этом случае идёт воздействие на все сенсорные каналы, и освобождение от болезненных переживаний происходит наиболее полно. К тому же, нет «зрителей», перед которыми необходимо быть сильным. Продолжать отреагирование следует до полной разрядки эмоций горя и агрессии. И после этого следует включить свет, радостную музыку, принять душ, выпить как можно больше жидкости и лечь спать. Как правило, такую работу необходимо проводить неоднократно, с интервалом в несколько дней, до тех пор, пока пациент не почувствует, что больше нет потребности этого делать и что теперь он в состоянии спокойно смотреть на фотографии умершего и говорить о нём, называя его по имени. Такая работа - своего рода, ритуал, и он эффективен, поскольку на подсознательном и, возможно, архетипическом уровне человек нуждается в ритуалах, каковыми в прошлые века сопровождались все значимые события (рождение, возрастные переходы, свадьба, проводы близких и собственная смерть).

Если пациент пережил в прошлом несколько потерь, идущих одна за другой, необходима психотерапия малыми, поступательными движениями. Пациент пишет список тех, кого потерял, выбирает из него того, воспоминания о ком наиболее болезненны, и идёт работа с этой потерей.

На третьем этапе реакции горя можно рассказать пациенту о субличностях, среди которых есть «друзья» и «враги», и дать задание написать список этих двух групп качеств. Потом важно выбрать среди дружеских субличностей самую сильную и поощрять её проявления, чаще обращаться к ней; а вражеские не игнорировать, а просто знать в лицо, отслеживать - тогда они теряют свою силу (хотя их можно и проработать методом символдрамы, если пациент к этому готов). Необходимо научиться делать выбор, в каких ситуациях через какую субличность проявляться. Это стимулирует в пациенте осознание своего стержня, взрослого начала. Необходимо побуждать горюющего отслеживать свои слова: что он говорит себе, о себе, наедине с собой; ведь мы проявляем себя через то, что говорим себе. При этом важно поощрять человека быть натуральным, не замуровывать себя, не превращать в оловянного солдатика, позволять себе и мучиться, и плакать.

Важной рекомендацией на данном этапе горя является предложение провести инвентаризацию текущих контактов с другими людьми и, по возможности, ограничить или прекратить общение с теми, кто способствует погружению в самосожаление, толкает к деструктивному поведению.

.2.4 Принятие и возрождение

Первый знак того, что пройден самый тяжёлый участок пути, - это смена вопросов, которые задаёт пациент врачу. Со времени утраты самый настойчивый вопрос: «Почему это случилось со мной?». Но наступает день, когда возникает новый вопрос: «Как мне жить дальше после потери?». С этого момента пациент начинает принимать новую жизнь без того человека, которого потерял. Вопрос «Почему?» не имеет ответа. Пациенту кажется несправедливым случившееся, ему хочется узнать причину. И есть иллюзия, что, узнав причину, он почувствует облегчение. Однако этого не происходит. Вопрос «Как?» указывает на то, что пациент признал реальность утраты. И теперь психотерапевтическая работа направлена на формирование образа будущего.

Своевременными становятся трансовые методики простройки будущего, проговаривания стратегий новой жизни. Необходимо создать яркую картинку будущего. Можно спросить у пациента, о чём он мечтал до утраты, предложить написать целый список и начать реализовывать цели по шагам, оговаривая сроки реализации. Желательно, чтобы в окружении пациента начали появляться новые люди, не связанных с периодом жизни до потери.

Здесь происходит завершение работы горя. Пациент обретает возможность вспоминать положительные, смешные ситуации, связанные с ушедшим; его образ переходит в эстетическую категорию, становится ресурсной частью внутреннего мира. Поэтому необходимо символически завершить все прерванные взаимодействия с умершим, простить его и проститься. Здесь эффективны такие подходы, как методика «горячий стул» (один из инструментов гештальт-терапии), сессии символдрамы, активного воображения, позволяющие осуществить встречу «лицом к лицу» переживающего утрату с образом умершего или взаимодействие двух конфликтующих, полярных частей психического мира пациента.

Если с умершим были сложные, конфликтные отношения, пациенту зачастую не удаётся найти позитивных воспоминаний и всплывают только обиды. В таких случаях своевременно дать задание написать ушедшему «Письмо-прощение». На большом листе бумаги пишется «Письмо-прощение моего …, ФИО». И далее: «Я прощаю тебя за то, что ты…» (идёт перечисление всего, что всплывает в памяти). Параллельно пишется «Письмо-просьба о прощении», в котором после слов «Прости меня за то, что я…» перечисляется всё, в чём пациент чувствует себя виновным перед ушедшим. Эти письма можно писать неограниченное время. И однажды наступает момент, когда больше нечего написать - значит, прощение состоялось.

На завершающем этапе пережившему утрату необходима помощь в преодолении культурных барьеров, затрудняющих завершение работы горя (например, представление о том, что длительность горя является мерой любви к умершему). Именно на этой стадии пациенты часто высказывают запрос на работу с целью личностного роста, поскольку пережитая утрата меняет отношение к жизни, вынуждает пересмотреть её смысл.

1.3 Взаимосвязь этапов проживания горя с ведущими экзистенциальными позициями пациентов

Человек склонен «застревать» на том этапе проживания горя, который наибольшим образом соответствует его фиксированной экзистенциальной позицией [17].

Первый этап, наполненный иррациональным чувством вины, отражает позицию «Я не благополучен - Вы благополучны»; третий этап, характерный истощением душевных сил, отчаянием, апатией, безнадежностью, соответствует позиции «Я не благополучен - Вы не благополучны». И если мироощущение человека по большей части сопряжено с ощущением «Я не благополучен», то, переживая утрату, он будет ходить по замкнутому кругу от вины к депрессии, поскольку так жил и до потери - это состояние знакомо и понятно. Его постоянно преследуют неудачи, и он свыкся с этим. С его точки зрения, он не заслуживает положительной оценки и похвал. Такой человек мрачен, ироничен, труден в общении. Его пассивность в конце концов формирует отрицательное отношение к нему окружающих. Пациенты с позициями «Я не благополучен - Вы благополучны» и «Я не благополучен - Вы не благополучны» блокируют психотерапию, игнорируя и свои ресурсы, и помощь извне. В поведении они пассивны или непродуктивно суетливы, фразы строят по принципу «Да, но…», психотерапевтические сессии превращают в пустые разговоры. Человек, вставший в позицию жертвы, пытается включить психотерапевта в свою игру, например в «несчастную вдову». А, как известно, «жертва» легко становится «преследователем», который в итоге скажет: «Вы так и не смогли мне помочь». Специалисту необходимо указать такому пациенту на особенности его поведения.

Человек с позицией «Я благополучен - Вы не благополучны» находится в состоянии надменного превосходства. С ним трудно общаться, поскольку он стремится подавлять и принижать других, обнаруживать врагов и затевать разбирательства. Такой пациент будет долго фиксирован на втором этапе горевания, которому свойственны агрессия, злость, обида на умершего, на врачей, на Бога. За этой агрессией стоит одиночество, потребность в поддержке и одновременно с этим - неприятие её. На первом этапе горевания пациент будет игнорировать поддержку, на втором - агрессивно отталкивать её, а на третьем - считать её бесполезной. Возможен уход в фантазии, в патологическое переживание горя. Такому человеку надо объяснять причину его агрессии, помогать её отреагировать, осознать, что за ней стоит.

«Я благополучен - Вы благополучны» - эта экзистенциальная позиция из всех четырёх является единственно здоровой и обычно осознаваемой её носителем. Такой человек поддерживает добрые отношения с окружающими. Он отзывчив, вызывает доверие, доверяет другим и уверен в себе. Будучи внутренне свободным, он не боится жить в изменяющемся мире. Зачастую старается не растрачивать время на борьбу с самим собой или с кем-то из окружающих. Полностью выйти из горя может только человек с такой ведущей позицией, потому что она соответствует этапу «Принятие и возрождение». В других случаях горе переживается бесконечно и время не лечит.

1.4 Патологические реакции горя

В ряде случаев реакция утраты затягивается, становится патологической, перерастает в депрессию или вызывает её обострение. Тяжёлая утрата - это всегда печаль и отчаяние. Депрессию же следует заподозрить в тех случаях, когда проявления горя нарастают (например, преходящие нарушения сна превращаются в постоянные ранние пробуждения), когда возникает страх сойти с ума от переживаний, когда появляются устойчивые мысли о членовредительстве или самоубийстве, попытки реализовать их. Все эти явления возможны и при нормальной реакции утраты, если являются кратковременными. При депрессии же они становятся более стойкими и интенсивными, сильнее влияют на повседневную активность. Также чувство вины, при нормальной реакции утраты касающееся только того, что сделано или не сделано непосредственно тогда, когда близкий человек умирал, при депрессии становится тотальным, распространяется на все воспоминания, связанные с ушедшим. Даже если такие больные не суицидоопасны, им может быть присуще сильное стремление к болезненным переживаниям, и поэтому они обычно предпочитают электрошоковую терапию другим видам лечения [15]. Согласно Р. Шейдеру (1998), клинически выраженная депрессия сохраняется в течение года у 15-20% людей, переживающих утрату [22]. По данным Э.Б. Дубницкой (2000), у половины пациентов с реакцией горя по миновании острых аффективно-шоковых расстройств формируются клинически очерченные реактивные депрессии, длительность которых превышает 12 месяцев [7].

Помимо депрессии возможны и другие варианты патологической реакции утраты [2, 15, 19, 22]:

. Запаздывающая реакция горя. Проявляется отсутствием (избеганием) тягостных симптомов в течение двух недель и более после утраты. Если тяжёлая потеря застаёт человека во время решения каких-то важных дел или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение длительного времени. Иногда эта отсрочка может длиться годы, о чём свидетельствуют случаи, когда пациентов, недавно перенесших тяжёлую утрату, охватывает горе о людях, умерших много лет назад. Поэтому в начале работы с утратой врачу, прежде всего, необходимо выяснить, было ли горе отреагировано через слёзы в первые дни после случившегося.

. Искажённые реакции, представляющие собой проявления неразрешившейся реакции горя. Можно выделить следующие виды таких проявлений:

· Повышенная активность без чувства утраты, а скорее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни; предпринимаемая пациентом деятельность носит экспансивный характер, может иметь отношение к занятиям, которым в своё время посвящал себя умерший. Деятельность пациента в большинстве случаев наносит ущерб его экономическому и социальному положению. Человек с неуместной щедростью раздаривает своё имущество, легко пускается в необдуманные финансовые авантюры, совершает серию глупостей и оказывается в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Это растянутое самонаказание связано с бессознательным чувством вины. Зная о возможности такого пути протекания утраты, врач может заключить с пациентом договор о том, что тот не будет в течение полугода предпринимать каких-либо важных, судьбоносных действий, поскольку они могут оказаться неадекватными.

· Самоотождествление с умершим: перенятие некоторых черт его характера и даже симптомов болезни. Иногда пациент может даже внешне состариться до возраста умершего, начать копировать его голос, мимику, походку. Всё это представляет собой бессознательное проявление любви и преданности умершему. Важно объяснять пациенту суть этих явлений, так как осознание ослабляет эти симптомы, позволяет разотождествиться с ними. В случае смерти старших близких родственников необходимо выяснять, какие наставления, указания давал пациенту умерший, т. к. после его смерти эти предписания, в том числе и негативные, могут активизироваться, становясь «эстафетной палочкой».

· Жизнь с фантомом умершего. Галлюцинации, возникающие в ряде случаев при неосложнённой реакции горя, ограничены мимолётно возникающими голосом или образом умершего; при патологическом же реагировании они могут стать более стойкими. Больной может удерживать в своём сознании фантом умершего, постоянно общаться с ним. В случае смерти ребёнка родители (чаще - мать), взаимодействуя с его фантомом, могут представлять взросление этого ребёнка, в подробностях фантазируя о том, как он ходит в детский сад, затем - в школу и т.п. [19]. Оказывая психотерапевтическую помощь таким пациентам, можно использовать модальность гештальт-терапии: предложить пообщаться с умершим, представив, что пациент умер, а умерший жив и ведёт себя так же, как пациент. Задать вопрос: «Что бы вы ему сказали, видя такое его поведение?». Можно просто предложить поговорить с умершим, введя в неглубокое трансовое состояние. Для тех, кто играет с фантомами умерших, такие упражнения просты и понятны, т.к. для них эти фантомы реальны. Образ в гештальте никогда не скажет ничего плохого; его ответы несут пациенту умиротворение, прощение, возможность простить и отпустить. В итоге образ умершего должен перейти в эстетическую, позитивную категорию, перестав быть чем-то, существующим в плотном плане.

· Идеализация умершего. В попытке избежать душевной боли человек вытесняет память об умершем, объёмное представление о нём реальном, со всеми его качествами, притягательными и отталкивающими. Взамен создаётся идеальный образ, не дающий прорваться живым воспоминаниям, способным причинить сильные страдания. Таких пациентов необходимо побуждать вспоминать и рассказывать в подробностях об умершем и взаимоотношениях с ним, в том числе о неразрешённых конфликтах и обидах.

· Маскированная реакция горя, при которой человек испытывает мучительные переживания, но не связывает их с утратой. Возможны радикулит, остеохондроз, различные психосоматические заболевания, такие как панические атаки, язва желудка, сахарный диабет, заболевания сердца и щитовидной железы, заболевания кожи и другие. Соматическое состояние улучшается на фоне психотерапии.

· Избегание всего, что связано с умершим (воспоминаний, общих знакомых, вещей). Происходят изменения в отношениях с близким окружением, проявляющиеся уклонением от прежнего общения, критическими, агрессивными высказываниями по отношению к родственникам и друзьям, утратой интереса к ним. В таких случаях необходимы поддержка и терпение близких.

· Яростная враждебность против определённых лиц. Часто она направляется на врача, который обвиняется в пренебрежительном отношении к пациенту. Такие больные, несмотря на резкое выражают своих чувства, в отличие от параноидных личностей, почти никогда не предпринимают никаких действий против обвиняемых.

· Одеревенелость чувств вследствие подавления агрессии. Это связано с тем, что многие пациенты, сознавая развившееся у них после утраты близкого чувство враждебности, усиленно борются против этого чувства и скрывают его насколько возможно. В итоге их поведение становится настолько выхолощенным и формальным, что напоминает картину шизофрении. В дальнейшем может произойти утрата всех форм социальной активности. Но, в отличие от эндогенного дефектного больного, пациент всё же начинает действовать по прошествии какого-то времени или при активной, побуждающей поддержке близких.

· Ночные кошмары в сочетании с отчуждённостью, самоизоляцией от общества, явлениями flash-backs, связанными с ситуацией утраты; являются признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР - F43.1) [9]. Данные симптомы, как правило, развиваются в случаях, когда смерть произошла на глазах у переживающего утрату или при чрезвычайных обстоятельствах. Здесь работа должна быть направлена на десенсибилизацию психотравмирующего момента, например, методом десенсибилизации и переработки движениями глаз Ф. Шапиро [32].

К патологической реакции утраты склонны: лица, подверженные аффективным расстройствам, в том числе депрессии; пережившие несколько утрат; те, у кого была сильная эмоциональная связь или сложные отношения с ушедшим; одинокие, лишённые психологической поддержки люди; лица, которые чувствуют сильную вину перед умершим; люди, перенёсшие тяжёлые утраты в раннем детстве; лица, целиком сосредоточенные на собственных переживаниях и потребностях; наркоманы; родители, потерявшие ребёнка; те, у кого близкий человек умер либо неожиданно, либо «постыдной» смертью (самоубийство, СПИД, передозировка наркотиков) [15, 22]. Первый год после утраты особенно тяжёл для пожилых вдовцов. С другой стороны, слишком ранний повторный брак, являющийся бегством от переживания боли, тоже затрудняет разрешение чувства утраты. Патологические реакции горя не только ухудшают качество жизни, но повышают суицидальный риск, снижают порог подверженности рекуррентным аффективным расстройствам, способствуют развитию коморбидной патологии (тревожных, патохарактерологических нарушений, зависимости от психоактивных веществ) [7].

Патологические реакции горя являются искажениями нормального горя. Причина их возникновения заключена в подсознательном нежелании, неготовности включиться в процесс горевания со всеми его закономерными этапами, неизбежной душевной болью, ведущей к трансформации, взрослению личности. У патологических реакций горя всегда есть ресурс перехода к нормальному процессу переживания утраты. Однако, становясь затянувшимися или чрезмерно выраженными, они являются поводом для обращения к психиатру или психотерапевту. Сущность психологической помощи состоит в том, чтобы разделить с пациентом работу горя, помочь ему избавиться от зависимости от умершего, опираясь на внутренние ресурсы. Чрезвычайно важно отслеживать не только чрезмерные, но и слабые реакции на несчастье, чтобы предотвратить возможные отсроченные проявления реакции горя, которые могут проявиться совершенно неожиданно и оказаться разрушительными.

Глава 2. Результаты практической работы

.1 Общая характеристика группы пострадавших с реакцией горя

Психотерапия проводилась 28 пациентам с реакцией горя (11 мужчинам и 17 женщинам), находившимся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в различных отделениях: неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата, сочетанной и множественной травмы, неотложной торакоабдоминальной хирургии, острых термических поражений, неотложной кардиологии, неотложной нейрохирургии, трансплантации печени, отделении кризисных состояний и психосоматических расстройств. У всех пострадавших при первичном психотерапевтическом осмотре наблюдались проявления реакции горя. Оценка психоэмоционального состояния пациентов осуществлялась на основании клинического наблюдения и методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге в адаптации Т.И. Балашовой (тест содержит 20 вопросов) [24].

пациента потеряли близких в обстоятельствах, приведших к получению травмы и последующей госпитализации: ДТП - 11 человек, пожар - 9 человек, разбойное нападение - 2 человека. Пребывание в стационаре у этих больных совпало с первыми двумя стадиями переживания утраты: «шок и оцепенение» (или «слёзы и истерика») и «Отрицание и отстранение». На первой стадии, длящейся в среднем до двух недель и характерной преобладанием экзистенциальной позицией «Я не благополучен - Вы благополучны», у больных присутствовали чувство вины, заниженная самооценка, тенденция к самоуничижению, игнорирование собственных ресурсов и возможности получения помощи извне. У 9 пациентов обстоятельства гибели близких подпитывали переживание вины: у 4 из них родственники погибли при пожаре, у 5 - в ДТП, когда они были за рулём. Пациенты навязчиво и мучительно переживали обстоятельства травмы, думая о неиспользованных возможностях спасения погибших. В ходе психотерапии они говорили о нежелании продолжать жизнь с таким грузом вины и сожалели о том, что не погибли сами вместо тех, кого потеряли.

У больных, потерявших близких при обстоятельствах, казалось бы, не способствующих чувству вины (ДТП, в котором пациенты были пассажирами; пожар в чужом доме; разбойное нападение), это переживание, тем не менее, также присутствовало. Больные упрекали себя в недостаточной интуиции, которая могла бы предотвратить ситуацию, и даже в том, что вообще в жизни ими было сделано что-то не так и теперь погибшие расплатились вместо них.

Характерной особенностью состояния всех 22 больных было протекание первой стадии утраты по типу «шок и оцепенение», а не «слёзы и истерика». Больные пребывали в состоянии «эмоциональной замороженности», о своих чувствах говорили сдержанно, немногословно, слёзы были «скупые», без рыданий. Дополнительные страдания пациентам причиняла невозможность в связи с соматическим состоянием прийти на похороны погибших, что усиливало чувство растерянности и незавершённости. По истечению в среднем двух недель у пациентов начинали проявляться переживания, сопряжённые с экзистенциальной позицией «Я благополучен - Вы не благополучны» характерные для второй стадии утраты («отрицание и отстранение»): агрессия, злость, обида, неверие в возможность психологической помощи. Признаки отрицания свершившегося факта потери камуфлировались как чувством злости на других людей и на Бога, так и чрезмерной идеализацией погибших.

У 6 пациентов смерть близких не была сопряжена с обстоятельствами получения травмы и произошла за некоторое время (в пределах года) до госпитализации пациентов в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Двое из них были доставлены в клинику после совершённых суицидальных попыток, которые они предприняли в связи с гибелью близких. У пострадавших имели место переживания, характерные для III стадии горя, «признание и боль», сопряжённой с экзистенциальной позицией «Я - не благополучен, Вы - не благополучны». Преобладающими чувствами были печаль, отчаяние, ощущение бессмысленности и беспомощности, неверие в возможность уменьшения душевных страданий. Их психоэмоциональное состояние было крайне неустойчивым: признание потери сменялось вытеснением, вина - агрессией, присутствие в настоящем - уходом в воспоминания. После некоторого облегчения легко происходил уход в печаль при напоминании о потере.

Верующие пациенты с реакцией горя переживали когнитивный диссонанс, проявлявшийся невозможностью совместить факт гибели близких с верой в Бога. Больные выбирали различные способы уменьшения этого диссонанса: принимая решения, что: Бога вовсе нет и всё подвержено закону случайности (наблюдалось у 1 больного); Бог справедлив и, следовательно, покарал самого пациента или погибшего за грехи (наблюдалось у 3 больных); близкого отнял не Бог, а какие-то тёмные силы (наблюдалось у 2 больных); Бог справедлив, и поэтому погибший сейчас в Раю, т. к. он был хорошим человеком, а в Раю лучше, чем здесь (наблюдалось у 5 больных).

У 3 больных имело место «бегство в религию», причём происходила фиксация на деструктивных догматах христианской конфессии: убеждённость в том, что происшедшее явилось наказанием за греховность (которая у всех изначальна с момента рождения) и что нет никакой возможности осознавать причины происходящего и влиять на события своей жизни. Такая настроенность пациентов осложняла психотерапевтическую работу в первые сессии, делала контакт формальным. 2 больных в начале психотерапии были погружены в суеверные представления о влиянии на их судьбу каких-то тёмных сил, что тормозило лечение так же, как фиксация на религии.

При психодиагностике депрессии были получены показатели 67,20±7,73 баллов, превышающие пределы нормы (до 50 баллов).

2.2 Психотерапия и оценка её результатов

психоэмоциональный горе переживание

При работе с пациентами, переживающими утрату, применялись следующие психотерапевтические направления и методы: рациональная психотерапия, метод десенсибилизации и переработки движениями глаз в сочетании с его модификацией (ДПДГ/МДПДГ) в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии, недирективная суггестивная психотерапия, методики телесно-ориентированной психотерапии, психотерапевтической кинезиологии (лобно-затылочная коррекция - ЛЗК), символдрама, метод активного воображения, психосинтез, экзистенциальная психотерапия, библиотерапия, синематерапия.

Сроки начала психотерапии варьировали в пределах от 1 до 19 (М±m=7,1±4,6) суток со дня поступления пациентов в стационар. Количество психотерапевтических сессий, проведённых с каждым больным, составило от 2 до 11 (М±m=5,1±2,3). Частота сессий варьировала от ежедневного проведения до терапии с интервалом в 7 дней. Всё вышеперечисленное зависело от тяжести психического и соматического состояния, стадии реакции горя, личностных особенностей и психотерапевтического запроса пациентов. Всего было проведено 144 сессии в рамках мультимодальной психотерапии с применением нескольких методик и их сочетаний. 20 пациентов получали психотерапевтическую помощь только в период пребывания в стационаре. 8 пациентов после выписки продолжали проходить курс психотерапии в амбулаторных условиях.

У 22 пациентов, потерявших близких в ситуации получения травмы, изначальными жалобами были частые непроизвольные воспоминания об инциденте, сопряжённые с тяжёлыми переживаниями гибели близких; что являлось симптомами становления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). С этими больными на первой-второй сессии применялся метод ДПДГ и его модификация (ДПДГ/МДПДГ), направленные на десенсибилизацию и осмысление случившегося. В каждом случае был достигнут положительный эффект: уменьшение частоты и эмоциональной интенсивности воспоминаний о моменте травмы, освобождение от чувства вины. 8 из 22 пациентов в начале психотерапии не соглашались на повторное проживание психотравмирующей ситуации. С этими больными для снижения остроты душевной боли мы проводили сессии недирективной суггестивной психотерапии и символдрамы с использованием нейтральных, чаще природных образов, а также методики телесно-ориентированной психотерапии. При таком подходе также наблюдалась некоторая положительная динамика в психоэмоциональном состоянии пациентов. В дальнейшем эти больные высказывали готовность к применению ДПДГ/МДПДГ.

Поскольку пациенты, потерявшие близких в ситуации получения травмы, в силу своего физического состояния не имели возможности проститься с погибшими на похоронах, мы применяли символдраму и метод активного воображения, дающие больным возможность мысленно попрощаться с погибшими. Во всех случаях достигался положительный результат: уменьшение тревожности и чувства вины, ощущение незавершённости и неопределённости.

В дальнейшем мы побуждали пациентов говорить о своём горе, свободно проявляя все возникающие при этом эмоции и описывая ощущения в теле. Такой подход был актуален, поскольку характерной особенностью состояния больных было протекание первой стадии утраты по типу «шок и оцепенение», а не «слёзы и истерика». Больные пребывали в состоянии эмоциональной замороженности, препятствующей естественному протеканию реакции горя. Активное воспоминание о погибших, озвучивание всех возникающих при этом чувств и ощущений способствовало отреагированию переживания горя через слёзы. В некоторых случаях возникала необходимость в проведении разъяснительной работы среди медицинского персонала отделений, склонного ограничивать больных в эмоциональных проявлениях горя, расценивая их как ухудшение состояния пациентов. Нескольким больным в начале психотерапии было тяжело говорить о своих переживаниях, связанных с утратой. В этих случаях мы применяли метод активного воображения, помогая пациентам через спонтанно возникающие образы проживать и трансформировать своё текущее состояние.

По истечению, в среднем, двух недель с момента утраты вышеописанные пациенты переходили во вторую стадию переживания горя - «Отрицание, отстранение». На данном этапе переживания утраты была необходима работа с отрицанием пациентами свершившегося факта потери, которое камуфлировались как проявлениями злости на окружающих, так и чрезмерной идеализацией погибших. Здесь помимо психотерапевтических приёмов, побуждающих к отреагированию эмоций горя, были актуальны подходы рациональной психотерапии, направляющие больных на осознание и принятие факта потери без попыток избежать переживаний, связанных с этим осознанием. Также проводилась работа с возникшим у пациентов когнитивным диссонансом, проявлявшимся невозможностью совместить факт гибели близких с верой в справедливость Бога. Рациональная психотерапия проводилась с целью освобождения больных от самообвинительных, суеверных способов разрешения этого диссонанса посредством разъяснений, вопросов, обращения к логике пациентов, с учётом их интеллектуального развития, социальной среды, базовых убеждений. С верующими диалог вёлся на языке их конфессии, с объяснением позитивного смысла некоторых религиозных ритуалов. В результате психотерапии у больных изменились изначальные способы разрешения когнитивного диссонанса. Если в начале госпитализации они были деструктивными («Бога вовсе нет и всё подвержено закону случайности», «Бог справедлив и, следовательно, покарал самого пациента или погибшего за грехи», «Близкого отнял не Бог, а какие-то тёмные силы», «Бог справедлив, и поэтому погибший сейчас в Раю, т. к. он был хорошим человеком, а в Раю лучше, чем здесь»), то по окончанию психотерапии сформировались следующие способы выхода из диссонанса: «Бог добр и справедлив, поэтому дал возможность встретиться с любимым, прежде чем произошла его гибель, которая была предрешена»; «Бог добр и справедлив, потому и отнял самое дорогое, чтобы преподать какой-то важный урок, помочь что-то осознать».

пациентов, потерявших близких до получения травмы (в пределах года), находились в третьей стадии переживания горя («Боль, признание потери»). На данном этапе психотерапия была направлена на преодоление печали, отчаяния, ощущения беспомощности и бессмысленности существования. Здесь посредством рациональной психотерапии решалась задача осознания больными того факта, что их жизнь, лишённая тех, кто погиб, будет не хуже и не лучше, а просто другой. Также в ходе сессии мы последовательными вопросами направляли пациентов в такие ситуации прошлого, в которых они получили позитивный опыт самостоятельного выхода из тяжёлых, кажущихся безвыходными, ситуаций. Данный приём повышал самооценку пациентов и помогал им извлечь ресурс для преодоления горя. Помимо этого использовался ресурсный транс «Простройка будущего», позволяющий смоделировать продолжение жизни после потери, причём с позитивным сценарием. Также на третьей стадии реакции горя применялись подходы психосинтеза. Пациентам предоставлялась информация о субличностях, среди которых есть дружеские (помогающие преодолеть горе) и враждебные (провоцирующие на возврат к ранним стадиям переживания утраты). Мы побуждали пациентов отслеживать эти субличности, распознавать их проявления в себе, что позволяло им по собственному выбору активизировать проявление дружеских субличностей и разотождествляться с враждебными. Также работа с субличностями проводилась в состоянии трансового погружения.

С 3 из 6 пациентами, потерявшими близких до получения травмы, помимо психотерапии, показанной на третьей стадии утраты, применялись методики, необходимые на начальных стадиях (МДПДГ; методы, побуждающие отреагировать горе; работа с когнитивным диссонансом), поскольку эти пациенты ранее не обращались за психотерапевтической помощью и предыдущие стадии горя были прожиты не полностью.

У всех пострадавших с реакцией утраты на всех стадиях работы активно применялись методики недирективной суггестивной, телесно-ориентированной психотерапии, кинезиологии (лобно-затылочная коррекция) и символдрамы с целью активизации внутреннего ресурса, экзистенциальная психотерапия (с целью осознания смысла страданий и продолжения собственного существования без тех, кого потеряли). Пациентам, продолжающим психотерапию на третьей и четвёртой стадиях горя (частично уже после выписки из стационара) давалось задание написать «Письмо горю» и «Письмо-ответ от имени горя»; а также, при невозможности простить за что-то ушедшего или же в случае собственно чувства вины - «Письмо-прощение» и «Письмо-просьба о прощении».

## В рамках модальностей библиотерапии и синематерапии пациентам, с учётом начального уровня, представлений о мире и предпочтений, были рекомендованы к прочтению и дальнейшему обсуждению такие книги, как:

## «Славяно-Арийские Веды. Книга 1. Книга мудрости Перуна»;

- Госвами П., «Гитамрита. Беседа перед битвой» (особенно глава 2);

## - «Гаруда-Пурана. Ведическая книга смерти»;

## «Тибетская книга мёртвых»;

## Крайон, «Путешествие домой»;

- Моуди Р., «Жизнь после жизни»;

Ледбитер Ч.У., «Астральный план», «Ментальный план»;

Ньютон М., «Путешествия души. Жизнь между жизнями», «Предназначение Души. Жизнь между жизнями»;

Хакимов А. Г., «Карма. Размышления», «Реинкарнация. Размышления»;

Вербер Б., «Танатонавты»;

и художественные фильмы:

«Куда приводят мечты»;

«Шестое чувство»;

## - «Коматозники»;

## «Не оглядывайся»;

## «Призрак»;

## «Город ангелов».

Подытоживая результат психотерапии пострадавших с реакцией горя, можно отметить, что у всех пациентов в результате работы было достигнуто улучшение: раскрепощение проявлений горевания, осознание и принятие факта потери, освобождение от навязчивых воспоминаний о моменте гибели близких (или известия о смерти), обретение внутренних ресурсов и смысла своего дальнейшего существования, более глубокое осмысление себя, мироустройства, своего места в мире. У всех пациентов эти перемены к лучшему были выражены в разной степени, в зависимости от особенностей склада личности, тяжести потери, душевной и интеллектуальной зрелости, полноты включения в психотерапию.

При диагностическом исследовании была выявлена следующая положительная динамика в результате проведённой психотерапии: уменьшение показателей депрессии с 67,20±7,73 до 54,22±4,85 баллов (р<0,001).

Всем больным с реакцией горя рекомендовалось продолжение психотерапии после выписки в амбулаторных условиях, поскольку сроки переживания утраты в среднем составляют 1-1,5 года.

Глава 3. Описание клинических случаев

Клинический случай № 1

Пациент Л., 52 года, поступил в отделение острых термических поражений. Четыре дня назад при пожаре в частном доме погибла жена, сам пациент получил ожоговую травму.

При первом осмотре больной немногословен, держится отстранённо, однако не отказывается от психотерапевтической помощи. Говорит о невыносимом чувстве вины в связи с тем, что не смог спасти жену из горящего дома. Сомневается в том, что когда-нибудь наступит душевное облегчение. Имеют место навязчивые воспоминания о ситуации пожара.

В первую сессию проведена сессия МДПДГ, направленная на проработку ситуации пожара. В ходе сессии включилось эмоциональное отреагирование горя через слёзы, больной с удивлением отметил, что на «душе стало несколько легче, ушло невыносимое отчаяние». В последующие дни пациент сообщал, что навязчивые воспоминания о пожаре прекратились. В течение пяти сессий проводилась психотерапия, направленная на проговаривание различных мыслей, воспоминаний, снов, связанных с погибшей женой. Во время сессии символдрамы больной спонтанно вышел на образ жены; у него возникла потребность высказать ей благодарность за все прожитые годы и попрощаться. На заключительной сессии был проведён ресурсный транс «Простройка будущего» с целью нахождения опоры и смыслов для продолжения жизни. На момент выписки больной отмечал, что ушло чувство безнадежности и бесполезности своего существования, есть силы продолжать жизнь, несмотря на сохраняющуюся боль потери.

Клинический случай № 2

Пациентка Т., 49 лет, поступила в кардиологическое отделение. Более полугода назад похоронила мать. Больная держится закрыто, напряжённо, мимика бедная. Говорит, что за прошедшие полгода ни разу не заплакала, «всё словно окаменело, глаза сухие». Жалуется на необъяснимое, ни с чем конкретно не связанное чувство тревоги, ощущение дискомфорта в области сердца, слабость, головокружение. При расспросе выяснилось, что, по распоряжению мужа пациентки, перед тем, как сообщить о смерти матери, ей была вколота большая доза транквилизатора (успокаивающего лекарственного вещества) - «чтобы смягчить удар». В дальнейшем пациентка непрерывно получала транквилизаторы в течение нескольких месяцев; под их воздействием она находилась и на похоронах, и на поминках, поэтому эти события помнит смутно, «как в тумане». На настоящий момент она «понимает умом», что мать умерла, но не может этого почувствовать, при этом есть ощущение, что «жизнь разваливается и наступает сумасшествие». В последние два месяца у пациентки стали случаться панические атаки, во время которых она чувствовала жгучую боль в сердце (при отсутствии заболеваний сердечнососудистой системы). Таким образом, у больной имела место маскированная реакция горя. Данный факт был обсуждён с пациенткой на рациональном уровне на первой сессии, после чего больная выразила готовность работать с событиями полугодичной давности. В сессии МДПДГ были заново прожиты моменты, связанные со смертью матери. В результате эмоции горя включились и проявлялись достаточно бурно на протяжении двух недель. В последующем больная почувствовала успокоение, пришло «ощущение внутренней тишины». В течение этих двух недель и последующего месяца работа проводилась в модальностях недирективной суггестивной и телесно-ориентированной психотерапии, направленной на обретение внутреннего ресурса для запоздалого проживания утраты, а также на купирование неприятных ощущений в области сердца. К моменту завершения психотерапии панические атаки с кардиологической симптоматикой прекратились, мимика пациентки оживилась, стала естественной, ушло ощущение слабости в теле и головокружение.

Клинический случай № 3

Пациент Б., 20 лет, через месяц после трансплантации печени. Реакция горя связана с гибелью матери (была сбита машиной), происшедшей за две недели до проведения больному трансплантации. Переживание утраты сопровождалось чувством вины и нежеланием продолжать жить. Со слов больного, «смерть матери ускорила наступление очереди на трансплантацию; мать словно принесла себя в жертву ради того, чтобы я жил». С данным пациентом терапия была направлена, прежде всего, на работу с чувством вины и включала в себя и рациональное обсуждение ситуации, и трансовую работу (метод активного воображения). В одной из сессий больной видел образ матери и ощущал, что от него исходит любовь и спокойствие, не оставляющие никакого повода для чувства вины. На заключительной сессии пациент сформулировал новое понимание ситуации, сказав: «Даже если действительно мать принесла себя в жертву, я хочу, чтобы это было не напрасно. Она хотела, чтобы я продолжал жить, и я буду жить достойно и счастливо, в память о ней. А когда придёт моё время, я тоже уйду…».

Клинический случай № 4

Пациент Л., 45 лет, поступил в отделение неотложной торакоабдоминальной хирургии. Около года назад после длительной болезни умер отец. На момент начала психотерапии горе было отреагировано, отчаяние ушло, но периодически возвращалось чувство вины перед отцом. Причём эту вину включали воспоминания о различных, даже незначительных, детских проступках, которые когда-либо совершал пациент по отношению к отцу.

С больным была проведена сессия символдрамы, мотив «Встреча со значимым лицом», в ходе которой образ отца предстал перед пациентом очень ярко. Отец держался в свойственной ему при жизни ироничной манере. Он усмехался, энергично махал руками и говорил: «Слушай, как ты мне надоел своей виной! Если бы не это, то всё у меня было бы просто замечательно. Иди уже, живи нормальной жизнью, оставь меня в покое!». Пациент попросил у отца прощение за беспокойство, сказал, что очень любит его и не будет больше тревожить.

Через несколько дней больной говорил, что тот «разговор» с образом отца был «очень ярким и реалистичным», и с удивлением отмечал, что чувство вины, мучившее его так долго, ушло внезапно и бесследно; взамен пришло «ощущение теплоты с какой-то, даже юмористической, окраской».

Клинический случай № 5

Пациентка М., 35 лет, поступила в отделение неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата. Получила известие о смерти сестры, пострадавшей вместе с ней в ДТП. В работе с этой пациенткой применялись МДПДГ, символдрама и телесно-ориентированная психотерапия, направленные на отреагирование переживаемого горя. Слёзы, связанные с потерей, долгое время не приносили никакого облегчения, эмоциональные состояния словно сменяли друг друга по кругу и не наблюдалось выхода на другой уровень. Это наблюдалось до тех пор, пока на седьмой сессии не произошёл прорыв к более ранним переживаниям: включилось переживание утраты, связанной с гибелью близких родственников, случившейся несколько лет назад. Произошло спонтанное отреагирование эмоций, которые в прошлом были подавлены. Пациентка прощалась с умершими, беседуя с ними во время сессии символдрамы. Был пережит катарсис, после которого последовало полное отреагирование гибели сестры.

На примере этой пациентки можно сделать предположение, что полноценная проработка текущих психотравмирующих событий достигается только после освобождения от душевной боли, связанной с более ранними ситуациями утраты.

Клинический случай № 6

Пациентка А., 51 год, поступила в отделение сочетанной и множественной травмы. Пострадала в ДТП, в котором погиб её 20-летний сын. Со слов больной, в первые две недели после гибели сына много плакала, не могла и не пыталась сдержать слёзы на людях. Теперь «глаза словно высохли», больше не получается плакать. Жалуется на мучительное чувство недоумения и обиды на Бога. Рассказывает, что за несколько дней до гибели сына была в церкви и благодарила Бога за то, что она в жизни так счастлива и что у неё такие замечательные дети.

Было проведено 4 психотерапевтические сессии. С первой сессии психотерапевтическим запросом была потребность «поговорить с сыном, спросить, почему так произошло». Пациентка рассказывала, что сын был очень добрым молодым человеком и, словно чувствуя, что ему недолго жить, ничего не хотел для себя, всё раздаривал друзьям, не строил особых планов на будущее.

На каждой сессии, помимо рационального обсуждения состояния пациентки и текущих событий её жизни, проходила работа в модальностях телесно-ориентированной психотерапии и символдрамы, мотив «Встреча со значимым лицом». Женщина «беседовала» с сыном, говорила ему о своей любви к нему, высказывала благодарность за то, что их жизни пересеклись на какое-то время. Также она спрашивала, почему он ушёл так рано. Ответ сына слышался ею так: «Это не было случайностью, всё было запланировано заранее. Я благодарен тебе за всё. Постарайся отпустить меня, твои сожаления причиняют мне боль. Занимайся дочерью, люби её. Мы с тобой увидимся, когда придёт время».

Необходимо отметить, что работу с этой женщиной я оцениваю как незавершённую, не доведённую до разрешения хотя бы второго этапа реакции горя, хотя психотерапия была прервана по решению пациентки. Её объяснения были такими: «После каждой нашей сессии мне становится очень хорошо и легко, даже слишком легко, как будто ничего не случилось. Контакт с сыном слишком реален, и в этот момент я чувствую, что душа вечна и смерть не прерывает нашей связи. Но на следующий день я снова погружаюсь в безысходность и горе. Я устала от этих перепадов состояния. Лучше буду принимать транквилизаторы, которые рекомендует психиатр». Мои попытки объяснить ей, что такие перепады естественны, что её душевные силы к исцелению велики и есть смысл продолжать, оказались неэффективными. Хочется надеяться, что ресурс, полученный в психотерапевтической работе, смягчил этой пациентке дальнейшее проживание утраты.

Клинический случай № 7

Пациентка Р., 26 лет, поступила в отделение острых термических поражений. Пострадала при пожаре вместе с детьми. Родственники несколько дней не сообщали пациентке о гибели 3-хлетней дочери. В последующем, узнав о случившемся, больная говорила, что те несколько дней, проведённые в неопределённости, были наиболее мучительны, т.к. интуитивное знание о смерти дочери перемешивалось с парадоксальной надеждой на то, что это не так. В эти дни пациентка во время психотерапевтической сессии держалась формально, эмоционально отстранённо, своих переживаний и догадок не озвучивала. И только после сообщения родственниками о гибели дочери у пациентки постепенно начало происходить отреагирование утраты через слёзы, она стала открыто говорить о потере, обсуждать свою дальнейшую жизнь. С этого момента в эмоциональном состоянии пациентки произошли улучшения, которые сама больная определяла как появление спокойствия. Во время трансовой работы «Простройка будущего» пациентка видела себя через год, в тёплых отношениях с мужем и детьми.

Данный случай является одним из пяти аналогичных, когда пациенты со значительной отсрочкой узнавали о смерти близких. И во всех случаях наблюдались схожие мучительные переживания, связанные с неопределённостью и плохим предчувствием. Данные наблюдения позволяют сделать вывод, что раннее сообщение пациенту о факте смерти уменьшает риск патологического пути проживания утраты. Такой подход, к сожалению, принимается далеко не всеми врачами соматического профиля по причине опасения ухудшения состояния пациентов при сообщении им о гибели близких.

Клинический случай № 8

Пациент Г., 28 лет, поступил в отделение сочетанной и множественной травмы. Пострадал при разбойном нападении, в котором погибла жена. Пациент пытался дать отпор нападавшим; силы были неравны. Вмешалась жена, отвлекая на себя одного из грабителей. По словам пациента, это дало ему возможность отбиться от нападавших и, в итоге, спасло жизнь. Жена при этом погибла от удара ножом. Она умерла почти сразу, на глазах пациента, со словами: «Я люблю тебя».

Проведено 10 психотерапевтических сессий. На первых встречах пациент имел потребность выговориться, по несколько раз описывал ситуацию нападения и гибели жены, пытаясь упорядочить в памяти подробности события. При этом пострадавший испытывал сильное волнение, наблюдалась одышка, тахикардия. Проведена сессия МДПДГ с целью снятия острого стресса. На последующих сессиях пациент отмечал, что больше не испытывает тревоги, вспоминая нападение, в душевном состоянии теперь на первом плане чувство вины перед погибшей женой. Пациент навязчиво просматривал все возможные варианты своих действий, пытаясь найти тот, который бы уберёг жену от гибели. Вспоминание событий прошлого распространилось на все годы, проведённые в браке. Пациент говорил: «Я долго добивался её, потом она согласилась стать моей женой, и мы жили очень счастливо. Но может быть, не надо было всего этого… Если бы она не стала моей женой, то сейчас была бы жива. А так… она принесла себя в жертву, чтобы я жил». Проведена сессия символдрамы, мотив «Встреча со значимым лицом». Пациент увидел образ жены. Она выглядела счастливой; говорила ему, что любит его и ни в чём не винит, что ситуация была неизбежна, продолжительность её жизни изначально была именно такой. Также прозвучали слова: «Просто представилась возможность отдать тебе старый долг». По поводу последней фразы пациент не стал рассуждать, сказав: «Мне надо пожить с этим». На последующих сессиях в его состоянии произошли улучшения, ушла тревожность, появилось спокойствие, некое состояние «светлой грусти». Говоря о жене, пациент улыбался, говорил, что очень любит её, чувствует к ней благодарность, добавляя: «На душе тепло, когда думаю о ней».

Клинический случай № 9

Пациентка И., 34 года, поступила в отделение острых термических поражений. Пострадала в автокатастрофе, в которой погибли муж и двое детей.

С первой встречи пациентка задумчива, погружена в себя, хотя состояние нельзя назвать «замороженным». Она охотно беседует, при этом наблюдается постоянно прилагаемое усилие к сдерживанию эмоций боли; дыхание редкое, судорожное. В разговоре выясняется, что она христианка, причём воцерковленная, чётко соблюдающая все предписания конфессии. С мужем были венчаны, часто ходили в церковь, дети были крещёные. Пациентка говорит: «Если бы не вера, я бы, наверно, сошла с ума. А так я знаю, что душа вечна и что испытания для чего-то посланы». При этом пациента обмолвилась о том, что она старается не плакать именно потому, что это не поощряется христианской верой, так как слёзы «вредят душам умерших». Пострадавшая говорила: «Они сейчас в Раю, и я тоже там буду, когда придёт время».

В последующую встречу пациентка рассказала, что иногда её охватывает мучительное, постыдное чувство зависти к сестре, потому что её муж «остался жив, только получил травмы». Само озвучивание этих чувств и рациональная беседа о том, что они приходящи и простительны, принесло ей облегчение.

В последующем с пациенткой была проведена сессия МДПДГ с целью десенсибилизации ситуации катастрофы. Также проводились сессии в модальностях символдрамы и активного воображения с целью получения ресурса от взаимодействия с образами природы. Запроса на «встречу» с погибшими близкими и спонтанного появления их образов не было. В результате работы пациентка почувствовала некоторое облегчение, дыхание стало более ровным и глубоким.

По ходу проведения сессий в глазах пациентки читался какой-то назревающий вопрос, словно что-то боролось в ней. Наконец, посмотрев на меня внимательно и ища на мне взглядом крест, которого не было, она спросила: «Простите, вы - христианка?». После моего ответа о том, что когда-то я шла через христианство, а сейчас мне близка другая вера, пациентка закрылась, а на следующей встрече сказала, что хотела бы завершить терапию.

Случай работы с этой пациенткой оставил во мне двоякое ощущение. С одной стороны, такое стоическое перенесение запредельного горя, безусловно, вызывает уважение. С другой стороны, этот стоицизм может быть чреват последующим погружением в патологическое проживание утраты, поскольку осталось ощущение, что такая сдержанность и «понимание» в ситуации горя были не очень естественны для пострадавшей; она действовала так, как «правильно», собрав для этого все имеющиеся душевные силы.

Клинический случай № 10

Пациент Т., 54 года, поступил в отделение неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата. Пострадал в ДТП, в котором его дочь получила тяжёлые повреждения и через две недели умерла. Прошло более месяца с момента её смерти. Пациент рассказывал, что с первых дней не сдерживал эмоции горя, а теперь плакать не хочется. Чувство вины не звучало в состоянии пострадавшего, возможно, потому что он не был за рулём. Говоря о своём состоянии, пациент говорил: «Это чувство мучительной тишины и недоумения, невозможности осознать, что такое произошло и где она теперь». Для пациента были особо мучительны воспоминания о днях, когда дочь была в больнице, а он понимал, что она умирает, но не хотел в это верить.

В первую встречу проведена сессия МДПДГ с целью десенсибилизации периода нахождения дочери в больнице и получения известия о её смерти. В последующие две встречи шла работа в модальностях рациональной и телесно-ориентированной психотерапии. Почувствовав некоторое облегчение, пациент сказал: «Я всегда был материалистом… Может быть, не материалистом, а просто не думал о том, что за чертой. А теперь думаю, и нет ни ответов, ни знаний. Так называемую «эзотерику» читать не хочется. Нужны научные ответы, но их ведь нет…». С учётом научного склада мышления пациента ему было порекомендовано читать книги Майкла Ньютона «Путешествия души. Жизнь между жизнями», «Предназначение Души. Жизнь между жизнями». На следующей встрече пациент сказал, что эти книги - именно то, что ему необходимо сейчас; они дают «ясность, ответы на многие вопросы, согласие с ситуацией и уверенность в будущей встрече».

Заключение

«Время лечит» - расхожая фраза, однако само время не лечит. Необходимо учиться навыкам горевания. Только глубокая работа по проживанию горя вылечит раны и позволит восстановить чувство равновесия. Процесс горевания не имеют чётких временных границ. Нормальная реакция горя может длиться до полутора лет, достигая своего пика в период 4-6 недель после утраты, и со временем постепенно уменьшается; однако в некоторых случаях человек может возвращаться на предыдущие стадии проживания утраты. В силу закономерностей динамики реакции горя больные нередко нуждаются в продолжительной психотерапии.

Утраты, как и многие события жизни - это не только боль, но и возможность личностного роста. С одной стороны, по выходе из горевания происходит укрепление чувства самостоятельности, восприятия себя как цельной личности. С другой стороны, формируется новое восприятие потерянного любимого человека. Некоторые называют этот процесс интернализацией (усвоением) утраты: ушедший занимает своё место в сердцах близких.

Психолог/психотерапевт может способствовать реализации духовного роста пациента, если понимает природу утраты, её связь с другими эмоциями, роль в становлении человека.

Терапия пациентов, перенёсших утрату, является нелёгким испытанием духовных сил и профессиональной компетентности. Работа с процессом горевания и потери требует специфических навыков взаимодействия с подобными переживаниями и может вызывать естественные трудности и дестабилизировать эмоциональное состояние самого врача. Как правило, человек, встречающийся в своей практике с проблемами горевания и потери, нуждается в восстановлении своих ресурсов, которое может быть достигнуто как методами самостоятельной работы, так и посредством профессиональной помощи и поддержки коллег. Специалисту, работающему с пациентами в горе, важно быть в достаточной степени разотождествлённым со страхами различных потерь и самим страхом смерти.

В ходе терапии реакции горя на всех стадиях применялись методики рациональной психотерапии, метод десенсибилизации и переработки движениями глаз в сочетании с его модификацией (ДПДГ/МДПДГ) в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии, недирективная суггестивная психотерапия, методики телесно-ориентированной психотерапии, психотерапевтической кинезиологии, символдрама, метод активного воображения, экзистенциальная психотерапия, библиотерапия, синематерапия. Сроки начала терапии, выбор методик, частота и количество сессий варьировали в зависимости от тяжести психического и соматического состояния, стадии реакции горя, личностных особенностей и психотерапевтического запроса пациентов. Улучшение состояния у пациентов было выражено в разной степени, в зависимости от особенностей склада личности, тяжести потери, душевной и интеллектуальной зрелости, полноты включения в психотерапию.

Наблюдались следующие улучшения:

· уменьшение частоты и эмоциональной интенсивности воспоминаний о моменте получения психотравмы (у 22 пациентов);

· уменьшение/снятие чувства вины (у 25 пациентов);

· купирование тревоги (у 14 пациентов);

· выход из состояния эмоциональной замороженности, препятствующей естественному протеканию реакции горя (у 17 пациентов);

· осознание и принятие факта потери (у 23 пациентов);

· разрешение/ослабление когнитивного диссонанса между фактом гибели близких и верой в справедливость Бога (у 11 пациентов);

· преодоление отчаяния и чувства бессмысленности своего существования (у 19 пациентов);

· нахождение новых смыслов продолжения жизни (у 9 пациентов);

· уменьшение показателей депрессии по шкале депрессивных состояний Зунге с 67,20±7,73 до 54,22±4,85 баллов, р<0,001 (у 28 пациентов);

· духовное взросление (у 7 пациентов).

В ходе работы с пациентами, переживающими утрату, возникает отчётливое понимание того, что наш менталитет и жизнь вообще делают реакцию горя неизбежной, т.к. не хватает личного опыта соприкосновения с тонким миром и духовного уровня, дающего возможность поддерживать связь с близким человеком независимо от того, здесь он или уже за гранью. Преобладание в научной литературе, посвящённой работе с утратой, отечественных и западных источников; а также отсутствие опыта работы с пациентами других культур, наводят на размышления о том, является ли естественной и универсальной потребность бурного отреагирования горя или она продиктована культурными традициями, мировоззрением. Вероятно, всё зависит от уровня конкретного человека; и в случае отсутствия какого-либо трансцендентного опыта «стоическое приятие» смерти близких может оказаться вариантом патологической реакции горя.

Опыт работы с людьми, переживающими утрату, позволяет прийти к заключению, что психотерапия, не основанная на понимании вечности души, мертва и неэффективна. Психологическая коррекция на базе материалистической концепции, ставящая цель «донести до сознания», что умерший «ушёл; его больше нигде нет, кроме как в нашем сердце», пожалуй, более жестока и вредна, чем бездействие и предоставление горюющего самому себе.

Выводы

. Переживание смерти значимых лиц включает реакцию горя, имеющую следующие патогномоничные признаки: физическое страдание, поглощённость образом умершего, чувство вины, враждебные реакции, утрата моделей поведения.

. Менталитет, свойственный нашей современной культуре, а также отсутствии личного трансцендентного опыта, делают реакцию утраты неизбежной и тяжело протекающей.

. Проживание горя представляет собой длительный процесс, имеющий определённые закономерности.

4. При нормальном течении реакции утраты горюющий решает следующие задачи: признание факта потери; принятие и проживание боли утраты; нормализация взаимодействий с окружением, в котором ощущается отсутствие усопшего; изъятие эмоциональной энергии из прошлой связи и помещение её в новые отношения.

5. Являясь здоровым ответом психики, реакция горя в ряде случаев приводит к психической декомпенсации, требующей психологической коррекции.

. Основным препятствием нормальному проживанию горя является попытка избежать сильного страдания и уклониться от выражения эмоций скорби.

. В психотерапии пострадавших с реакцией горя эффективно сочетание различных методик и модальностей в зависимости от стадии утраты, эмоционального состояния, запроса и личностных особенностей пациентов.

. У пострадавших, потерявших близких в экстремальных обстоятельствах, психологическую коррекцию целесообразно начинать с десенсибилизации острого стресса, вызванного этими обстоятельствами.

. Фиксация на негативных конфессиональных догматах, равно как и атеистическое мировоззрение, усложняют психологическую коррекцию и снижают её эффективность.

. Длительное сокрытие от пациентов факта гибели близких имеет разрушительное воздействие на их психику.

. Полноценная проработка текущих психотравмирующих событий достигается только после освобождения от душевной боли, связанной с более ранними ситуациями утраты.

. Выход из горевания сопровождается духовным взрослением.

. Специалисту, работающему с пациентами в горе, важно понимать природу утраты, иметь специфические навыки взаимодействия с этим переживанием, а также быть в достаточной степени разотождествлённым со страхами различных потерь и самим страхом смерти.

. Эффективность психотерапии утраты во многом определяется присутствием в ней концепции вечности души.

Список литературы

1. Брычева Н.В. Психологические аспекты переживания травмы и горя у детей и подростков с ожогами и их последствиями // Актуальные проблемы термической травмы: материалы международной конференции. - СПб., 2002. - С. 329-330.

. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. - Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. - 272 с.

. Василюк Ф.Е. Пережить горе // Человеческое в человеке. - М.: Политиздат, 1991. - 131 с.

. Ворден Д.В. Консультирование и терапия горя. - М., 1998. - 235 с.

. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2002. - 164 с.

. Дейтс Б. Жизнь после потери. - М.: «Фаир-Пресс», 1999. - 304 с.

. Дубницкая Э.Б. К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий (введение в проблему) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - Том II. - №4. - С. 102-104.

. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями. - М.: Независимая фирма «Класс», 1999. - 320 с.

. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. // гл. ред. Т.Б. Дмитриева. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - С. 367-372.

. Ковалёв С.В. Исцеление с помощью НЛП. - М.: изд-во «КСП», 1999. - С. 17-58.

. Ковалёв С.В. Перепрограммирование собственной судьбы. - М.: «КСП+», 2002. - 784 с.

. Ковалёв С.В. Введение в современное НЛП. Психотехнологии личностной эффективности: учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2002. - 512 с.

. Котович О., Крук Я. Золотые правила народной культуры. - 6-е изд., доп. - Минск: Адукацыя i выхаванне, 2011. - 592 с.

. Левин С. Кто умирает? / Пер. с англ.- К.: «София», 1996. - 325с.

. Линдеманн Э. Клиника острого горя / В кн.: Психология эмоций / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. - С. 4-10.

. Лурье Ж.В. Горевание и потеря // Школа здоровья. - М., 1999. - Т. 6. - С. 47-54.

. Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ - восточная версия. - М.: Академический Проект, ОППЛ, 2002. - 496 с.

. Макарова Г.А. Консультирование в концепции трансактного анализа при переживании горя // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». - 2002. - Том VIII. - №2. - С. 32-36.

. Материалы семинара «Консультирование и психотерапия горя и утрат» / Преподаватель Г.А. Макарова. - М., 2001.

. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. - ВОЗ, Женева, СПб., 1995. - 208 с.

. Полянина Д.А., Гапеенко Д.В., Епифанова Н.М. Особенности психотерапии пострадавших при террористических актах и чрезвычайных ситуациях // Экстремальная медицина. Проблемы экстремальных состояний: материалы Региональной (Южного федерального округа) с международным участием научной конференции. - Владикавказ, 2006. - С. 90-92.

. Психиатрия / пер. с англ. // под ред. Р. Шейдера - М.: Практика, 1998. - С. 68-72.

. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. - С.-Пб.: Питер, 2006. - 944 с.

. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2001. - С. 82-83.

. Славяно-Арийские Веды. Книга 1. Книга мудрости Перуна. - Омск: изд-во АСГАРДЪ, 2012. - 256 с.

. Смирнов А.В. Последствия перенесенного стресса у лиц, потерявших близких // В сб.: Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина и В.И. Крылова. - СПб., 1999. - С. 161-169.

. Тахка В. Обращение с потерей объекта / Перевод Сурикова О.В. [Электрон. ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. - М., 2000. - № 1. - Режим доступа: http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000103

. Тиунов С.В., Крылов М.Ю. Опыт работы психологов в оказании помощи родственникам погибших и пострадавшим во время пожара в общежитии университета // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология: материалы 4-й Всероссийской общественной медицинской психотерапевтической конференции. - М., 2006. - С. 141-143.

. Торсунов О.Г. Воспитание детей. - М.: Ведабук, 2009. - 128 с.

. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. - М.: Литтерра, 2012. - 184 с.

. Чобану И.К. Психотерапевтическая кинезиология: язык тела как зеркало души // Психотерапия. - 2010. - № 12. - С. 66-72.

. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - 496 с.

. Шевцов А.А. Очищение в 3 томах. Том 3. Русская народная психология. - СПб.: Тропа Троянова, 2006. - 616 с.