

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ФОРМЫ И МЕТОДЫ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Методические рекомендации
(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

Москва—1987 год

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

«СОГЛАСОВАНО»

Зам. начальника Главного
управления научно-исследовательских
институтов и координации
научных исследований

Л. С. Лукьянчикова

9 февраля 1987 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель министра

Г. В. Сергеев

16 февраля 1987 г.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Методические рекомендации

(с правом переиздания местными органами здравоохранения)

Методические рекомендации составлены в Московском научно-исследовательском институте психиатрии МЗ РСФСР (директор — профессор В.В. Ковалев) сотрудником Всесоюзного научно-методического Центра врачом-психотерапевтом Г.В. СТАРШЕНБАУМОМ под научным руководством заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора А. Г. АМБРУМОВОЙ.

В методических рекомендациях обосновывается ведущая роль психотерапии в лечении суицидентов, приводятся показания к ее применению. Специфические методы кризисной психотерапии описываются в сравнении с традиционными приемами ведения пограничных больных без суицидальных тенденций. Методика кризисной психотерапии изложена в виде программы, включающей три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации. В деталях описываются формы кризисной психотерапии: индивидуальная, семейная и групповая, подчеркиваются преимущества группового способа ведения суицидентов.

ВВЕДЕНИЕ

Причиной суицидального поведения в соответствии с концепцией А. Г. Амбрумовой (1974) служат конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере, приводящие к социально-психологической дезадаптации (кризису по терминологии зарубежных авторов).

В структуре суицидоопасных реакций можно выделить два компонента: аффективный и когнитивный.

Содержанием аффективного компонента служат переживания эмоциональной изоляции. Как правило, наблюдаются повышенная аффективная напряженность, высокая активность по разрешению кризисного состояния. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к покою и уединению.

Когнитивный компонент кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени и возможностей.

Суицидальные реакции не всецело обусловлены тяжелой жизненной ситуацией. В значительной части случаев развитие данных ситуаций или реакций на них связано с наличием определенных неадаптивных установок, которые в неблагоприятных условиях могут вновь приводить к возникновению межличностных конфликтов и суицидальному поведению. Существование указанного механизма, на наш взгляд, объясняет тот факт, что по данным ВОЗ (1981) половина суицидальных попыток совершается повторно.

Подобные суцидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и прочих ценностей. Указанные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующей ценности вновь инициируют суицидальное поведение.

В ряде случаев выход из кризиса требует развития новых способов адаптации.

Таким образом, кризисные проблемы затрагивают ряд областей: социологию, психологию, медицину и педагогику. Поэтому

ведущим методом лечения суицидентов должна быть психотерапия как дисциплина, располагающаяся на том же стыке областей. Достижения отечественной психотерапии наиболее полно представлены в коллективном «Руководстве по психотерапии» под ред. В. Е. Рожнова (1985 г.).

Однако традиционные психотерапевтические методы, рассчитанные на лечение больных пограничными состояниями без суицидального риска, оказываются мало пригодными для превенции самоубийства. Весьма актуальной становится необходимость разработки и внедрения в практику новых, специфических методов психотерапии, которые позволили бы эффективно купировать суицидальные тенденции и предотвращать их развитие в будущем.

I. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Наличие службы социально-психологической помощи делает возможным обращение пациентов без выраженной клинической симптоматики, находящихся на ранних, острых этапах суицидального кризиса, не имеющих опыта лечения у психотерапевта. Все это в значительной степени затрудняет установление терапевтического контакта с кризисными пациентами.

Основной контингент обращающихся за помощью представлен практически здоровыми людьми (в том числе с акцентуацией характера) и больными пограничными состояниями. Большинство из них впервые обращается к психиатру, не имеют опыта психотерапевтического лечения и отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожиданиями в отношении лечения.

Большинство пациентов составляют женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супружеским или сексуальным конфликтом; часть пациенток переживают необратимую утрату значимого другого — объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей).

При обследовании пациентов особое внимание обращается на наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами; выявляется сфера актуального конфликта, уточняется позиция в этом конфликте пациента и лиц из его ближайшего окружения, учитываются высокозначимые потребности личности, подавленные в результате конфликта и препятствия на пути удовлетворения данных потребностей; оценивается значимость для личности тех или иных антисуицидальных факторов.

Учитывается уровень терапевтической установки:

- 1) конструктивный — с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации;
- 2) симптоматический — с мотивацией лишь к ликвидации симптомов;

3) манипулятивный — с попыткой использовать влияние психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта;

4) демобилизующий — с отказом от психотерапии.

Эффективное применение кризисной психотерапии оказывается возможным при наличии или мобилизации у пациента:

1) достаточно выраженной потребности к возвращению на докризисный уровень функционирования, а при необходимости — и к расширению своих адаптационных возможностей;

2) достаточно высокого уровня критичности, обеспечивающего пациенту возможность исследовать совместно с психотерапевтом кризисную ситуацию в свете собственного участия в развитии кризиса;

3) внутриличностных ресурсов, нужных для рассмотрения рекомендаций психотерапевта, терапевтической перестройки, принятия и выполнения решений, направленных на разрешение кризиса.

Психотерапевтическое воздействие на кризисного пациента может быть затруднено по ряду причин. Так, нередко на поздних стадиях кризиса формируется фиксация пациента на симптомах: снижении настроения, ухудшении самочувствия, сна и работоспособности. Кроме того, фиксации на состоянии способствуют ипохондрические тенденции, а также традиционная роль больного, которую неосознанно начинает играть кризисный индивид, обращаясь за помощью в медицинское учреждение. Зависимые, инфантильные, истероидные личности могут привлекать внимание врача к указанным симптомам, реализуя свои иждивенческие и манипулятивные тенденции. Наконец, упорное переключение пациентом внимания психотерапевта с кризисной ситуации на симптомы может быть проявлением его сопротивления терапевтическому вмешательству.

II. ПРИНЦИПЫ И ЗАДАЧИ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Кризисная психотерапия (КП) имеет следующие принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний:

1) urgentный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию и, во-вторых — с выраженной потребностью пациента в эмпатийной поддержке и на первых порах — руководством его поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидиву суицидоопасного кризиса;

3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают рост

личности и выносливость индивида к будущим кризисам.

Выделенным отличиям соответствуют три метода КП: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимое для разрешения ситуации.

Программа КП применяется дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; пост-кризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации.

Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые методы кризисной психотерапии осуществляются поэтапно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки ставятся в соответствии с уровнем имеющейся терапевтической установки. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция терапевтической установки с переходом ее на более активный уровень.

Схематично задачи КП могут быть представлены в виде следующей программы.

А. КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация личностной защиты.
4. Заключение терапевтического договора.

Б. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса.
3. Коррекция неадаптивных установок.
4. Активизация терапевтической установки.

В. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ

1. Тренинг неопробованных способов адаптации.
2. Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок.
3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи в про-

должении тренинга навыков адаптации после окончания лечения.

КП осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах.

III. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

А. КРИЗИСНАЯ ПОДДЕРЖКА включает ряд приемов, которые в клинической практике могут частично перекрываться.

1. Установление терапевтического контакта требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у пациента уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи. В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

2. Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самоприятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации терапии. Наличие и выраженность суицидальных тенденций определяется с помощью прямых вопросов, что облегчается готовностью кризисных пациентов обсуждать подобные вопросы в качестве своей основной проблемы.

3. Мобилизация личностной защиты производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для пациента областях, повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса. Проявления личностной несостоятельности пациента в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать самооценку пациента и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания. Во избежание нарушения терапевтического контакта игнорируется психологическое сопротивление пациента лечению.

4. Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за пациентом способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение; оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами. Планирование последующей работы осуществляется в соответствии с уровнем терапевтической установки, без опережения готов-

ности пациента к внутренним изменениям.

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суцидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе КП — этапе кризисного вмешательства.

Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суцидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока и кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

Б. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента, при этом решаются следующие задачи.

1. Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию. Попытки пациента вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. При выраженном сопротивлении пациента вмешательству может быть использована конфронтация позиций психотерапевта и пациента. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для кризисного пациента важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

2. Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса имеет важное значение, поскольку данные установки являются одной из основных причин суцидоопасных реакций на кризисную ситуацию. Как правило, подобные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для пациента осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

3. Коррекция неадаптивных установок осуществляется, прежде всего, в отношении суцидогенной установки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удается путем актуализации антисуцидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей с ценностью жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У пациентов с акцентуацией характера, приводящей в условиях межличностного конфликта к развитию суцидоопасных реакций, необ-

ходимой оказывается выработка мотивации к перестройке коммуникативной сферы.

4. Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременно с поощрением успехов пациента в выполнении терапевтического плана и других проявлениях зрелости его внимание обращается на его недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии — этапу повышения докризисного уровня адаптации.

Как показывает суицидологическая практика, в качестве неадаптивных установок чаще всего выступает неприятие даже на непродолжительное время одиночества, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для создания и сохранения пары.

Кризисное вмешательство в этой ситуации направлено на анализ практических проблем, возникающих в результате утраты высокозначимых взаимоотношений и поиск способов решения проблем. Повышается значимость взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидировать страх расставания, связанный в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявляется роль неуверенности в своей привлекательности и формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

В. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида. Указанная задача решается с помощью групповой кризисной психотерапии (см. стр. 16—17).

Окончание КП является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долговременной терапии и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной психотерапии посвящаются одна–две беседы, т. к. преждевременное начало этой работы может усилить тревогу пациента по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тревога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обсудить их обоснованность.

IV. СЕМЕЙНАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Наиболее распространенной причиной психологического кризиса являются семейно-личные конфликты. Особое значение подобных конфликтов, повидимому, состоит в том, что кризисный индивид лишается

поддержки своего ближайшего окружения, в результате чего у него развивается чувство эмоциональной изоляции.

Можно выделить два варианта указанной ситуации: супружеский конфликт (или шире — конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе — детско-родительский). Особенно суицидоопасной является ситуация развода: разведенные прибегают к самоубийству в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от клиентов семейных консультаций кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидоопасные тенденции и, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного конфликта. Соответственно семейная кризисная психотерапия (СКП) отличается от традиционной семейной терапии тем, что направлена не на сохранение семьи, а на купирование суицидоопасных тенденций путем быстрее разрешения семейного конфликта: задача обязательного сохранения семьи при этом не ставится.

СКП показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи.

СКП предполагает три установки партнеров:

- А) продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне;
- Б) сохранение неустойчивого равновесия;
- В) четкое и окончательное разделение.

А. УЛУЧШЕНИЕ ДОКРИЗИСНЫХ ОТНОШЕНИЙ. В этом случае оценивается, какие способы адаптации применялись до кризиса, почему они отсутствуют теперь, что мешает реализовать потребность в примирении. Если выявленная угроза отношениям носит внешний характер (вмешательство или недостаточная помощь родителей, нарушение баланса в результате изменения состава семьи и т. д.), помощь должна быть нацелена на формирование более эмпатийного отношения близких к пациенту и его партнеру. В случае внутренней угрозы отношениям (непосредственное ухудшение взаимоотношений партнеров) применяется тактика, направленная не только на разрешение текущих проблем, но и на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров по отношению друг к другу.

В части случаев у пациенток можно выявить симбиотические отношения с воспитателем мужского пола в детстве, глубокую привязанность к нему. Пациентки этой группы отличаются завышенным уровнем притязаний по отношению к объекту привязанности, прежде всего ожиданием от него максимального внимания. Эти пациентки видят причину своего кризисного состояния в недостаточном внимании к ним со стороны партнера, пытаются использовать авторитет психотерапевта для того, чтобы улучшить отношение партнера к себе. Их конфликт с партнером нередко развивается из-за того, что они пытаются играть лидерскую роль вопреки нарастающему сопротивле-

нию партнера или осуществлять две противоположные тенденции одновременно — например, директивную в семейно-бытовой сфере и иждивенческую в материальной или психологической.

В другой части случаев, напротив, пациентки с детства страдают из-за отсутствия теплых отношений и испытывают повышенную необходимость в них (по механизму сверхценной значимости фрустрированной потребности). Пациентки данной группы характеризуются чрезмерной чувствительностью, завышенными требованиями к себе, склонны винить себя в разрыве отношений, переживая при этом чувство унижения и собственной несостоятельности. Им нередко свойственны альтруистические и пуританские установки, в результате которых они склонны к замене значимого для партнера сексуального компонента отношений гиперопекой, приближающейся к материнской. Конфликт возникает из-за неспособности пациенток этой группы строить равноправные отношения с партнером, которого они лишают возможности проявлять доброту, заботу, а также из-за недостаточных навыков полоролового поведения.

Б. СОХРАНЕНИЕ НЕУСТОЙЧИВОГО РАВНОВЕСИЯ. В ситуации неустойчивого равновесия обращение за помощью происходит обычно в период временного разделения. Партнеры в ходе терапии вовлекаются во взаимные контакты — очные или заочные, используя телефон, переписку, родственников и друзей в качестве посредников. Содержанием контактов является выяснение нерешенных проблем во взаимоотношениях, при этом не обсуждается, какой ущерб партнеры нанесли друг другу, т. к. это может привести к повышению эмоциональной напряженности кризисного пациента.

Не дается рекомендации относительно сохранения или прекращения отношений, напротив, подчеркивается, что ответственность за решение этого вопроса лежит на пациенте и его партнере. Нередко разделение супругов в определенной степени провоцируется их родственниками. В этих случаях у супругов достигается осознание роли указанного фактора и предлагается перестроить отношения с родственниками с учетом собственных интересов.

В. ЧЕТКОЕ И ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РАЗДЕЛЕНИЕ. Данный вариант встречается у кризисных пациентов, а особенно пациенток чаще всего. Данная группа пациенток испытывает, во-первых, неудовлетворенность имеющимися интимно-личными отношениями, во-вторых — страх расставания с объектом эмоциональной привязанности, отвержения и одиночества, утраты матримониального статуса, а также опасения по поводу возможности воспитать детей без отца; наконец, в-третьих — неверие в свою способность вновь сформировать взаимозависимые отношения с другим партнером.

В подобных случаях в качестве неадаптивных установок выступает неприятие — даже на непродолжительное время — статуса одинокой женщины, а также представление об отсутствии у себя возможностей,

необходимых для того, чтобы с помощью создания и сохранения пары избежать неприемлемых для себя и непереносимых переживаний отвержения и одиночества. Ригидность данных установок, сверхценное эмоциональное отношение к сохранению пары у большинства пациенток обусловлено их конформностью. При этом партнер нереалистически, без достаточных оснований воспринимается как «родной».

В случае принятия окончательного решения о разрыве отношений при сохранении эмоционально-сексуальной привязанности к партнеру СКП заключается в следующем. Аналогично приемам кризисной психотерапии в ситуации смерти любимого человека психотерапевт с помощью членов семьи и друзей обеспечивает пациенту сочувственное разделение эмоций горя и тревоги, а при отвержении пациента партнером — и чувств обиды и унижения. Содержанием тревоги в ряде случаев являются опасения по поводу возможности устроить свою будущую личную жизнь, связанные со страхом одиночества и сомнениями в своей сексуальной привлекательности. В этих случаях на этапе кризисной поддержки особое внимание обращается на восстановление пониженной самооценки, а на этапе кризисного вмешательства — на создание мотивации к выработке эффективных форм полоролевого поведения, которые помогут в будущем установить новые высокозначимые отношения. Вмешательство психотерапевта в данном случае заключается в перестройке сознания кризисного индивида, а именно, представления о себе как о существе, немыслимом вне пары.

При наличии конфликта с родственниками программа СКП проводится следующим образом. В фазе установления терапевтического контакта психотерапевт выполняет функции посредника, избегая роли третьей стороны и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте, а также обсуждения хронических проблем семьи. Активность психотерапевта должна быть направлена на улучшение семейной атмосферы, как в интересах кризисного индивида, так и остальных членов семьи.

В процессе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на суть и причины конфликта, отреагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся семейные диспуты с целью формирования общей позиции семьи в подходе к актуальным проблемам. В случае взаимного недоверия членов семьи для осуществления немедленных совместных позитивных действий по разрешению проблемы заключается семейный договор. При необходимости проводится психологическая коррекция симптомов тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатийных отношений. Следует указать на особую трудность коррекции директивной позиции родителей молодых пациентов, в основе кризисного состояния которых лежит невозможность самостоятельно освободиться от строгого гиперконтроля родителей.

V. ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Групповая кризисная психотерапия (ГКП) является высокоспецифической формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного индивида в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний ГКП направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненной значимостью. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность ГКП и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас».

В качестве **показаний** для ГКП выделяются следующие:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;

3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания для ГКП устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных переживаний. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

После окончательного установления показаний к проведению ГКП с пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования им помощи кризисной группы. С целью выработать оптимистическую терапевтическую перспективу пациента знакомят с журналом бывших участников группы, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

Состав группы. Размеры кризисной группы ограничиваются 10-ю участниками. В группу обычно включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Однако более двух таких пациентов создают трудно разрешимую проблему для группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов.

Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психотерапевта включается больной психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпесацией. Учитывается, что двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки.

Неотложность кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5-ти раз в неделю и длятся 1,5—2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4—6 недель, курс ГКП равен, в среднем, одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль **групповой сплоченности** в кризисной группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе больных пограничными состояниями, где она используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение ее участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисной ситуации. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно запрещается.

Группа является открыто-конечной, т. е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один—два пациента («конечность») и соответственно она пополняется новыми участниками («открытость»).

Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения группы, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах

выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открыто-конечной группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участникам приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация ГКП требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от традиционной групповой психотерапии, в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссии и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением.

Описанные методы кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия обычно используются различные методы (этапы) ГКП в зависимости от состояния пациентов.

На этапе **кризисной поддержки** важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

На первых занятиях осуществляется раскрытие и сочувственное разделение суицидальных переживаний пациента членами группы, имеющих или недавно имевших подобные переживания. В результате существенно облегчается отреагирование указанных переживаний, что приводит к снижению аффективной напряженности. Актуализируются антисуицидальные факторы, это способствует мобилизации личностной защиты.

Некоторые пациенты смотрят на свое участие в группе как на возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки разрешить кризис прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Подобные нереалистические лечебные установки часто становятся темой группового обсуждения при включении в группу новых участников.

В процессе 1-го этапа ГКП пациент получает столь необходимую ему психологическую поддержку и практическую помощь со стороны других участников группы, которые заполняют опустевший мир кризисного индивида; своими достижениями в терапии они наглядно показывают ему возможность преодоления кризиса. В результате облегчается локализация и формулирование кризисной проблемы, после чего начинается переход ко второму этапу ГКП.

Этап **кризисного вмешательства** посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в группе, является установка на сохранение «во что бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными. Достижению пациентами этой жизненной цели препятствуют сформировавшиеся у них в детстве нереалистические идеалы спутника жизни — например, как опекающего и одновременно послушного.

Среди участников группы часто встречаются пациенты, у которых возникновение кризиса в значительной степени обусловлено чрезмерной чувствительностью и ранимостью в сочетании с завышенными требованиями к себе. В таких случаях темой обсуждения становится суицидогенная установка на обвинение себя во всех неприятностях, а также переживания собственной вины и несостоятельности. У данных пациентов ключевым для преодоления кризиса является достижение «принятия себя», что облегчается при использовании взаимной поддержки членов группы.

Следует отметить, что попытки повысить самопрятие и самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются менее эффективными. Причина этого заключается прежде всего в том, что доводы психотерапевта могут восприниматься как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же членов группы, эмоционально окрашенные и подкрепленные их отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными.

ГКП имеет и другие преимущества по сравнению с индивидуальным кризисным вмешательством. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации пациентов при ГКП обогащается более существенно, чем при индивидуальном взаимодействии. В группе «товарищей по несчастью» пациент лучше принимает советы партнеров по лечению и, поддержанный ими, смелее опробует новые способы адаптации. Группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим ее участникам, переживая при этом чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса.

Этап **тренинга навыков** адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществляется образование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной

сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить отношения с ним; тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной половой привлекательности.

Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе ГKP, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

В **фазе окончания** ГKP, на последнем занятии суммируются терапевтические достижения пациента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы. Поощряется сохранение связи выписанных пациентов друг с другом и членами терапевтической группы, продолжающими лечение, оказание необходимой взаимной помощи. Для лиц с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть пациентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в своих возможностях и помогает в будущем избегать занятия излишне зависимой позиции в межличностных отношениях. Следует отметить, что, создавая ряд ценных возможностей для купирования кризиса и профилактики суицидоопасных тенденций у пациентов в будущем, ГKP одновременно значительно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта, которому, к тому же, необходимо одновременно фокусировать индивидуальные кризисные ситуации членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного добавления к собственным проблемам пациента кризисных проблем других членов группы, предупреждать распространение в группе агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

С целью уменьшения перечисленных трудностей практикуется совместное ведение кризисной группы с **ко-терапевтом**, функции которого заключаются в следующем. На 1-м этапе ГKP ко-терапевт совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов. На 2-м этапе ГKP ко-терапевт обеспечивает включение участников группы в дискуссию, контроль за их состоянием и оказание необходимой психологической помощи при ухудшении состояния. На 3-м этапе ГKP ко-терапевт в процессе ролевых игр выполняет функции ассис-

тента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировкой, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.

Наблюдается расширение докризисных адаптационных возможностей у тех пациентов, которые отличаются сравнительно высокой готовностью к внутренней перестройке. Указанные положительные изменения пациенты, как правило, связывают с опытом преодоления кризиса, а также взаимной поддержкой членов терапевтической группы, зачастую продолжающей самостоятельно функционировать после окончания курса лечения.

В течение 3—6 месяцев функционирования посткризисной группы у ее участников «дозревают» навыки адаптивного общения; с помощью приемов взаимной коррекции и самокоррекции, усвоенных в процессе лечения, бывшие пациенты окончательно освобождаются от неадаптивных установок. Указанные позитивные изменения облегчают пациентам разрешение их проблем социально-психологической адаптации в их естественных микрогруппах в интимно-личной, семейной и учебно-профессиональной сферах.

У участников кризисных групп наблюдается значительное снижение числа повторных суицидальных попыток и количества повторных госпитализаций по сравнению с лицами, получавшими другие формы кризисной психотерапии.

В заключение следует указать на специфичность и высокую эффективность описанных методов кризисной психотерапии для купирования кризисных состояний и реадaptации лиц с суицидоопасными реакциями. Своевременное и дифференцированное поэтапное применение данных методов препятствует как нарастанию суицидальных тенденций, так и патологической дезадаптации в виде затяжных невротических и психопатических состояний, способствует повышению уровня социально-психологической адаптации и зрелости личности, занятию ею активной, оптимистической жизненной позиции.

СРАВНЕНИЕ КРИЗИСНОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Терапевтические факторы	Традиционная психотерапия	Кризисная психотерапия
1. Ориентация	Патогенетическая	Проблемная (кризисная)
2. Цель терапии	Осознание и коррекция неадаптивных внутри- и межличностных установок.	Купирование суицидальных тенденций и профилактика их рецидивов.
3. Задачи терапии	Повышение возможностей самовыражения, аутентичности и эмпатии.	Дезактуализация суицидальных переживаний, повышение возможностей адаптации.
4. Основные методы	Спонтанное взаимодействие, инсайт, коммуникативный тренинг, групповое сплочение.	Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков адаптации.
5. Фокус занятия	Внутригрупповой процесс «здесь и сейчас».	Высокосignимые взаимоотношения в микросоциальном окружении пациента.
6. Взаимоотношения членов группы	Спонтанное распределение ролей, открытое выражение чувств; запрещаются встречи участников вне занятий.	Подкрепляется психологическая и практическая взаимопомощь, в том числе вне занятий группы, смягчаются проявления взаимного недовольства.
7. Позиция психотерапевта	Недирективная, с паритетным разделением ответственности за результат лечения и полной ответственностью пациента за его поведение.	Активная, а при усилении суицидального риска — директивная, обеспечивающая поддержку и руководство поведением пациента.
8. Характеристика групп	Закрытая, гомогенная по возрасту и наличию пограничных нервно-психических расстройств.	Открыто-конечная, гомогенная по наличию кризисных проблем и суицидоопасных переживаний, гетерогенная по возрасту и нозологическому составу.
9. Срок лечения	3—6 месяцев.	1 месяц.

ОСОБЕННОСТИ ЭТАПОВ ГРУППОВОЙ КРИЗИСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Терапевтические факторы	1-й этап ГКП: кризисная поддержка	2-й этап ГКП: кризисное вмешательство	3-й этап ГКП: тренинг навыков адаптации
Цель	Купирование суицидоопасных аффективных нарушений.	Поиск оптимального способа разрешения конфликта.	Окончательное разрешение кризиса, профилактика суицидоопасных переживаний в будущем.
Задачи	Эмоциональное включение в группу, ликвидация чувства безнадёжности, представления об уникальности собственных переживаний, повышение самопрятия, мобилизация личностной защиты.	Выявление неадаптивных установок, когнитивная перестройка в сфере актуального конфликта.	Опробование и закрепление адаптивных способов решения проблемы; сплочение группы.
Методы	Раскрытие, отреагирование, разделение эмоций, сочувствие, ободрение, актуализация антисуицидальных факторов, выработка мотивации к кризисному вмешательству.	Проблемная дискуссия, направленная на анализ неадаптивной позиции, интерпретация форм психологической защиты, затрудняющей разрешение кризиса.	Ролевой тренинг, психодрама; поддержка пациентов, находящихся на ранних этапах ГКП.
Функции ведущего психотерапевта	Создание атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациента.	Фокусирование занятия на проблеме пациента, в отношении которого осуществляется вмешательство.	Моделирование актуальной ситуации пациента, функции сценариста и режиссера ситуационных и ролевых игр.
Функции ведущего терапевта	«	Включение участников группы в дискуссию, контроль за их участием и оказание необходимой психологической помощи.	Функция ассистента режиссера, комментатора, проигрывание ролей пациента или лиц из его ближайшего окружения.