

**Р.В. Кадыров
М.В. Маслова**

**ПРОГРАММА КРАТКОСРОЧНОЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В ПЕРЕЖИВАНИИ УТРАТЫ
БЛИЗКОГО, БОЛЬНЫМ
ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

ISBN 978-5-9907771-5-6



9 785990 777156

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Тихоокеанский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России)

Р.В. Кадыров, М.В. Маслова

**ПРОГРАММА КРАТКОСРОЧНОЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В ПЕРЕЖИВАНИИ УТРАТЫ БЛИЗКОГО,
БОЛЬНЫМ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Ульяновск
Зебра
2016

УДК 159.98+616-001.36+615.851
ББК 88.6
К 138

Рецензенты:

Копытин А.И., доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии СПбАПО, г. Санкт-Петербург.

Степанов А.Л., кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт ФГБУ ЦМСЧ № 119 ФМБА России, г. Москва.

Хачатурян С.Д., кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры пенитенциарной педагогики, психологии и социальной работы, ФКОУ ВПО «Владимирский юридический институт ФСИН», г. Владимир.

К 138 Кадыров Р.В., Маслова М.В. Программа краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого, больным психическими расстройствами. – Ульяновск: Зебра, 2016. – 48 с.

В издании представлена обоснованная и практически апробированная программа краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого. Особое значение имеет представленный опыт работы с переживанием утраты близкого, у больных шизофренией. Освещены современные техники в психологической работе по преодолению травматического горя. Содержание программы будет полезно для преподавателей, практикующих психологов и студентов обучающихся психологии.

УДК 159.98+616-001.36+615.851
ББК 88.6

ISBN 978-5-9907771-5-6

© Кадыров Р.В., Маслова М.В., 2016.

© Оформление.

Издательство «Зебра», 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Использование творческих техник с метафорическими ассоциативными картами (МАК), в психологической работе по преодолению травматического горя	9
Психологические характеристики и особенности психологической помощи больным шизофренией	14
Содержание программы	18
Список использованной литературы	33
Приложение 1	37
Приложение 2	38
Приложение 3	45
Приложение 4	47

ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения травматического горя, определяемой как «экстраординарное событие» для конкретной личности, способной вызвать тяжелый психический стресс, срыв адаптации и, как правило, сопровождающейся негативными эмоциями (интенсивными злостью, страхом, ужасом либо чувством беспомощности и др.) является одной из важнейших в современной психологии. Переживание утраты близкого человека – это весьма тяжелое испытание, которое практически каждому человеку приходилось переживать. Так, согласно З. Фрейду, события утраты близкого обладают для личности травматическим действием и при определенных обстоятельствах могут предрасполагать к развитию болезненных состояний [38]. Данное состояние является проявлением фиксации на потере. В связи с этим, недооценивать глубину и значимость этого психотравмирующего события, кардинально изменившего привычную жизнь человека, невозможно. Утрата близкого, это не просто констатация определенного факта, это видение данного события самим человеком, испытывающим сильные негативные эмоции.

Неожиданный и травматический характер большинства смертей близких (значимых людей) делает актуальным вопрос о том, как люди переживают их смерть и как у них протекает процесс горевания.

Следует отметить и тот факт, что по времени этот процесс переживания горевания, как психотравмирующей ситуации, может быть отсроченным. Так, в течение определенного промежутка времени у человека хватает сил и возможностей справляться с непроработанной травматической ситуацией горя, но далее в зависимости от многих личностных характеристик, может произойти *истощение ресурсов*, помогающих справляться с жизненными трудностями, и даже незначительная *ситуация может спровоцировать полный срыв адаптивных возможностей человека и возникновения психического заболевания*, как компенсаторного механизма личности.

В России психические заболевания являются социально значимыми, как рак, туберкулез, и приводят к ухудшению общего уровня психического здоровья населения [35].

По данным ВОЗ по частоте инвалидизации психическая патология населения вышла на третье место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 29,5% от общего числа инвалидов.

В зарубежных и в отечественных исследованиях (Калшед Д., 2001; Решетников М.М., 2006; Тарабрина Н.В., 2009; Ясперс К., 1997 и др.) уделяется немалое внимание изучению роли психотравмы (травматического горя) в развитии психической патологии. Но одновременно с изучением влияния психотравмирующих событий, происшедших в жизни пациента, исследуются защитные механизмы психики и способы адаптации пациента к психической травме, которые, в свою очередь могут перетекать в картину различных нарушений личности.

В проведенном нами исследовании взаимосвязи психической травмы с психологическими характеристиками у женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом было выявлено, что наиболее значимыми травматическими событиями является потеря значимого человека. Независимо от того, когда давно произошло данное травматическое событие, оно до сих пор является актуальным для подавляющего большинства больных женщин, принявших участие в исследовании, и вызывает у них такие негативные чувства как тоска, печаль, грусть. Переживание утраты близкого человека оказывает влияние на обострение, протекание психического расстройства и предшествовали первому эпизоду заболевания [16].

Осложненные варианты горевания нередко являются следствием потери человека, от которого горюющий находился в повышенной зависимости и который является источником переживания психологической безопасности. При нарушении данных отношений, вызванных смертью такого человека, возникают симптомы травматического стресса и проявления этого стресса как говорилось ранее, выходят за рамки нормального горевания.

Следует отметить, что люди с психическими расстройствами очень привязаны к близким и нуждаются в их заботе и поддержке в повседневной жизни, поэтому, рассматривать ситуацию утраты близкого человека необходимо как особое психотравмирующее событие, которое, несомненно изменяет систему отношений и приводит к дезадаптации в сферах общения и поведения человека. Очень часто сталкиваясь с ситуацией утраты, человек с психическим расстройством не в состоянии справиться с ней самостоятельно, ему необходима в первую очередь поддержка близких людей и психологическое сопровождение. Иначе, данное психотравмирующее событие может привести как к возникновению психического расстройства, так и к рецидиву заболевания.

Таким образом, проведение психологической работы по переживанию утраты близкого поможет нам более глубоко изучить личность пациента, особенности протекания его заболевания и предотвратить возможные рецидивы заболевания, связанного с негативными воспоминаниями об утраченном близком человеке, что актуализирует разработку, а затем и применение программы краткосрочной психологической помощи в переживании утраты близкого, как здоровым, так и больным с психическими расстройствами.

Цель программы: стабилизация психоэмоционального состояния при травматическом переживании утраты близкого.

Задачи программы:

- помочь осознать пациенту, что смерть близкого человека, это реальность;
- научить пациента безопасно выражать подавленные эмоции,

связанные с ситуацией утраты и утраченным, проработать чувство вины перед близким человеком;

- изменить отношение пациента к смерти близкого человека;
- создать на внутри психическом плане пациента новые отношения с утраченным близким, с отведением ему символической роли в настоящей жизни пациента;
- помочь осознать пациенту возможность позитивных изменений в его настоящей жизни, создание положительных представлений у него о своем будущем.

Организационные принципы и условия проведения сессий:

Организация деятельности психолога в рамках программы строится с учетом следующих принципов:

- *гуманизма* - утверждение норм уважения и доброжелательного отношения к каждому клиенту, исключение принуждения и насилия над личностью;

- *конфиденциальности* - информация, полученная психологом в процессе проведения работы, не подлежит сознательному или случайному разглашению. Участие пациентов, должно быть сознательным и добровольным;

- *компетентности* - психолог четко определяет и учитывает границы собственной компетентности;

- *ответственности* - психолог заботится, прежде всего, о благополучии клиентов и не использует результаты работы им во вред.

Программа реализуется в форме индивидуальной работы (сессии) с пациентом, как в стационарном лечебном учреждении, так и амбулаторно во взаимодействии с лечащим врачом.

Режим работы: общее время необходимо для реализации всей программы – 5 дней по 60-90 минут в течение 2-3 недель, с периодичностью встреч 2 раза в неделю.

Предлагаемая краткосрочная программа показана к применению у психически здоровых людей и пациентов, находящихся в относительной или полной ремиссии на фоне проводимой фармакотерапии, и *не должна применяться в случае манифестации галлюцинаторно-параноидной симптоматики и выраженном эмоционально-волевом дефекте у больных.*

Основные методы психологической работы:

- опросники для психологической диагностики эмоционального состояния;
- анкетирование и изучение истории болезни;
- клиническое интервьюирование;
- техники и упражнения когнитивно-бихевиоральные терапии, гештальт-терапии и гуманистической терапии такие как: написание писем, пустой стул, описание и рисование психотравмирующего события и др..

Структура сессии:

Подготовительная часть:

Цель: исследование актуального состояния пациента с помощью основных методик, индивидуальная беседа, обсуждение домашних заданий, формирование атмосферы безопасности и доверия, необходимой для последующей работы.

Основная часть:

Цель: достижение целей сессии и решение задач, заявленных в психологической программе. В данной части предполагается выполнение всех приемов и упражнений, обсуждение с пациентом отдельных упражнений и сессии в целом.

Заключительная часть:

Цель: подведение итогов проведенной сессии.

В данной части пациенты делятся чувствами, эмоциями и мыслями, возникающими в ходе упражнений, оценивают свое состояние.

Техническое оснащение программы: проведение индивидуальных занятий предполагает использование специального помещения (учебная комната), где пациент чувствовал бы себя в комфорте и безопасности. В процессе работы нами были использованы наборы метафорических ассоциативных карт «COPE», «Saga», «ОН», «Persona», «Фейсбук» [18, 25], дополнительные средства – ручки, карандаши, цветная пастель, листы бумаги А4.

Результаты реализации программы:

- приобретение навыков самостоятельной регуляции собственного эмоционального состояния;
- умение пациентов открыто выражать свои подавленные и вытесненные эмоции;
- переосмысление всей ситуации утраты и отведение утраченному человеку символической роли в настоящей жизни пациента;
- осознание пациентами собственных ресурсных факторов и своих положительных качеств;
- осознание пациентами тех негативных качеств, которые мешают им в трудных жизненных ситуациях;
- нормализация эмоционального состояния клиентов выражающееся, в снижении тревожной и депрессивной симптоматики;
- улучшение самочувствия пациентов, их настроения, жизненной активности;
- снижения уровня агрессивности пациентов;
- позитивное отношение пациентов к настоящей жизни и положительное представление у них о своем будущем.

Этапы реализации программы:

Программа психологической помощи больным с психическими расстройствами (для людей без психических расстройств ее так же возможно применять) состоит из 3 основных этапов:

1 этап. Диагностическо-информационный этап работы (1 сессия).

Цель этапа: установление доверительных отношений с пациентом, выявление важности ситуации утраты близкого человека для пациента, информирование его о предстоящей работе, обучение основным приемам снижения эмоционального стресса.

2 этап. Этап психологической работы с переживанием утраты близкого человека (4 сессии).

Цель этапа: принятие смерти близкого человека, как реальности, выражение и проработка всех подавленных эмоций, связанных с утраченным человеком, создание новых отношений с утраченным человеком и создание положительных представлений пациента о своем будущем.

3 этап. Обобщающе-закрепляющий этап (1 сессия).

Цель этапа: подведение основных итогов психологической работы.

Методы отслеживания эффективности программы:

Структура диагностического исследования, которое позволяет отследить динамику изменений, состоит из трех основных срезов, которые проводятся на первой, третьей и пятой заключительной сессии работы с пациентами. Помимо этого, на каждой сессии мы проводим беседу и тестирование, необходимое нам для определения актуального эмоционального состояния пациента. Результаты тестирования заносятся в индивидуальную карту клиента (Приложение 1).

Общей целью применяемых методов диагностики является определение актуального эмоционального состояния клиента. Для получения данных сведений используются следующие методики: Самооценка психических состояний Г. Айзенка; Методика измерения личностной и ситуативной тревожности по тесту Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина; Шкала самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников, 1973); Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI, в адаптации Н.В. Тарабриной); Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, в адаптации Т.И. Балашовой, 1965; (Приложение 2) (возможно использование других методик, с которыми работает психолог).

Для оценки эффективности программы может быть также использована анкета для врача «Критерии оценки состояния пациента» (Приложение 3).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВОРЧЕСКИХ ТЕХНИК С МЕТАФОРИЧЕСКИМИ АССОЦИАТИВНЫМИ КАРТАМИ (МАК), В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГОРЯ

Психологическая помощь при травматическом горе

Разработкой проблемы психологической поддержки и сопровождения людей, переживших ситуацию утраты близкого человека, занимались как представители зарубежной (Э. Кюблер-Росс, 1969; Э. Лидерманн, 1984; Д. Боулби, 2004; В. Волкан, 2003; J. Worder, 1992, 2000 и др.), так и отечественной науки, рассматривая горе в контексте психической травмы, как процесса переживания события (Ф.Е. Василюк 1991, 2001; Ю.В. Заманаева, 2004; А.В. Гнездилов, 2001 и др.). Но, важно отметить, что, несмотря на большое количество исследований, проведенных в этой области, все накопленные знания не систематизированы и есть только определенные концепции и периодизации, описывающие стадии горевания человека, которые, в свою очередь, имеют существенные различия. Большинство авторов рассматривают проблему переживания утраты близкого человека как системное многоуровневое переживание, затрагивающие все аспекты жизнедеятельности человека и имеющие свои общепсихологические закономерности.

Важно отметить, что в подавляющем большинстве все исследования, связанные с переживанием утраты близкого человека, были проведены на психически здоровых людях. Это указывает на то, что должного внимания разработке проблемы переживания утраты близкого человека у людей с психическими расстройствами не было уделено.

Проходя поэтапно все стадии горевания, утративший человек часто застревает на определенных этапах, что не позволяет процессу горевания завершиться. Патологическое горе может негативно сказаться на соматическом и психическом здоровье человека. В связи с этим были разработаны программы психологической помощи переживания ситуации утраты близкого человека.

Анализ программ психологической помощи в переживании утраты близкого показал, что все программы, прежде всего, направлены на более продуктивное завершение «работы горя». Они включают в себя техники и упражнения, направленные на расширение представления о роли социального окружения в ситуации утраты, поиск нового смысла жизни, повышение адаптивных стратегий преодоления; выявление и коррекцию иррациональных убеждений. Также проводится работа с неотреагированными и вытесненными эмоциями, способствующая их выплеску и проработки. Это, в свою очередь, способствует снижению депрессивного фона настроения утративших.

Психологическая работа направлена и на такие аспекты незавершенного горевания, как чувство вины, патологическая связь с

ушедшим, нарушение привычных моделей поведения в повседневной жизни, невозможность выстраивания новых взаимоотношений, искажения в системе ценностей утративших [41].

Психологическая помощь может быть оказана как в рамках проведения групп психологической поддержки, так и в ходе индивидуальной работы.

Концепция переживания утраты как процесса изменений во внутреннем мире личности, разработанная Ю.В. Заманаева (2004), рассматривает утрату близкого человека на двух уровнях переживания: событийно-рефлексивный и духовно-рефлексивный и включает в себя 8 основных стадий, на каждой из которой, должен быть найден ответ на основной вопрос, заявленный в названии каждого этапа. В процессе горевания утратившим человеком должны быть сформированы три основных психологических новообразования: «психологический образ утраты», «психологическая связь с ушедшим человеком», «утрата как испытание» [13].

Таким образом, анализ концепций психологической помощи горюющему показал, что процесс горевания - это стадийный процесс. Длительность прохождения стадий горевания для каждого человека своя личная, индивидуальная, зависящая как от внутренних факторов, так и от внешних. В связи с этим, разрабатывая программу психологической помощи в переживании утраты близкого больным с психическими расстройствами, нами были включены техники и упражнения, направленные на постепенное прохождение каждого этапа горевания. Программа психологической помощи состоит из пяти основных сессий, каждая из которых направлена на достижение определенной цели. Так, целью первой сессии является: принятие реальности утраты, далее, на последующих сессиях решаются следующие задачи: прощание с умершим; новое понимание; действия и на последней сессии подводятся основные итоги психологической работы.

Использование творческих техник с метафорическими ассоциативными картами в психологической работе по преодолению травматического горя

Метафорические ассоциативные карты (МАК) - это картинки, на которых изображены лица, предметы, сюжеты, символические формы и абстрактные цветовые композиции, стимулирующие воображение.

Метафорические ассоциативные карты являются стремительно распространяющимся среди практических психологов творческим инструментом психологической помощи (Р.В. Кадыров, Т.В. Скорач, 2014; Г. Кац, Е. Мухаматулина, 2014; В. Киршке, 2010; Е.В. Морозовская, 2012; Г.В. Попова, Н.Е. Милорадова, 2014). Использование МАК является экономичным (с точки зрения затрат времени и сил) и экологичным (с точки зрения безопасности для пациента) способом работы с пациентом

(клиентом), добавляющим творческое разнообразие в инструменты психологической помощи и психотерапии.

В процессе психологической помощи с помощью творческих техник МАК достигаются определенные эффекты: установление доверия; безопасная для пациента (клиента) актуализация его переживаний; установление контакта с внутренними частями личности; обнаружение вытесненного материала; структурирование проблемы; расширение картины мира; получение метафорически обратной связи.

Неотъемлемыми качествами МАК является то, что их можно использовать как в индивидуальной, так и в групповой формах работы и подходят для работы с людьми разного возраста, пола и социального положения. Использование МАК позволяет сразу работать с несколькими сферами человека: эмоциональная, телесная и ментальная, а также способствуют созданию безопасной атмосферы психолога и клиентов. Это дает нам возможность работать с бессознательным клиента, включающее все его переживания, вытесненные эмоции и воспоминания, которые могут негативно влиять на настоящую жизнь испытуемого.

В ходе работы с МАК испытуемый распознает образы, изображенные на карте, в соответствии со своей внутренней картиной мира и отождествляет себя или своего близкого человека с образом или предметом на карте. Использование МАК позволяет нам совмещать разные виды психотерапий [28].

Выбор именно данного инструмента в работе с переживанием утраты близкого именно с данной категорией людей объясняется и тем, что каждая выбранная испытуемым карта отражает его внутренние переживания, связанные с психотравматической ситуацией, которой и является ситуация утраты близкого человека.

У многих клиентов, переживающих травматическое горе, возникает ощущение и страх, что они не могут управлять своим эмоциональными реакциями. Используя творческие техники с применением МАК, клиент обретает контроль над переживаниями, обучаясь регулировать степень психологической нагрузки.

Используя МАК в работе с пациентами, имеющими травматический опыт переживания утраты близкого, психолог предоставляет клиенту обрести контроль над переживаниями горя, возможность отреагировать и когнитивно переработать его.

Важным условием успешного преодоления травматического горя является процесс воспоминаний, которые вызывают у клиента сильные, пугающие его эмоционально заряженные образы. Использование МАК представляет им иной способ передачи воспоминаний и позволяет психологу лучше видеть когнитивные искажения, такие как проживание собственной вины и ответственности за смерть близкого.

Важно отметить, что многие испытуемые неохотно рассказывали о ситуации утраты близкого человека, так как данное событие для них является психотравмирующим. Использование же МАК позволяет

испытуемым дистанцироваться от собственного травматического опыта, и рассказывать о том, что изображено на карте. Это способствует снижению сопротивления испытуемых и их психологических защит. Также использование МАК позволяет взглянуть на психотравмирующее событие с другой, более ресурсной позиции и, совершая осознанный выбор, менять свою жизнь [18].

Если тема смерти, связанная с потерей родственника, особенно сложна для обсуждения или если в семье или культуре горюющего не принято делиться чувствами, использование символов, метафор и образов МАК, может оказаться решающим. Это предоставляет клиенту возможность освобождения от накопленных травматических переживаний. Таким образом, применение техник с использованием МАК позволяет преодолеть реакции избегания и включить клиента в процесс психологической работы.

Следует отметить, что *творческие техники* МАК, которые необходимо использовать, основаны на модели когнитивно-поведенческой психотерапии и гештальт-терапии и направлены, прежде всего, на оптимизацию когнитивных процессов и осмысление психотравматической ситуации горя. К данным техникам относится *использование метафор, ассоциаций, связанных с утраченным человеком, написание писем и рисование.*

Описание и рисование психотравмирующего события дает дополнительные возможности для когнитивной переработки травматического переживания в динамике развития событий и переоценки самой ситуации утраты. Также данные техники позволяют психологу выявить неконструктивные рассуждения, фиксированные мысли, препятствующие завершению процесса горевания, копинг-стратегии и факторы поддержки испытуемых.

Техника *«Написание писем»* дает психологу дополнительный материал для понимания искаженных мыслей, связанных с утраченным человеком, способствует выявлению негативных переживаний, страха, чувства вины перед утраченным человеком. Данная техника позволяет снизить уровень эмоциональной зависимости от утраченного человека за счет того, что испытуемые могут написать все переживания, чувства и эмоции, которыми бы они хотели поделиться с близким человеком, выразить все то, что не успели ему сказать при жизни. Таким образом, данная техника способствует завершению отношений с утраченным человеком и позволяет испытуемому переориентироваться на будущее.

Техника *«Пустого стула»* позволяет обратиться испытуемому к утраченному близкому человеку, высказать ему все те эмоции, чувства и переживания, которые до настоящего времени волнуют утратившего. Таким образом, данная техника способствует проработыванию эмоций, чувств, личных переживаний испытуемых и способствует завершению отношений с утраченным близким человеком.

Такие упражнения, как *«Проработка неприятного переживания»*, *«Работа с потерей»*, *«Рост после разрушения»*, *«Работа с травматическим событием»* в разработанной программе психологической работы с переживанием утраты близкого человека (подробнее далее, в содержании программы), связаны с использованием метафорических ассоциативных карт, которые представляют собой картинки, без жесткой интерпретации, позволяющие психологу получить необходимый объем информации для работы с испытуемыми.

Таким образом, разрабатывая программу психологической помощи с переживанием утраты близкого как для здоровых, так и для больных психическими расстройствами, мы использовали креативные техники и упражнения с использованием метафорических ассоциативных карт, сфокусированные на ситуации утраты, которые, прежде всего, направлены на отреагирование, когнитивную переработку травматического опыта и формирование навыков управления собственными эмоциями.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шизофрения является комплексным психическим расстройством личности, которая характеризуется разнообразным протеканием заболевания, наличием как позитивных (например, галлюцинации и бред), так и негативных (апатия, погруженность человека в собственные переживания) симптомов, а также нарушениями в когнитивной сфере человека (нарушения таких психических процессов, как память, внимание, мышление). Но ключевыми симптомами шизофрении принято считать именно бред и галлюцинации.

Шизофрения – психическая болезнь, относящаяся к числу наиболее серьезных заболеваний, вызывающих тяжелые изменения в психике с характером упадка, деградации и в очень многих случаях приводящих к неизлечимым состояниям слабоумия и полной инвалидности, и, являющаяся наиболее распространенной по сравнению с другими психическими заболеваниями. *Шизофренией* обозначают группу сходных психических расстройств неясной этиологии, в развитии которых, вероятно, имеются общие внутренне обусловленные (эндогенные) патогенетические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющейся до определенного периода жизни человека (F 20).

В настоящее время в понимании и лечении шизофрении произошел огромный сдвиг. Психофармакотерапия, по-прежнему, является основным средством лечения, но настороженная позиция относительно психотерапии при шизофрении, которой придерживались раньше, сейчас постепенно подвергается изменению. На это повлияло большое количество пациентов с шизофренией, резистентных к терапии антипсихотиками, некомплаентных к лечению в результате плохой переносимости лекарств или из-за недостаточной критики (Byerly, Nakonezny, & Lescouflair, 2007; Elkis, 2007; Voruganti, Baker, & Awad, 2008), поэтому в настоящее время приобретают большое значение исследования дополнительных психотерапевтических и когнитивных воздействий [5].

Для больных шизофренией характерно дезадаптивное реагирование в стрессовых ситуациях, а также несбалансированность функционирования поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладающего поведения и деформация социальных отношений, а в частности, системы восприятия поддержки и помощи со стороны социума [5].

Характерное для больных шизофренией дезадаптивное реагирование в стрессовых ситуациях и деформация социальных отношений, а в частности, системы восприятия поддержки и помощи со стороны социума вытекают из того, что, начиная с раннего детства, в родительской семье больных шизофренией уже имеются определенные дисфункции. В семьях у людей больных шизоаффективными расстройствами наблюдается нарушение иерархии, которое определяется в неравномерном

распределении семейной власти. Власть находится в руках только одного, более авторитетного родителя, как правило, это мать, которая вступает в коалицию с ребенком, страдающим шизофренией. Такие коалиции мешают функционировать семье, как единому организму, также препятствуют процессу сепарации ребенка и формированию у него взрослых форм поведения. В дальнейшем именно это приводит к возникновению дезадаптивных форм реагирования в стрессовых ситуациях, несбалансированности функционирования поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладающего поведения.

Из-за того, что внешние границы семейной системы больных с шизофренией закрыты от окружающего мира (структурная дисфункция), сужается круг социальных контактов, уменьшается уровень социальной поддержки вне семьи, и это, в свою очередь, приводит к деформации социальных отношений. Таким образом, у людей с шизоаффективными расстройствами нарушается система восприятия поддержки и помощи со стороны социума.

Вследствие сверхвключенности родителей в жизнь ребенка, страдающего шизофренией, постоянной критики со стороны родителей и высокого уровня конфликтов, уровень эмоциональной экспрессивности в семье, как правило, повышенный. На основе этого можно сделать вывод о том, что круг социального общения больных с шизофренией довольно узкий и поэтому, утрата близкого человека для них является сверхмощным психотравмирующим событием, полностью нарушающим привычный уклад жизни. Так, больным, утратившим своего близкого человека не к кому обратиться за помощью и поддержкой, и, в связи с этим, они закрываются от социума и сосредотачиваются на собственных переживаниях, что приводит к срыву адаптации и возобновлению клинической симптоматики психического заболевания [7].

Развитие, течение и лечение шизофрении во многом зависит от внешних психосоциальных и внутренних факторов, таких как, преморбитные особенности личности, когнитивный статус и навыки проблемно-решающего поведения.

Преморбитные характеристики личности – это психосоциальный параметр пациента с шизофренией, характеризующийся аффективными, когнитивно-перцептивными отклонениями, психомоторной заторможенностью и трудностями в установлении доверительных отношений с окружающими людьми с тенденцией к социальной изоляции [19].

Когнитивные расстройства при шизофрении – это устойчивые образования, для которых характерно нарушение процесса переработки информации, снижение внимания, вследствие этого неспособность удерживать надолго краткосрочную информацию. Все эти проявления отражается на вербальном уровне, что проявляется в общении с окружающими, как неспособность точно выразить собственные мысли [5, 34].

На течение и лечение шизофрении оказывают влияние психосоциальные факторы. При этом анализ данных факторов показал, что у больных с шизофренией такие патогенные ситуации как, например, межличностные конфликты в быту, ситуации утраты близких людей вызывают значительное эмоциональное напряжение. Так, если людям, больным шизофренией, своевременно оказана социальная поддержка окружающих, либо у них срабатывает механизм психологической защиты, то данные патогенные ситуации не приводят к рецидиву заболевания. Но, в противном случае, данные патогенные ситуации могут способствовать возникновению морбидных реакций. Было достоверно установлено, что накопление стрессовых ситуаций происходит в период двух-трех недель до момента госпитализации. За это время самочувствие больных начинает резко ухудшаться, нарушается ночной сон, появляется агрессия, двигательная расторможенность, либо апатия, галлюцинации, бред и другие симптомы.

Таким образом, основными характеристиками больных шизофренией являются аффективные, когнитивно-перцептивные отклонения, психомоторная заторможенность, которые, в свою очередь, приводят к трудностям в установлении доверительных отношений с окружающими людьми с тенденцией социальной изоляции. Также, для больных шизофренией характерны такие когнитивные расстройства, как: нарушение процесса переработки информации, снижение кратковременной памяти, выражающимися на вербальном уровне, что также способствует социальной изоляции больных шизофренией, из-за того, что в общении с окружающими они не могут точно выражать свои мысли. Это в свою очередь происходит из-за того, что с самого раннего детства ребенок с шизофренией воспитывается в семье, в которой выявлено множество дисфункций.

Еще одной характерной особенностью больных шизофренией является дезадаптивное реагирование в стрессовых ситуациях, а также несбалансированность функционирования поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладающего поведения, и это в свою очередь также приводит к деформации социальных отношений, в частности, системы восприятия поддержки и помощи со стороны социума.

При проведении психологической работы с больными шизофренией необходимо учитывать все психологические особенности данной категории больных и следующие базовые принципы работы:

1. Безоценочное принятие пережитого опыта и связанных с ним воспоминаний, суждений.

2. Стараться создавать положительную и доверительную атмосферу во время психологической работы. Упражнения должны быть увлекательными и не затянутыми во времени. Критические замечания со стороны психолога по отношению к пациенту не поощряются.

3. Психологическая работа не должна проводиться в спешке. Не следует стремиться разобрать все упражнения, запланированные на

сессию. Живая дискуссия во время проведения психологической работы приветствуется, пациенты должны иметь достаточно времени для обсуждения упражнения и высказывания мнения. Социальное взаимодействие между больными с шизофренией – это ключевой фактор для формирования самосознания пациента и изменения его поведения в повседневной жизни.

4. Во время проведения психологической работы необходимо стимулировать у пациента умение удерживать (фокусировать) внимание на протяжении всей сессии. Для отвлекаемых пациентов проведение длительной психологической работы может стать стрессогенным фактором, поэтому необходимо отслеживать состояние пациента и при необходимости делать небольшие перерывы.

5. При проведении психологической работы необходимо уделять особое внимание стойким дефицитарным проявлениям и учитывать неадекватность защитно-приспособительных и адаптационных механизмов больных шизофренией.

Таким образом, при проведении психологической работы с больными шизофренией необходимо учитывать данные рекомендации. Это позволит повысить эффективность работы с больными. Рекомендуем также перед началом работы прочитать: Вид В.Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство /В.Д. Вид – СПб: Питер; Издание 3-е, перераб. и доп. – 2008.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

1. ДИАГНОСТИЧЕСКО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЭТАП РАБОТЫ

Цель этапа: выявить важность события смерти близкого для жизни пациента, информировать о предстоящей работе пациента с обучением приемам снижения эмоционального стресса и планирование психологической помощи, выявить факторы безопасности пациента.

На этом этапе важно правильно оценить личностную устойчивость пациента, наличие в жизненном опыте не переработанных травматических переживаний и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который может приносить неблагоприятные жизненные обстоятельства (условия пребывания, семейные проблемы и т.п.).

Для этого необходимо использовать методы:

- Изучение истории болезни.
- Клиническое интервьюирование. (Приложение 4).
- Методики психологической диагностики как указано выше

(Приложение 2).

В результате проведенного исследования, особое внимание необходимо обратить на следующие моменты:

- наличие психических и физических травм в анамнезе пациента;
- оценка патологического горя в анамнезе пациента;
- оценка тяжести симптомов депрессии и тревоги;
- эффективность социальной поддержки пациента.

В ходе диагностики также необходимо выявить характер переживания горя (потери близкого), наличие воспоминаний и наличие произвольных воспоминаний. Следует установить, обладают ли произвольные воспоминания о потере близкого, качеством «здесь и теперь», содержат ли значительные эмоциональные переживания.

После проведения диагностической работы, необходимо провести беседу с пациентом, где психолог сообщает информацию о предстоящей работе, включая разъяснение цели работы, важность комплексного лечения, которое включает как медикаментозное лечение, так и психологическую работу с пациентом, обсуждает правила психологической работы.

Пациенту так же объясняется, что такое переживание горя и что «лечебный процесс» по его переживанию предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Так, постепенно погружаясь в эти мысли и образы, пациент сможет узнать, что он думает о себе, какие чувства испытывает к себе, к умершему, к другим людям в целом.

Результатом данной беседы должно стать устное согласие пациента на работу психолога.

Для обеспечения максимальной безопасности пациентов на стадии подготовки целесообразно обучить их приемам снижения эмоционального

стресса: технике спонтанного расслабления, проведению прогрессивного мышечного расслабления. Возможно, если пациент готов и позволяет его состояние - упражнение по созданию в воображении безопасного места¹. Предложить пациенту использовать эти техники самостоятельно, в качестве домашнего задания до следующей встречи при возникновении сильной тревоги, страха и т.п.

2. ОСНОВНОЙ ЭТАП РАБОТЫ

СЕССИЯ 1. ПРИНЯТИЕ РЕАЛЬНОСТИ УТРАТЫ

Цель сессии: принятие пациентом факта смерти близкого как реальности и необратимость этой утраты.

В начале сессии психологу необходимо обсудить вопрос, о самостоятельном использовании пациентом приемов снижения эмоционального стресса, с обсуждением этой возможности в процессе сессии.

В процессе данной сессии пациент рассказывает историю смерти близкого человека (когда она произошла, что до сих пор чувствует пациент). В процессе этого необходимо посмотреть на ситуацию утраты со стороны, как бы изучить, «исследовать» ее изнутри.

Психологу важно просто выслушать пациента – все то, что он будет говорить о своей потере. Очень часто бывает, что пациент не настроен вспоминать ситуацию утраты в подробностях, поэтому он может просто формально описывать ее, избегая описания собственных чувств и эмоций, связанных с утраченным человеком. Часто пациенты, вспоминая ситуацию утраты, полностью погружаются в себя и перестают реагировать на вопросы психолога, поэтому здесь важно вывести пациента из мира внутренних переживаний и помочь ему перевести свои эмоции и внутренние переживания в конкретные слова. Таким образом, мы способствуем переводу ситуацию утраты в зону осознания человека. Для этого могут быть полезны следующие вопросы:

О человеке, которого пациент потерял:

- Расскажите мне, что это был за человек – экспрессивный или сдержанный, теплый или холодный? и т.п.
- Как он обычно выражал свои чувства по отношению к Вам? Как Вы узнавали о его любви?
- Если бы он оказался сейчас здесь, что бы Вы хотели сказать ему?
- Какие у него были недостатки?

¹ Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии – М.: психотерапия, 2008; Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования: Учебное пособие – Томск: Томский государственный университет, 2006

- Расскажите о самых неприятных моментах в ваших отношениях.

- Расскажите о его характерных чертах, может быть, вы вспомните о нем что-то смешное?

- Какими были его привычки? Может быть, что-то в его привычках раздражало Вас? Если он курил, разбрасывал ли он сигареты, спички по всему дому?

- Что вообще Вас раздражало в нем больше всего?

О смерти:

- Когда в последний раз Вы видели его?

- Какой была Ваша первая реакция на его смерть? Вы плакали?

Что Вы чувствовали?

- Удалось ли Вам с ним проститься?

О похоронах.

- Расскажите, как его хоронили. Его кремировали?

- Приходили ли Вы на могилу? Сколько раз?

- Что было потом, что произошло с его личными вещами?

- Убрали ли Вы в его комнате?

- Были ли у него особенно любимые вещи? Что Вы с ними сделали? Что Вы сохранили?

- Пользуетесь ли Вы его личными вещами? Например, если у умершего был любимый плащ, носите ли Вы его? Если да, это хороший знак, если нет, можно спросить, почему.

Важно отметить, что чем больше вопросов задает психолог, тем больше пациент погружается в свои личные воспоминания, связанные с утраченным человеком. Часто пациенты расстраиваются, на их глазах появляются слезы. В таком случае, важно дать пациенту время выплакаться, но постоянно стимулировать его вопросами, чтобы пациент отдавал себе отчет, с чем в данный момент связаны его слезы. Если пациент не может успокоиться самостоятельно, то необходимо провести с ним несколько дыхательных упражнений.

В связи с тем, что работа проводится с отсроченным переживанием горя, возможно, необходимо будет установить события, которые изменили первоначальное восприятие события, смерти близкого и его последствий. Для этого могут быть полезны следующие вопросы:

- Как Вы пытаетесь справиться со случившимся?

- Что, на Ваш взгляд, помогает вам справляться с утратой лучше всего?

- Чего Вы избегаете?

- Как Вы справляетесь с наплывами воспоминаний?

- Как Вам кажется, что произойдет с Вами, если вы позволите себе погрузиться во воспоминания о происшествии?

- Что произойдет с Вами, если вы вновь испытаете огорчение по поводу случившегося?

- Можно ли сказать, что Вы фиксируетесь на определенных мыслях? Каково содержание этих мыслей?

Рекомендации: Обсуждая эти вопросы, психологу необходимо обращать внимание на желание пациента говорить об умершем, как о временно ушедшем, и в мягкой, эмпатичной форме напоминать, о том, что умерший не вернется, его нет, он умер (обращать на это внимание в процессе всей сессии). Например, пациент может отрицать факт смерти: «Нет, я не могу признать, что он умер, для меня он все равно живой». Психологу мягко и настойчиво следует сказать: «Вы обманываете себя и знаете это. Он умер, и если Вы того не признаете, то и дальше психологически будете прикованы к его могиле. Хотите ли Вы это?».

Упражнение «Разговор с умершим»

Цель: изменение отношения пациента к смерти близкого и признание этого факта.

Процедура проведения: пациенту предлагают сесть удобнее на стуле так, чтобы перед ним был еще один стул. Предлагаем расслабиться, отогнать от себя все посторонние мысли (возможно, сделать технику саморегуляции). Сосредоточьтесь на расположенном напротив Вас стуле и представьте, что сейчас на нем сидит, как живой, умерший человек.

После того как пациент представил умершего, предлагаем ему начинать говорить, вслух или про себя - не важно, как ему больше нравится и хочется в данный момент, то что он считает нужным сейчас сказать умершему.

Если пациенту трудно самому говорить (или не знает что сказать) психолог может предложить следующие варианты беседы: расскажите ему, как Вы его любили и любите сейчас; как скучаете по нему, по прошлому, по себе в прошлом, когда этот человек был рядом; вспоминайте те сцены из прошлого, которые Вам приходят в голову; проговорите их ему, как живому, так, как если бы он действительно сейчас сидел перед Вами; расскажите ему про свои обиды, выскажите все те претензии, которые Вы в уме предъявляете ему по поводу его ухода, того, что оставил Вас, что-то не доделал и т.д.

Побуждая пациента к самораскрытию своих переживаний психолог может предлагать ему: «Не стесняйтесь и будьте искренни. Поделитесь с ним всеми своими обидами. Попросите прощения за те обиды, которые вы нанесли ему при жизни или после его смерти. Высказывайте все, что приходит в голову. Хотите плакать - плачьте. Только не уходите в один плач, не упивайтесь им. Главное - высказаться, а не выплакаться, потому что люди в горе плачут постоянно, полностью отдаваясь эмоции, но, не проговаривая, не прорабатывая все то, что связано с ситуацией утраты. Поэтому она возвращается опять и опять, как незавершенное дело. Облеките все свои чувства в слова. Расскажите, как тоскуете. Как вам

тяжело. Подумайте, чего именно вам не хватает: присутствия этого человека (так вот он - перед вами), его дел, его ласки и др. Вспоминайте и представляйте. Поблагодарите его за все хорошее, что он принес в вашу жизнь. Поделитесь с ним своей настоящей жизнью, расскажите о тех событиях, которые с вами происходят. Вы можете даже советоваться с ним, проговаривая вслух все свои сомнения: все за и против».

При работе с пациентами с психическими расстройствами, психолог может сталкиваться с тем, что у пациента не получается представить умершего человека и в связи с этим пациент не знает, что говорить. В таком случае психолог может предложить варианты беседы, описанные выше.

Часто при проведении данного упражнения пациенты во время рассказа отворачиваются от пустого стула и поворачиваются к психологу и рассказывают уже ему свою историю. В таком случае необходимо мягко, но настойчиво напомнить пациенту цель данного упражнения.

Иногда пациентам кажется, что они уже все рассказали утраченному человеку, но, впоследствии дальнейшей работы, возникают новые чувства и эмоции, которыми пациенту необходимо поделиться с умершим, поэтому мы можем вернуться к данному упражнению и на следующих сессиях.

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете? Какие мысли у Вас возникают сейчас, когда Вы вспоминаете об ушедшем человеке? Как Вы сейчас воспринимаете смерть близкого человека?

Подведение итогов сессии: обсуждение с пациентом вопросов: Что для Вас было важным в этой работе? Как Вы себя чувствуете? Изменилось ли Ваше эмоциональное состояние? и т.п.

СЕССИЯ 2. ПРОЩАНИЕ С УМЕРШИМ

Цель сессии: выразить умершему все те чувства, которые пациент не успел выразить на предыдущей сессии, иметь возможность попрощаться с близким человеком.

Упражнение «Работа с потерей» (работа с метафорическими ассоциативными картами (МАК) на выбор: «Saga», «Persona», «Фейсбук», «ОН»). Возможна работа без МАК, с использованием представлений об умершем.

Цель: завершение отношений с умершим человеком.

Процедура проведения:

1 этап работы – Работа с ресурсом. Предлагаем пациенту из МАК «Saga» выбрать ту карту, смотря на которую он чувствует себя защищенным и комфортно.

Затем предлагаем пациенту положить карту в центр листа А4 и постельными мелками дорисовывать то, что он считает нужным, заполняя белую часть листа, так, чтобы рисунок как продолжение карты находится в

завершенном варианте. После этого психолог предлагает пациенту посмотреть на рисунок и ответить на вопросы: Как Вы себя чувствуете, когда смотрите на рисунок? Хочется ли Вам, что-то изменить в рисунке? Когда вы внесли изменение в рисунок, как вы себя чувствуете?

Часто бывает так, что пациенты не сразу понимают, что и как рисовать, поэтому перед началом упражнения необходимо еще раз убедиться в том, что цель ясна. Если же пациент начинает выполнять данное упражнение неправильно, необходимо приостановить работу и еще раз объяснить инструкцию.

По завершении работы психолог говорит пациенту «В любой момент работы, Вы можете посмотреть на картинку и получить свой ресурс и защищенность».

После завершения работы, можно предложить пациенту дорисовать эту карту и оставить рисунок себе, для того, чтобы в любой трудный момент можно было, посмотрев на картинку, получить свой ресурс.

2 этап работы – Работа с образом умершего. В дальнейшем предлагаем пациенту: «Подумай о близком Вам человеке, которого нет больше с Вами. Возможно, между вами остались незавершенные отношения, несказанные слова, непроработанные чувства, невысказанные печали. Вам предстоит встреча с разными образами этого человека, и Вы сможете обратиться к нему.

Выберите карту (набор МАК «Persona» или «Фейсбук») для каждого образа этого человека:

- карту, которая представляет его таким, каким Вы помните его в эту минуту;
- карту, которая представляет его таким, каким Вы любили его;
- карту, которая представляет его таким, каким Вы не любили его;
- карту, которая представляет его таким, каким его видели окружающие;
- карту, которая представляет его таким, каким его не видел никто, кроме Вас».

Часто выбирая ту или иную карту, пациент хочет обращаться к умершему именно в этой роли, каким образом пациент обращается к выбранной карте и проговаривает вслух все то, что считает нужным.

3 этап – «Завершение» отношений с умершим. Предлагаем пациенту: «Что бы Вы хотели сказать ему сегодня? (Напиши письмо, стихотворение, записку – правой рукой. Или левой – если ты левша).

Пусть он расскажет тебе то, что ты хочешь услышать от него (напиши это левой рукой - или правой, если ты левша).

В большинстве случаев, услышав данное задание, пациенты отказываются его выполнять ссылаясь на то, что левой рукой они писать не умеют. В этом случае психологу важно снизить тревожность пациента и объяснить, что красота почерка в данном упражнении неважно и что никто кроме самого пациента это письмо не прочитает.

А теперь выбери для него подарок (используем МАК «Saga» или «ОН»). Расскажи, почему ты выбрал этот подарок?

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете? Какие мысли у Вас возникают сейчас? Что новое Вы получили в результате этой работы? Можете ли Вы, сейчас представив умершего, сказать ему «Ты умер. Прощай!» или как то по-другому попрощаться с ним. Как бы Вам хотелось это сделать?

Прием «Оплакивание» (эмоционально-образная терапия Н.Д. Линде).

Цель: высвобождение подавленных слез.

Применяется, если психолог увидит в этом необходимость, в том числе, этот прием, возможно, использовать в процессе работы с предыдущим упражнением «Работа с потерей».

Для многих пациентов оказывается большой проблемой высвободить подавленные слезы. В этом случае, практически безупречно работает процедура созерцания воображаемого дождя.

Процедура проведения: иногда психолог может объяснять ее смысл пациенту, иногда просто предлагать: «Представьте, как идет дождь... Какой дождь? Рассказывайте мне... Пусть идет до тех пор, пока сам собой не закончится...» Дождь является настолько точным выражением высвобождения слез, что и без объяснений это работает.

После завершения необходимо убедиться, что пациент увидел голубое небо и солнышко. После этого следует побудить пациента поприветствовать этот новый, открывшийся ему день.

Вопросы для обсуждения: как вы сейчас себя чувствуете?

Рекомендации: Следующее упражнение применяется, если у пациента есть чувство вины перед умершим. Это упражнение можно использовать в качестве домашнего задания. Важно отметить, что в больничных условиях у пациентов часто нет возможности и средств, что выполнить данное задание, поэтому при необходимости пациентам выдаются листы бумаги и ручки.

Упражнение «Исцеляющие письма»

Цель: проработка чувства вины пациента перед умершим.

Процедура проведения: психолог говорит пациенту: «Если Вы чувствуете вину перед умершим, у Вас нет возможности уладить этот конфликт, встретившись и поговорив с ним, то Вы можете вести диалог с ним с помощью неотправленных писем.

Первое письмо. Работа начинается с того, что Вы пишете человеку письмо, в котором довольно подробно излагаете все свои переживания, события и их влияние на Вашу жизнь. Вы также можете задать вопросы этому умершему человеку.

Второе письмо. Вы сочиняете ответ от лица этого человека, который Вы боялись бы услышать.

Третье и последующие письма. Эти письма самые важные, так как они приносят вам освобождение. Для этого вам нужно представить, что вы и этот человек одинаково раскаииваетесь. Вы рассказываете этому человеку о своих позитивных намерениях и от его лица пишете четвертое письмо о его позитивных намерениях. Этот человек с лучшими намерениями отвечает на ваши вопросы. Вы ведете с ним диалог до тех пор, пока не договоритесь между собой. Вы прощаете друг другу все обиды и прощаетесь на этом».

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете?

Подведение итогов сессии: что для Вас было важным в сегодняшней работе? Как Вы себя чувствуете? и т.п.

СЕССИЯ 3. НОВОЕ ПОНИМАНИЕ

Цель сессии: пациенту необходимо понять, с помощью психолога, какую роль играет событие утраты близкого в его настоящей жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны своего внутреннего «Я»: «я почувствовал», «я подумал», «я сделал» и т.п.

На этой сессии пациенту необходимо, принимая отсутствие близкого человека в его жизни, увидеть и скомпенсировать все те функции и роли, которые ушедший играл для него. Это может быть: общение, доверительные отношения, любовь, уважение и т.д. Важно осуществить творческое приспособление к изменившейся реальности, т.е. адаптироваться к тому, что есть, изменить себя и реорганизовать отношение к своему нынешнему окружению.

Упражнение: «Рост после разрушения»

Цель: выявление процесса «личностного роста, являющегося следствием травмы».

Смерть близкого человека причиняет сильные физические и душевные страдания. Они разрушают устои нашего привычного мира, но, с другой стороны, они же могут способствовать процессам собственного изменения и своего дальнейшего личностного роста.

Процедура проведения: психолог предлагает пациенту перетасовать колоду МАК «СОРЕ» и, не открывая карты, разделить ее на четыре стопки. Затем он просит пациента вспомнить день смерти близкого, погрузиться в эти воспоминания. Далее, пациент открывает верхнюю карту каждой из стопок, относясь к картам каждой стопки, как ответам на следующие вопросы:

Первая стопка – что Вы потеряли со смертью близкого вам человека?

Вторая стопка – чем Вы были готовы пожертвовать?

Третья стопка – что Вы приобрели в результате данного события?

Четвертая стопка – что бы Вы хотели приобрести в результате пережитого события?

Если одной карты из какой-либо стопки не достаточно для ответа на поставленный вопрос, или какая-нибудь карта не соответствует переживаниям пациента, то он может, по своему усмотрению, открывать дополнительные карты из соответствующей стопки.

Рекомендации: Важно отметить, что большинству пациентов не хватает одной карты из каждой стопки и поэтому они открывают по 3-7 карт и, в дальнейшем, отвечая на вопрос, описывают каждую из них. В этом случае психологу необходимо просто внимательно выслушать пациента.

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете в данный момент? Какие открытия Вы сделали в ходе упражнения? Какие мысли, связанные с близким человеком, у Вас сейчас возникают?

Упражнение «Фиксированные мысли о потере»

Цель: осознание фиксированных мыслей, связанных с утратой близкого человека и изменение их на новые.

Процедура проведения:

Выявление фиксированных мыслей об умершем и о себе. Психолог предлагает пациенту ответить и обсудить следующие вопросы:

Какие мысли у вас возникают сейчас, когда вы вспоминаете о смерти близкого?

- О чем вы не хотите думать, вспоминая о смерти близкого?
- Какие мысли вас постоянно беспокоят?
- Что вы получали от умершего?
- Что вам давал умерший?
- Почему это вас беспокоит?

Самый эффективный способ выявить фиксированную мысль (идею) – повторение вопросов «Почему?» Сначала пациент будет давать очень логично звучащие ответы, но, если вы будете спрашивать о логических обоснованиях и тому подобном, и будете продолжать делать это, то вы, скорее всего, дойдете прямо до основной нелогичности.

Определение аргументов полезностей фиксированных мыслей об умершем и себе. Психолог для этой работы может использовать следующие вопросы: Чего...помогла вам достичь? Что...помогла вам предотвратить? Что...позволяет вам делать? Что...позволяет вам иметь? Кем...позволяет вам быть? Что правильно в...? Какие преимущества...? и т.п.

Определение новых мыслей о жизни пациента. Психолог предлагает ответить пациенту на следующие вопросы:

- Как Вы сами можете себе давать то, что получали от умершего?
- Что значит для Вас ваша жизнь сейчас? Что Ваша жизнь значит для других сейчас?
- Что является для Вас действительно важным? (Укажите пять вещей, явлений и т.д., которые вы цените больше всего в жизни)

- Какой новый опыт для дальнейшей жизни дает Вам осознание и принятие смерти близкого человека?

- Какие три действия Вы можете совершить, чтобы изменить вашу жизнь к лучшему? Что еще Вы для этого сделаете?

- Какие три действия Вы можете совершить, чтобы в Вашей жизни стало больше: того, что придает вашей жизни смысл? того, что заставляет Ваше сердце петь? того, что делает Вас по-настоящему счастливым? того, что служит для Вас неизменным источником радости? того, что регулярно доставляет Вам удовольствие?

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете? Какие мысли у Вас возникают сейчас? Что новое Вы получили в результате этой работы?

Рекомендации: Следующее упражнение применяется в тех случаях, когда в ходе беседы запрос пациента приобретает следующую формулировку: «Для того чтобы достичь (не думать об умершем или увидеть положительный опыт и т.п.), мне нужно...»; далее он называет одно или несколько желаемых качеств.

При этом он может также называть качества, которые ему мешают и которые он хотел бы убрать. Необходимо проверить, действительно ли только отсутствие данных качеств мешает человеку достичь результата, нет ли каких-то других помех – на уровне его убеждений и ценностей. Здесь имеет смысл психологу задать проясняющий вопрос: действительно ли наличие данных качеств у пациента сделает результат достижимым?

Упражнение «Круги силы»

Цель: принятие и осознание новых качеств пациента, которые необходимы ему, чтобы дальше жить по-новому.

Процедура проведения:

1. Выясните, каких качеств не хватает пациенту для достижения желаемого результата, какие качества из тех, что у него имеются, являются для него нежелательными. Дождитесь четких формулировок; при этом, если в ходе работы пациент стремится изменить название качества, позвольте ему сделать это, поскольку это доказывает, что он переосмыслил не только формулировки, но и содержание своего запроса. Если пациент затрудняется в названии качества, но вы видите, что он понимает его смысл, можно помочь ему, предоставив на выбор несколько похожих названий, с тем, чтобы он сам выбрал самое подходящее. Качество может быть сформулировано не одним словом, а несколькими. Важно отметить, что пациенты могут называть множество качеств, но в дальнейшем забыть о некоторых из них. В этом случае психолог называет напоминая пациенту об этих забытых качествах.

2. Попросите пациента найти в вашем кабинете место, подходящее для каждого из заявленных качеств. Если он хочет освободиться от какого-либо качества, попросите найти место, где это качество могло бы быть оставлено. Важно предложить пациенту походить по комнате и выбрать любое подходящее место. Психолог следует за пациентом, внимательно

слушая его, так как люди с психическими расстройствами часто отвлекаются и забывают те качества, которые только что озвучили.

3. Визуализируйте каждое качество по очереди. Для нежелательных качеств создайте резервуары, в которые затем они будут помещены. Подводя пациента к месту, которое он указал, попросите рассказать, какого цвета могло бы быть желаемое им качество. Дождавшись ответа, спросите: «Если бы вот здесь (*указывая рукой на место, которое показал пациенту*), находилось данное качество данного цвета (*назовите цвет*), какой формы было бы это качество?» Затем подобно расспросите о плотности, размерах и иных характеристиках данного качества – создайте визуальную репрезентацию, в которую пациенту поверил бы сам. Чем более подробно вы будете спрашивать, тем более реальным станет это качество. Так, переходя от места к месту, создавайте образы всех качеств, которые указал пациент. Удаляя ненужные качества, спросите, в какой резервуар можно было бы их поместить. Пусть пациент опишет форму, размер, объем и другие характеристики данного резервуара.

4. Отдайте ненужные и возьмите нужные качества. Вначале спросите у пациента, что, по его мнению, должно произойти раньше: он примет желательные качества или избавится от нежелательных? Чаще всего, пациент начинает с избавления, если подобное качество заявлено. Тогда попросите его поближе подойти к резервуару, в котором он хочет оставить нежелательное качество, и приготовиться к моменту отдачи: когда пациент почувствует внутреннюю готовность, пусть войдет в резервуар и сбросит это качество. Процесс сбрасывания описывается самим пациентом кинестетически: как он ощущает уход данного качества или данной эмоции; а затем визуально: как он видит в резервуаре это качество. Когда, по его мнению, оно вышло из него в достаточной степени или полностью. Затем пусть осторожно выйдет из резервуара, оставив там это качество.

Важно отметить, что пациенты с психическими расстройствами не дают четких ответов, поэтому необходимо дать пациенту столько времени, пока он сам не почувствует свою готовность закончить данное упражнение.

5. Когда придет время брать нужное качество, пациент также подходит к тому месту, где расположено это качество. Попросите его еще раз описать, действительно ли качество такое, каким оно было, или произошли изменения; затем, когда пациент вновь реально опишет данное качество, попросите его подготовиться. Когда он будет достаточно готов, пусть войдет в этот объект и примет в себя желаемое качество. Спросите, каким образом необходимое качество входит в него, каким образом он понимает, сколько этого качества ему требуется, как он берет его. Пациент должен описать на кинестетическом уровне, ощущение поступления этого качества. Так, последовательно, пациент примет в себя все те качества, что заказал, в том объеме, который ему кажется необходимым.

По времени процесс принятия новых качеств происходит намного быстрее, чем отдача ненужных.

б. Экологическая проверка и присоединение к будущему. Попросите пациента, обладающего всеми необходимыми ему качествами, представить себя в реальных жизненных ситуациях, когда данные качества ему понадобятся. Обычно это удобнее делать ассоциировано, поскольку пациент наполнен качествами и ему гораздо проще представить себя в любой жизненной ситуации, наблюдая ее своими глазами, ощущая, что такие качества в нем есть и, предполагая, как они могут быть реализованы. Спросите пациента: насколько адекватно его поведение в данной ситуации? Насколько это поведение его устраивает? Насколько его поведение устраивает окружающих и как он может отреагировать на их оценку его поведения? Как это поведение может изменить его жизнь?

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете? Какие мысли у Вас возникают сейчас? Что новое Вы получили в результате этой работы?

Подведение итогов сессии: обсуждение с пациентом вопросов: что для Вас было важным в этой работе? Как Вы себя чувствуете? и т.п.

СЕССИЯ 4. ДЕЙСТВИЯ

Цель сессии: принятие пациентом позитивных изменений в его жизни.

Утрата меняет представление человека о себе в отношениях, поэтому ему приходится по-новому утраивать свой быт и всю свою жизнь. Этот процесс сопровождается изменениями на трех личностных уровнях: внутренний — переживание самости (кто я теперь?), внешний (быт) и духовный (систему верований, ценностей и убеждений пациента).

Внутреннее приспособление — это работа на уровне переживания самости, Я-концепции. Пациенту важно понимать, как смерть близкого влияет на определение самого себя, свою самооценку.

Духовное приспособление. Потеря в результате смерти изменяет привычное мировосприятие, жизненные ценности и убеждения клиента, которые влияют на наши отношения к себе, друзьями, коллегами.

С точки зрения бихевиорально-когнитивной терапии, попытка разрешить проблему всегда зависит от того, как человек ее определяет и объясняет. Изменение концепции проблемы может коренным образом изменить способ, которым человек пытается ее решить.

Согласно такой точке зрения, на данной сессии оказывая помощь, психолог должен направить разговор в русло не столько проблемы, сколько ресурсов и решения. Разговор о разрешении проблемы создает у людей приятный опыт, который превращает проблему в вызов, поощряет оптимизм, развивает сотрудничество, стимулирует творческие способности и, прежде всего, помогает человеку сохранить свое достоинство.

Упражнение: «Работа с травматическим событием» (работа с метафорическими ассоциативными картами (МАК) «Saga» или «ОН»).

Цель: переструктурирование отношений с утраченным, перевод их в сугубо психологический план, поиск в них нового смысла, помогающего пациенту строить свою жизнь дальше.

Процедура проведения: психолог предлагает пациенту выбрать из колоды карт:

1 карта – *Смерть близкого человека;*

2 карта – *Что я чувствовал в момент смерти близкого;*

3 карта – *Что я утратил вместе со смертью близкого;*

4 карта – *Что мне помогло справиться с переживаниями смерти близкого;*

5 карта – *Жизненный урок этой ситуации для меня.*

И подробно рассказать почему он выбрал именно эти карты и как они связаны с его личным опытом.

Вопросы для обсуждения: какие способы Вы сейчас использовали для помощи самому себе? К каким изменениям в Вашей жизни привел этот урок? Если, сейчас зная, что произошло, что бы Вы изменили в своем поведении, в той ситуации? Как бы Вы назвали эту историю? Когда Вы об этом говорите, внутри что у Вас возникает? Правильно ли я понимаю, что для Вас ... стало итогом этой ситуации? Какое место этот опыт занимает в Вашей нынешней жизни?

Упражнение «Проблема как друг»

Цель: создание новых отношений с утраченным, отведение ему символической роли в жизни пациента.

Когда мы страдаем от проблемы, мы обычно смотрим на нее как на врага, на несчастье, которое приносит Вам только боль и страдания. Однако позже мы иногда в состоянии увидеть, что проблема, помимо немалых страданий, одновременно в чем-то помогла нам, но в то время это не было понятно. Проблемы могут быть для нас полезными. Они могут облегчать разрешение других проблем или учить нас чему-то ценному, чего бы мы иначе никак не узнали.

Процедура проведения: психолог предлагает пациенту ответить на ряд вопросов:

- Существует поговорка: «Нет худа без добра». Применимо ли это в какой-то мере к Вашей проблеме?

- Многие думают, что проблемы и страдания не напрасны. А что думаете Вы?

- Возможно, эта проблема научила Вас чему-то важному в жизни? Помогла узнать что-то новое о себе или о других людях – что это было в Вашем случае?

- Знаете, иногда невозможно сразу понять, чему научили человека проблемы, это понимание происходит значительно позже. Представим себе, что через несколько лет мы встретимся, и я задаю вам

этот вопрос: «Чему научили Вас ваши проблемы?» Как вы думаете, что бы Вы ответили?

- Представим себе, что в один прекрасный день, когда Вы выпишетесь из больницы или значительно позже, Вы захотите научить кого-то (дети, внуки, ученики и т.п.) чему-то важному в жизни, чему научила в свое время Вас эта самая проблема. О чем бы Вы им рассказали?

- Представьте, что Вам необходимо рассказать (знакомым, друзьям) об ушедшем человеке: как Вы это сделаете? О чем расскажите? Каким он Вам видится? С каким чувством Вы бы о нем рассказывали? Что Вы сейчас чувствуете, когда о нем рассказываете? Какую роль будет играть умерший в Вашей жизни? Расскажите об этой роли подробнее.

Вопросы для обсуждения: как Вы себя чувствуете? Какие мысли у Вас возникают сейчас? Что нового Вы получили в результате этой работы?

СЕССИЯ 5. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

Это завершающая стадия, на которой подводятся основные итоги психологической работы с переживанием утраты близкого человека.

Цель сессии: оценка эффективности проведенной психологической работы, получение обратной связи от пациентов, подведение окончательных итогов.

Упражнение «Представления о будущем»

Цель: создание положительных представлений о своем будущем.

Процедура проведения: психолог предлагает пациенту ответить на ряд вопросов:

- Представим себе, что эта сессия последняя. Предположим, уходя, вы поняли, что эта и предыдущие встречи оказались для вас полезными. В таком случае, на какие вопросы вы получили ответы?

- Давайте предположим, что мы встретились снова через год, и что вашей проблемы больше нет. Как в таком случае выглядит ваша жизнь? Подробно опишите ее.

- Когда проблема, наконец, исчезнет, кого, кроме себя, вы будете благодарить за это?

- Давайте пофантазируем, что мы – в будущем и проблема уже давно вас не беспокоит. Мы случайно встречаемся. Мне интересно знать, как вы поживаете, я вас об этом спрашиваю. Что вы мне ответите? Я продолжаю расспрашивать и задаю вопрос: благодаря чему вы так сильно изменились? Что вы ответите?

Рекомендации: Если пациент упорно придерживается пессимистического взгляда на будущее, иногда полезно начать с фантазии о будущем в негативном свете. Даже в том случае, когда единственная вещь, которую клиент может представить, это самоубийство,

психотерапевт неотступно занимается созданием позитивного будущего, опираясь на суицидальную фантазию клиента.

Вопросы для обсуждения: как вы себя чувствуете? Какие мысли у вас возникают сейчас? Что новое вы получили в результате этой работы?

Подведение итогов сессии: обсуждение с пациентом вопросов: Что для вас было важным в этой работе? Как вы себя чувствуете? и т.п.

В течение завершающей сессии обсуждаются такие вопросы, как:

- Какие упражнения запомнились вам и имели для вас наибольшее значение? Почему?

- Сформулируйте чему вы научились в процессе нашей работы?

- Удалось ли нам достичь всех целей, которые стояли перед вами в начале нашей работы? Если нет, то по какой причине?

- Как в вашей повседневной жизни вы будете применять то, что узнали в ходе работы?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Гардарики, 2004.
2. Василюк Ф.Е. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991, С. 45-55.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Издательство Московского университета, 1984.
4. Вагин И.О. Психология жизни и смерти. СПб.: Питер, 2001.
5. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство. СПб: Питер; Издание 3-е, перераб. и доп. 2008.
6. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. М., Когито-Центр, 2007
7. Гебель К.М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. СПб, 2009.
8. Гелда А.П., Игумнов С.А. Повторные непсихотические аутоагрессивные действия и особенности методологического подхода к их изучению. Суицидология // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2011. № 1 (2). С. 23-30.
9. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2001.
10. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. М.: Психотерапия, 2008.
11. Заворотняя М.И. Переживание возможной и реальной гибели мужа женами и вдовами летчиков испытателей. Автореф. дис. канд. наук. М. 2012.
12. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования: Учебное пособие. Томск: Томский государственный университет. 2006.
13. Заманаева Ю.В. Переживание утраты близкого как процесс изменения во внутреннем мире человека. Автореф. дис. канд. наук. СПб. 2004.
14. Карандашев В.Н., Лебедева М.С., Изучение оценочной тревожности. Руководство по использованию методики Ч. Спилбергера. СПб.: Речь, 2004. 80 с.
15. Кадыров Р.В, Скорач Т.В. Метафорические ассоциативные карты «12 архетипов плюс» в работе с личностью, находящейся в кризисной ситуации // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сборник научных статей 3-й Международной научно-практической конференции // Под ред. Р.В. Кадырова. Владивосток: ТГМУ, 2014. С. 307-313.
16. Кадыров Р.В., Маслова М.В. Взаимосвязь психической травмы с психологическими характеристиками у женщин с галлюцинаторно-параноидным синдромом // Журнал «Современные проблемы науки и

образования». № 1. Пенза: Издательский Дом «Академия Естествознания», 2015. С. 1024.

17. Кац Г., Мухаматулина Е. Метафорические карты: Руководство для психолога. М.: Генезис, 2014. 160 с.

18. Киршке В. Клубника за окном: ассоциативные карты для коммуникации и творчества. М. Эгетмайер - OH Verlag, 2010.

19. Коновалова А.Х., Холмогорова Б.А., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 4. С. 70-95.

20. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: София, 2001.

21. Левитов Д.О. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. 1996. №1. С. 46-58.

22. Левитов Д.О. О психических состояниях человека. М.: Наука, 1964.

23. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты (под. ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер). М.: МГУ, 1984, С. 212-220

24. Минутко В.Л. Шизофрения. Общие сведения о заболевании. М.: 2012.

25. Морозовская Е.В. Проективные карты в работе психолога: полное руководство. Одесса: ВМВ, 2012.

26. Отрадинская В.В. Социально-психологические особенности переживания и совладания с ситуацией потери ребенка в террористической акте (на примере матерей Беслана): автореф. дис. канд. психол. наук. 19.00.05. М., 2011.

27. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология: учеб. Пособие. Мн.: Выш. шк. 2004.

28. Попова Г.В. Милорадова Н.Е. Психологические механизмы применения метафорических ассоциативных карт в индивидуальном консультировании // Проблемы сучасної педагогічної освіти: зб. стат. Ялта: РВВ КГУ, 2014. Вип. 42. Ч. 5. С. 207-217.

29. Попова Г.В. Милорадова Н.Е. Стратегии исследования проблем клиента при помощи метафорических ассоциативных карт // Практична психологія та соціальна робота. К., 2014. № 7. С. 13-16.

30. Прокофьева-Акопова С.А. Влияние психотерапии на негативные эмоциональные состояния личности. Автореф. дис. канд. психол. наук. Одесса, 2006.

31. Прохоров А.О. Методики диагностики психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004.

32. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Бахрах-М, 2001.

33. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа: научно-практический журнал электронных

публикаций, 2001, № 1-2 URL:
<http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2092>

34. Сирота Н.А., Соболев В.А., Давыдова И.А., Ярославская М.А. Совладающее поведение больных шизофренией как стратегия адаптации /дезадаптации к «ситуации заболевания» //Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 URL:

http://www.medpsy.com/mprj/archiv_global/2014_3_26/nomer/nomer07.php

35. Социальные значимые заболевания населения России в 2013 году: статистические материалы. М.: «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. 2014. С. 31-41

36. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 2. Бланки методик. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

37. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Моск. ун-та, 1984.

38. Хегман Дж. Роль Другого в горевании // Журнал практической психологии и психоанализа: научно-практический журнал электронных публикаций, 2002, № 3 URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles>

39. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: МГППУ. 2006.

40. Эдгар-Бейли М., Кресс В. Психологическая помощь при переживании горя у детей и подростков: творческие техники и интервенция // Международный журнал арт-терапии «Исцеляющее искусство». СПб.: РОО Арт-терапевтическая организация, 2015. Т. 18. № 2. С. 19-42.

41. Шефов С.А. Психология горя. СПб.: Речь, 2007.

42. Draijer N. Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients / N. Draijer, W. Langeland // Am. J. Psychiatry. 1999. Vol. 156. P. 379-385.

43. Gershuny B.S. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration /B.S. Gershuny, J.F. Thayer // Clin. Psychol. Rev. 1999. Vol. 19. P. 631-657.

44. The detection and measurement of depersonalization disorder / D. Simeon et al. // J Nerv Ment Dis. 1998. Vol. 186. P. 536-542.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА

ФИО: _____

Диагноз: _____

Сроки реализации программы: _____

Анамнез: _____

Результаты диагностики до применения программы	Результаты диагностики после 2-х сессий	Результаты диагностики после 4-х сессий	Результаты диагностики после 5-ти сессий

Особенности поведения во время сессии:

Результаты работы:

Диагностика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку)

№	Психические состояния	Подходит	Подходит, но не очень	Не подходит
		2	1	0
1.	Не чувствую в себе уверенности.			
2.	Часто из-за пустяков краснею.			
3.	Мой сон беспокоен.			
4.	Легко впадаю в уныние.			
5.	Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях.			
6.	Меня пугают трудности.			
7.	Люблю копаться в своих недостатках.			
8.	Меня легко убедить.			
9.	Я мнительный.			
10.	С трудом переношу время ожидания.			
11.	Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход.			
12.	Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.			
13.	При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.			
14.	Несчастья и неудачи ничему меня не учат.			
15.	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.			
16.	Я нередко чувствую себя беззащитным.			
17.	Иногда у меня бывает состояние отчаяния.			
18.	Чувствую растерянность перед трудностями.			
19.	В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы меня пожалели.			
20.	Считаю недостатки своего характера неисправимыми.			
21.	Оставляю за собой последнее слово.			
22.	Нередко в разговоре перебиваю собеседника.			
23.	Меня легко рассердить.			
24.	Люблю делать замечания другим.			
25.	Хочу быть авторитетом для окружающих.			
26.	Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.			
27.	Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.			
28.	Предпочитаю лучше руководить, чем подчиняться.			
29.	У меня резкая, грубоватая жестикация.			
30.	Я мстителен.			
31.	Мне трудно менять привычки.			
32.	Нелегко переключаю внимание.			
33.	Очень настороженно отношусь ко всему новому.			
34.	Меня трудно переубедить.			
35.	Нередко у меня не выходят из головы мысли, от			

	которых следовало бы освободиться.			
36.	Нелегко сближаюсь с людьми.			
37.	Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.			
38.	Нередко я проявляю упрямство.			
39.	Неохотно иду на риск.			
40.	Резко переживаю отклонения от принятого мною режима.			

**Методика измерения личностной и ситуативной тревожности
по тесту Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина**

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

№ п/п	Суждение	Ответы			
		нет, это не так	пожалуй, так	верно	совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личной тревожности (ЛТ)

№ п/п	Суждение	Ответы			
		никогда	почти никогда	часто	почти всегда
1.	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2.	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3.	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
4.	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5.	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6.	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
7.	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8.	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10.	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11.	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13.	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
14.	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16.	Я бываю доволен	1	2	3	4
17.	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18.	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19.	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20.	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

**Шкала самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение»
(В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников, 1973)**

Инструкция: Прочтите внимательно каждое из приведенных предложений и выберите ответ в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ.

Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов здесь нет.

		Значительно	Средне	Слабо	Вовсе нет	Слабо	Средне	Значительно	
1.	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2.	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3.	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4.	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5.	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6.	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7.	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8.	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9.	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10.	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11.	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12.	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13.	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14.	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15.	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16.	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17.	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18.	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19.	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20.	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21.	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22.	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23.	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24.	Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25.	Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26.	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27.	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28.	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29.	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30.	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

**Опросник депрессивности Бека
(Beck Depression Inventory – BDI, адаптация Н.В. Тарабриной)**

Инструкция: в этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения.

Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

1

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины

6

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

Да _____ Нет _____

20

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.

1 Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.

3 Я полностью утратил либидо интерес

**Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга,
в адаптации Т.И. Балашовой, 1965**

ФИО _____ Дата рождения _____

Дата тестирования _____ Примечание _____

№	Утверждение	Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
		или изредка			
1.	Я чувствую подавленность, тоску				
2.	Утром я чувствую себя лучше всего				
3.	У меня бывают периоды плача или близости к слезам				
4.	У меня плохой ночной сон				
5.	Аппетит у меня не хуже обычного				
6.	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом				
7.	Я замечаю, что теряю вес				
8.	Меня беспокоят запоры				
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно				
10.	Я устаю без всяких причин				
11.	Я мыслю так же ясно, как всегда				
12.	Мне легко делать то, что я умею				
13.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте				
14.	У меня есть, надежды на будущее				
15.	Я более раздражителен, чем обычно				
16.	Мне легко принимать решения				
17.	Я чувствую, что полезен и необходим				
18.	Я живу достаточно полной жизнью				
19.	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру				
20.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда				

**АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧА
«Критерии оценки состояния пациента»**

ФИО: _____

Диагноз: _____

1. Острота психопатологических проявлений

Состояние пациента:

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое
- 4) резидуальное
- 5) нет нарушений

Сознание болезни

- 1) отсутствует
- 2) частичное
- 3) преувеличенное
- 4) адекватное

Актуальность патологических переживаний

- 1) высокая, определяющая поведение
- 2) низкая, не определяющая поведение

Общий уровень дезадаптации в сферах

1. Производственная деятельность и образование
2. Межличностные отношения
3. Брак и воспитание детей
4. Отношения с родителями
5. Сексуальные отношения
6. Активность свободного времени

	1 сессия		3 сессия		5 сессия	
	да	нет	да	нет	да	нет
Изменения в поведении пациента						
Изменения эмоционального состояния пациента						
Изменение отношения пациента к лечению						
Навязчивые мысли						
Жалобы на плохое самочувствие						
Агрессивность пациента						
Нервозность пациента						
Наличие галлюцинаций, бреда						
Желание пациента идти на контакт						

2. Микросоциальное окружение

- 1) этикетирующее отношение
- 2) тенденции к дистанцированию

ожидания и интересы:

- 1) расходящиеся
- 2) взаимно согласованные

поведение в контакте:

- 1) активное
- 2) не интегрированное
- 3) интегрированное
- 4) доминирующее
- 5) подчиняемое

фрустрация больного:

- 1) высокая
- 2) низкая
- 3) адекватная реакция на фрустрацию

влияние на больного:

- 1) дезадаптирующее
- 2) адаптирующее/адаптивное

круг друзей и знакомых:

- 1) нет друзей
- 2) маленький
- 3) большой

интерес к контактам:

- 1) отсутствует
- 2) низкий
- 3) высокий

поведение в контакте:

- 1) пассивное
- 2) активное
- 4) доминирующее
- 5) подчиняемое
- 6) избегание контактов

качество контактов:

- 1) диссоциальные
- 2) малосодержательные
- 3) содержательные

ожидания от партнера:

- 1) завышенные, непоследовательные
- 2) признание себя
- 3) эмоциональная привязанность
- 4) согласованность интересов

отношение к общественным

объединениям:

- 1) отклоняющееся
- 2) безразличное
- 3) увлеченное

Вопросы клинического интервьюирования

ФИО _____

Актуальное состояние пациента и выявление причин госпитализации:

Как сейчас Вы себя чувствуете? Есть ли у Вас жалобы на состояние вашего здоровья?

Есть ли у Вас нарушения сна, аппетита?

Бывают ли у Вас неконтролируемые приступы тревоги?

Как Вы попали в больницу? Как давно Вы находитесь здесь?

Это первый раз когда Вы попали в больницу?

Какие изменения в Вашем состоянии произошли за время госпитализации?

Подробно опишите Ваше состояние перед госпитализацией?

Были ли стрессовые события, проблемы или трудности, которые, по Вашему мнению, способствовали ухудшению Вашего состояния и последующей госпитализации? Если да, то расскажите о них поподробнее.

Индивидуальные сведения о пациенте:

Вы были послушным ребенком в детстве?

Опишите Ваше детство? Какое оно было?

Переносили ли Вы в детстве серьезные заболевания или травмы?

На какие оценки Вы учились в школе?

Какое у Вас образование?

Кем Вы работаете? Какие отношения на работе у Вас складываются с коллегами и начальством?

Много ли у Вас друзей?

Как Вы предпочитаете проводить свой досуг?

Есть ли у Вас хобби?

Сталкиваясь с трудностями или проблемными ситуациями, что Вы обычно делаете?

Есть ли у Вас любимое занятие, которое доставляет Вам особое удовольствие?

Сведения о родителях и близких родственниках:

Ваше семейное положение?

С кем в данный момент Вы проживаете?

Есть ли у Вас дети?

В каких отношениях Вы находитесь со своими домашними? Бывают ли у Вас конфликты?

Расскажите поподробнее, в какой семье Вы воспитывались? Какие отношения в детстве у Вас сложились с родителями?

Есть ли у Вас братья/сестры? Поддерживаете ли Вы с ними отношения?

Навещают ли Вас родственники? Как часто? Как происходят эти встречи?

Учебное издание

**Руслан Васитович Кадыров
Маргарита Вячеславовна Маслова**

**ПРОГРАММА КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В ПЕРЕЖИВАНИИ УТРАТЫ БЛИЗКОГО, БОЛЬНЫМ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

В авторской редакции

Подписано в печать 14.01.2016. Формат 60x84/16
Печать оперативная. Усл. п.л. 2,8
Тираж 500 экз. Заказ № 01-14-01

Отпечатано с готового оригинал-макета в издательстве ЗЕБРА
432072, Россия, г. Ульяновск, ул. Жуковского, 83.