

⚠18+

КРИЗИСНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КОМБАТАНТОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

ПОД НАУЧНОЙ РЕДАКЦИЕЙ
Т. СИНИЦЫНОЙ



Психология для профессионалов

Коллектив авторов

**Кризисное консультирование
комбатантов и членов их семей**

«Питер (Айлиб)»

2026

УДК 615.851+159.942.5
ББК 53.57+88.352

Коллектив авторов

Кризисное консультирование комбатантов и членов их семей /
Коллектив авторов — «Питер (Айлиб)», 2026 — (Психология для
профессионалов)

ISBN 978-5-4461-4100-5

Эта книга адресована профессионалам, которые оказывают помощь и поддержку комбатантам и членам их семей. Авторы – практикующие психологи и психиатры МО РФ МВД РФ, МЧС РФ, Министерства здравоохранения РФ, имеющие большой опыт в данной области. Кризисное психологическое консультирование имеет существенные отличия от консультирования, которое фокусируется на решении менее острых проблем. Оно направлено на оказание психологической помощи в процессе переживания критической ситуации. В книге затронуты такие темы, как от фантомные боли, работа с горем, переживание чувства вины, поиск смысла жизни, кризисные отношения комбатанта с близкими, работа с агрессией пациентов и др. Ряд глав посвящен подготовке самого кризисного психолога и повышения его жизнестойкости для решения профессиональных задач. Книга рекомендована клиническим психологам, социальными психологами, волонтерам с психологическим образованием, участвующими в оказании психологической помощи (от экстренной до отсроченной) и психологической поддержки.

УДК 615.851+159.942.5
ББК 53.57+88.352

ISBN 978-5-4461-4100-5

© Коллектив авторов, 2026

© Питер (Айлиб), 2026

Содержание

Предисловие	7
Глава 1. Военные травмы, боевые психические травмы	9
Неврозы как психогенные заболевания	10
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	11
Примечания	12
Глава 2. Особенности установления первичного контакта с участниками СВО и членами их семей	13
Цели и задачи первичного контакта	14
Психологическая готовность и мотивация к помощи	15
Как сформировать запрос на оказание психологической помощи?	16
Этика и культура взаимодействия	17
Примечания	19
Глава 3. Основные диагностические методы в оценке состояния комбатанта	20
Блок 1. Исследование когнитивных процессов и методы диагностики	22
Блок 2. Симптоматические и личностные опросники	29
Примечания	30
Глава 4. Агрессия в кабинете психолога. Техники и практика работы с агрессией	31
Что такое агрессия?	32
Подавление агрессии	34
Последствия запретов на осознание и выражение агрессии	36
Симптомы и признаки подавленной агрессии	37
Примеры пассивной агрессии при работе с участником боевых действий	40
Противопоказания к работе с агрессией	41
Подготовка к работе с агрессией	42
Начало работы	45
Агрессия в сновидениях	46
Вербальные приемы для работы с агрессией	47
Агрессия в ориентированном на решение краткосрочном подходе	50
Примечания	53
Глава 5. Вина выжившего. Психологическая помощь и поддержка при переживании вины	54
Вина выжившего	56
Типы вины (по Кадырову Р. В.)	59
Что такое вина выжившего?	60
Вина выжившего на войне	61
Конец ознакомительного фрагмента.	62

**Кризисное консультирование
комбатантов и членов их семей
под ред. Т. Ю. Сеницыной**

© ООО Издательство «Питер», 2026

Предисловие

Мы часто говорим о таких качествах, как милосердие и сострадание, по мнению ученых, приоритетных в работе специалистов помогающих профессий. Что касается компетенций, одна из важнейших для психологов, волонтеров, социальных координаторов, медицинского персонала – это эмпатия, или способность чувствовать чужую боль. Исследования Т. П. Гавриловой показывают, что личности с высоким уровнем эмпатии, которые видят горе другого человека, способны понять его боль и облегчить состояние.

Сопереживая недугам и травмам других людей, эмпаты могут перенять их физические симптомы (боли в теле, простуду, заболевания, инфекции, нарушение пищеварения, проблемы с поясницей и пр.) – то есть стать сотравмированными. Все это можно отнести к негативным последствиям высокого уровня эмпатии.

Женщина-психолог обратилась за помощью. Она работает в госпитале: милосердна, эмпатична, полна сострадания и сочувствия к тяжело раненному воину, от которого отказалась жена. В итоге выстроившихся коммуникаций воин предлагает психологу выйти за него замуж. Психолог с ужасом думает, как отказать: у нее есть семья и дети. Но воин уже несколько раз произносил фразу: «Ведь ты из тех, кто не предаст...» Сама ситуация была тяжело пережита психологом. Неумение выстроить профессиональные границы при высоком уровне эмпатии – проблема многих помогающих специалистов.

Можно ли сделать вывод, что, сопереживая, принимая воина безоценочно, мы можем забрать на себя симптомы боевого стресса, как если бы мы сами участвовали в боевых действиях? Да. Поэтому сегодня очень важно не только сопереживать и сочувствовать, но в первую очередь помогать участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей.

Воин рассказывает о работе с психологом. Говорит о том, что психолог сочувствовала и даже рассказывала о своей жизни – своих трудностях и тяжелых событиях, сопереживала бедам воина и была крайне эмпатична. Но, по мнению воина, ему было нужно пройти этап принятия (отсутствие ноги) и выстроить четкое понимание того, каковы его дальнейшие возможности, риски, какие шаги следует предпринять и каков порядок этих «шагов».

Основная цель психологического сопровождения – сохранение психического и физического здоровья, профессионального долголетия участников СВО. По сути, мы говорим о совместном прохождении этапов «жизненной дороги», содействии в ее прохождении. Содействие – это не просто путь, состоящий из малых шагов и остановок, но и *процесс упорядочения хаоса*. Он подразумевает выстраивание ближней и долгосрочной перспективы – в том числе перспективы собственной жизни. Это обретение контроля над своей судьбой и деятельная вовлеченность во все происходящее. Это право идти своей дорогой, совершая ошибки, но принимая ответственность за них и обретая бесценный опыт.

Психологическое сопровождение включает в себя следующие направления профессиональной деятельности: психологическую диагностику, психологическое просвещение, психологический тренинг, психологическое консультирование, психокоррекцию, психотерапию, организацию рекреационных мероприятий и др.

Кризисное психологическое консультирование имеет существенные отличия от психологического консультирования, которое фокусируется на решении менее острых проблем. Наряду с кризисной психотерапией оно направлено на оказание психологической помощи в процессе переживания критической ситуации.

Предполагается, что после нормализации эмоционального состояния и достижения приемлемого уровня адаптации клиент (пациент) будет способен рационально решать проблемы или психологически принять новую жизненную ситуацию. Далее психологическая помощь может осуществляться как проблемно-ориентированное консультирование.

В книге 23 главы, материал подготовлен исходя из запросов участников СВО и их близких. Запросы непростые: от травм, связанных с утратой половых функций до переживания фантомных болей, от сексуального насилия до работы с горем, от переживания чувства вины до поиска выжившими смысла жизни. Главы написаны специалистами-практиками, оказывающими психологическую помощь и поддержку воинам и членам их семей в Луганске, Донецке, Республике Крым, в Севастополе, в освобожденных городах, в госпиталях Москвы, Санкт-Петербурга и других российских городов, авторы выезжают «за ленту», работают в государственных и общественных фондах, частных центрах, помогают пережить горе, поддерживают семьи пропавших без вести.

Ряд глав посвящен психологической подготовке самого специалиста, в профессиональные задачи которого входит кризисное психологическое консультирование участников СВО и членов их семей. Так как задача повышения жизнестойкости самого кризисного психолога как ресурса для противостояния стрессам и преодоления трудных жизненных ситуаций (в том числе профессиональных) очень важна.

Глава 1. Военные травмы, боевые психические травмы

Сураева М. В.



Вооруженные конфликты – неотъемлемая часть истории человечества. За последние 6 тысяч лет наша планета пережила более 15 тысяч войн, что отражено в печальной статистике: на один день мира приходится пять дней войны. За все время этих кровопролитных противостояний погибло около 4 миллиардов человек. История войн тесно связана с историей психических расстройств, обусловленных тяжелейшими условиями боевых действий.

Неврозы как психогенные заболевания

Современные научные определения невроза опираются на ключевую идею: это психогенное заболевание, возникающее из-за неразрешенного, мучительного для человека конфликта между его внутренними потребностями и внешними обстоятельствами. Этот конфликт вызывает тягостные переживания – неудовлетворенность, неудачи, утраты, – а неспособность найти продуктивный выход приводит к дезорганизации психической и физиологической сферы.

Мясищев В. Н. выделял базисную триаду *невротического реагирования*:

- *эмоциональный уровень* – сензитивность (повышенная чувствительность);
- *уровень характера* – тревожность;
- *уровень направленности личности* – гиперсоциальность.

Критерии неврозов (по классической классификации):

- **ведущая роль психогенных факторов** в возникновении и течении расстройства;
- **функциональный характер и потенциальная обратимость** болезненных состояний;
- **отсутствие психотических симптомов** (бред, галлюцинаций, грубых нарушений сознания);
- **сохранение критики** (осознание пациентом болезненного характера своего состояния и адекватная оценка реальности).

Психологические симптомы неврозов включают эмоциональное неблагополучие, тревожность, фобии, нарушения общения, заикленность на травматической ситуации, повышенную утомляемость, снижение концентрации. Физиологические проявления – головные и сердечные боли, панические атаки, нарушения сна, пищеварения, ипохондрические жалобы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Одной из наиболее тяжелых форм боевых психических травм является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), для которого характерны повторяющиеся воспоминания о травме, ночные кошмары, повышенная тревожность, депрессия, чувство вины, избегание любых напоминаний о травмирующем событии. Эти симптомы могут сохраняться годами, существенно нарушая социальное и профессиональное функционирование.

Фазы развития ПТСР [13]:

- отрицание;
- навязчивость;
- прорабатывание;
- завершение.

Выделяют острое (до одного месяца), хроническое (более трех месяцев) и отсроченное (через шесть месяцев и более) ПТСР, а также комплексное ПТСР, связанное с многократными травмами (насилие, пытки, военные действия).

Классификация ПТСР в МКБ-10¹ включает:

- тревожный тип (доминируют тревога, стремление к общению);
- астенический (апатия, потеря интереса);
- дисфорический (неустойчивое настроение, агрессия);
- соматоформный (боли в теле, нарушения ЖКТ, мигрени).

Стадии ПТСР:

- *шоковая* (реакция на травму);
- *реактивная* (осознание и первые проявления);
- *расстройство адаптации* (депрессия, тревожность);
- *стадия интеграции* (принятие произошедшего, адаптация).

Современные методы диагностики ПТСР включают сбор анамнеза, психологическое тестирование (SCL-90, шкалы Бека и Зунга), беседы с пациентом и его родственниками. Лечение сочетает фармакотерапию (антидепрессанты, седативные препараты) и психотерапию (групповые, индивидуальные, гештальт-терапия), а также профилактику повторных травм. В России утвержден новый стандарт медпомощи при ПТСР (приказ Минздрава № 311н от 21 июня 2023 года), увеличивший среднюю продолжительность лечения с 90 до 325 дней.

Современным определением цели терапии ПТСР является интеграция травматических воспоминаний в структуру автобиографической памяти, что приводит к повышению когерентности (взаимосвязи) и континуальности (непрерывности) Я-концепции.

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра. – Примеч. ред.

Примечания

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Приказ МЗ РФ от 26.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».
4. Приказ МЗ РФ от 26.11.1997 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
5. Методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения». Авторы из Санкт-Петербургского психологического общества (Saint-Petersburg psychological association).
6. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2004.
7. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология. – СПб.: Питер, 2001.
8. Журавлёв А. Л., Исурина Г. Л., Карпова Э. Б. Психологическая концепция отношений
9. Мясницев В. Н. Учение о неврозах и психотерапия // Психологический журнал. 2020. Т. 41. № 2. С. 5–14.
10. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
11. Попов Ю. В., Вид. В. Д. Современная клиническая психиатрия (руководство, основанное на МКБ_10). – СПб.: Речь, 2000.
12. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2009.
13. Horowitz, M.J. Disasters and psychological responses to stress // Psychiatric Annals. 1985. Vol. 15, № 3. С. 161–167.

Глава 2. Особенности установления первичного контакта с участниками СВО и членами их семей

Сураева М. В.



Участие в вооруженных конфликтах оборачивается не только физическими, но и выраженными психоэмоциональными последствиями для военнослужащих и их ближайшего окружения. Участники специальной военной операции (СВО), а также члены их семей сталкиваются с широким спектром психологических трудностей: от тревожно-депрессивных состояний до нарушений адаптации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Эффективность оказания помощи во многом зависит от того, насколько правильно и бережно установлен первичный контакт. На этом этапе формируется доверие, происходит первичная диагностика, выявляются ресурсы и барьеры для взаимодействия. Данная глава посвящена особенностям и методологии установления первичного контакта с данной категорией лиц.

Цели и задачи первичного контакта

Первичный контакт представляет собой начальный этап психолого-психотерапевтического взаимодействия. Его задачи включают:

- формирование доверительных отношений;
- определение степени готовности к помощи;
- выявление актуальных психических и социальных проблем;
- снижение уровня тревожности и сопротивления;
- ориентацию клиента в возможностях психологической помощи.

Особенно важно понимать, что лицо, обратившееся за поддержкой, может находиться в состоянии психоэмоционального истощения, быть недоверчивым или даже враждебно настроенным к специалисту. Эмпатия, недирективность и профессионализм является краеугольным камнем первичного взаимодействия. Психолог должен учитывать культурный, социальный и личностный контекст клиента и быть готовым к гибкой настройке своей тактики.

Рассмотрим некоторые этапы оказания психологической помощи участникам СВО, их семьям, лицам, ставшим свидетелями военных действий, беженцам и переселенцам.

Скрининг психоэмоционального состояния – это неотъемлемая часть первичного контакта. Он направлен на оценку потребностей клиента и раннее выявление признаков психических расстройств, рисков суицидального поведения. Это позволяет не только вовремя оказать помощь, но и избежать развития более тяжелых состояний.

Для участников СВО и их семей используются валидизированные методики диагностики ПТСР: опросник на скрининг ПТСР, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала серьезности суицидальных намерений и опросники для детей (2–17 лет).

Кроме анкетирования, важную роль играет наблюдение за поведением, мимикой, речью клиента. Комплексный подход обеспечивает более точную маршрутизацию – направление клиента к соответствующему уровню помощи.

Психологическая готовность и мотивация к помощи

Готовность человека принять помощь зависит от множества факторов. Не все, кто сталкивается с внутренними трудностями, осознают их как проблему или видят необходимость в профессиональной поддержке. Выделяют следующие *вербальные* признаки готовности:

- прямое желание изменений;
- осознание конкретных проблем;
- согласие на участие в терапевтическом процессе;
- жалобы на эмоциональное или физическое недомогание.

К *невербальным* признакам относятся:

- направленный взгляд (или избегание взгляда, если сопровождается тревогой);
- напряженная поза;
- мимика обеспокоенности, испуга;
- дрожащий или подавленный голос.

Психологу важно не только уметь выявить эти признаки, но и грамотно отреагировать на них: не спугнуть клиента, не вызвать сопротивления. Иногда мягкое отражение эмоций («Я вижу, что вам тяжело») может стать началом продуктивной беседы.

Часто можно столкнуться с проблемой неосознанности получения психологической помощи лицами, пострадавшими в ходе военных действий. Отказ от психологической помощи может быть обусловлен как внешними, так и внутренними факторами.

Внешние причины:

- слабая культура обращения за психологической помощью;
- мифы о «манипуляциях» со стороны психологов;
- стигматизация психиатрии;
- страх за конфиденциальность;
- влияние СМИ и дезинформации;
- формальные отговорки («нет времени», «не вижу смысла»).

Внутренние причины:

- страх осуждения или самораскрытия;
- сверхнастороженность;
- сомнения в компетентности психологов из-за прошлого опыта;
- установка «если обращаюсь – значит слабый»;
- рентные (выгодополучающие) установки: ожидание поддержки без личных усилий;
- сниженная критичность к своему состоянию.

Важно помнить: за каждым отказом скрывается не отсутствие потребности, а способ психологической защиты. Цель специалиста – не настаивать, а сопровождать, разъяснять, мягко снижать барьеры.

Как сформировать запрос на оказание психологической помощи?

Мотивационное консультирование – это техника, позволяющая не навязывать помощь, а помогать клиенту самостоятельно прийти к решению о необходимости изменений. Она базируется на уважении к автономии, принятии, эмпатии и сотрудничестве.

Основные принципы мотивационного консультирования:

- *открытые вопросы*, позволяющие клиенту свободно выражать мысли;
- *рефлексивное слушание*, демонстрирующее понимание;
- *резюмирование*, подводящее промежуточные итоги;
- поддержка изменений без давления.

Тактики интервью:

1. *По инициативе клиента* – он сам говорит о проблеме;
2. *По обстоятельствам* – при выявлении симптомов психологом;
3. *Планируемый разговор* – при отсутствии явных жалоб, но при наличии факторов риска.

Пример начала диалога: «Вы не будете возражать, если я задам вам несколько вопросов о вашем настроении и самочувствии? Мы задаем всем обратившимся некоторые общие вопросы – не против, если я начну с этого?»

Чего важно *не* делать:

- приказывать, читать нотации;
- убеждать логикой – она бессильна без эмпатии;
- вызывать чувство вины;
- задевать острые темы.

С момента осознания необходимости получения психологической помощи важно установление *психотерапевтического контракта*. Это не подписание делового договора между клиентом и психологом, а методика, позволяющая осознать правила взаимодействия и возможности специалиста в соответствии с запросом клиента.

Компоненты контракта:

1. *Идентификация клиента* – кто обращается, кто инициировал контакт.
2. *Запрос* – симптомы, поведение, неудовлетворенность.
3. *Формирование заказа* – позитивная цель терапии (например: «хочу меньше злиться»).
4. *Глубина вмешательства* – от консультации до длительной терапии.
5. *Метод и формат помощи* – когнитивный подход, поддерживающее консультирование и др.
6. *Продолжительность* – сроки, необходимое количество сессий.

Контракт обеспечивает структурированность, защищает интересы обеих сторон и облегчает коррекцию терапии в будущем. Важно помнить: это не статический документ, а живая часть процесса, нуждающаяся в пересмотре при изменении мотивации и целей клиента.

Психотерапевтический контракт – это живой и динамичный документ, определяющий тактику и рамки работы. Грамотное его оформление и регулярное обновление гарантируют прозрачность отношений, эффективность терапии и безопасность обеих сторон.

Этика и культура взаимодействия

Первичный контакт – не просто начало психотерапевтической работы. От того, насколько успешно он прошел, зависит, состоится ли дальнейшее взаимодействие. Он требует от специалиста не только профессиональных знаний и навыков, но и глубокого уважения к личному опыту клиента, к его боли, сомнениям и даже к отказу. Работа с участниками СВО и их семьями требует особого такта, терпения и способности выдерживать трудные эмоции. Только так возможно создать условия для восстановления и роста – индивидуального, семейного и общественного.

Немаловажно учитывать феномен «свой – чужой». Участники СВО и их семьи часто чувствуют себя не такими, как все, изолированными от остального общества. Для установления контакта психолог должен сначала стать «своим».

Пример (практика установления первичного контакта)

Кейс 1: участник СВО, 35 лет. «Я не псих, мне это не нужно»

Ситуация:

мужчина, участник СВО, направлен командиром в медицинскую часть после признаков эмоциональной нестабильности. На приеме сидит в напряженной позе, избегает взгляда, на вопросы отвечает односложно. Вначале категорически отказывается от помощи: *«Я не псих. Просто устал. Ничего мне не нужно»*.

Тактика специалиста:

сохранение спокойствия, отсутствие попыток переубедить; использование мягких открытых вопросов: «Вы не будете против, если я просто задам пару вопросов, чтобы понять, как вы себя сейчас чувствуете?»; акцент на конфиденциальности и цели беседы: «Я не ставлю диагнозов, моя задача – просто помочь разобраться, есть ли у вас внутренний ресурс. Иногда даже разговор может немного облегчить состояние».

Результат:

через 10 минут беседы мужчина рассказывает о бессоннице, флешбэках, раздражительности, страхе за детей. К концу сессии соглашается на короткий цикл встреч.

Кейс 2: жена участника СВО. «Он вернулся другим»

Ситуация:

женщина обращается в поликлинику с жалобами на ухудшение эмоционального состояния мужа: «Раньше он был добрым, теперь молчит, срывается на ребенке». Женщина тревожна, плачет, боится развода.

Работа психолога:

уточнение запроса: «Что вас больше всего беспокоит в происходящем?»; валидизация чувств: «Похоже, это очень тяжело – быть рядом и не понимать, что с ним происходит»; ориентация на возможности: «Вы не одна. Существует помощь и для вас, и для него. Это путь, и вы уже сделали первый шаг».

Результат:

психолог помогает женщине понять природу ПТСР, дает рекомендации по коммуникации с супругом, предлагает семейную консультацию.

Типичные ошибки при установлении контакта:

1. *Формальный подход*: неуместное использование профессионального жаргона, поскольку шаблонные фразы создают дистанцию.
2. *Слишком активные попытки «спасти»*: участники СВО могут интерпретировать излишнюю заботу как слабость или жалость.
3. *Неуточненные ожидания*: без прояснения запроса и формулирования «заказа» на помощь легко попасть в зону сопротивления.

Примеры начала диалога: «Каждый человек по-своему переживает трудности. Расскажите, как это для вас?»; «Вы бы хотели просто поговорить или задать какие-то конкретные вопросы?»; «Моя задача – быть рядом и понять, что важно для вас сейчас. Мы можем начать с малого».

Рекомендации специалисту:

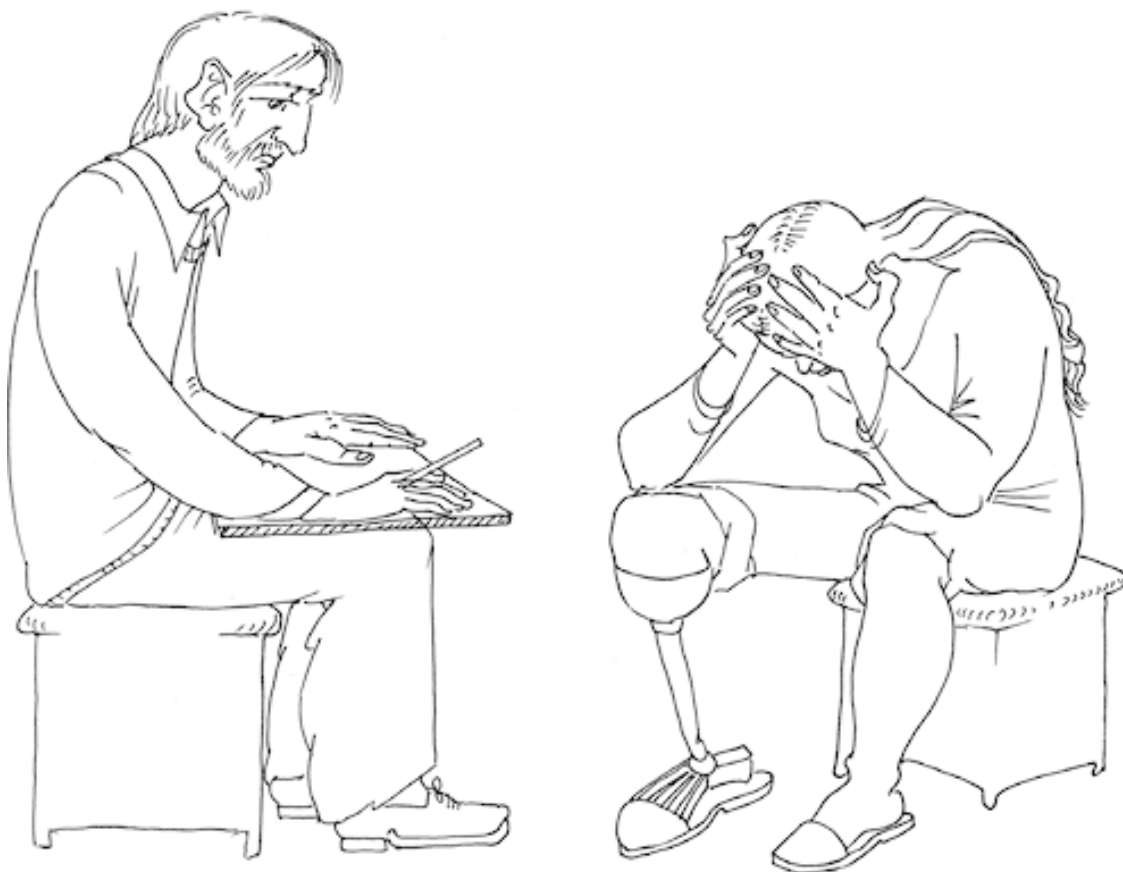
1. *Отношения между клиентом и психологом важнее работы*: даже при срочной ситуации установление безопасного пространства важнее анализа симптомов.
2. *Подстройка к языку клиента*: используйте простую речь, избегайте медицинской терминологии без объяснения.
3. *Нейтральность и уважение*: избегайте навешивания ярлыков. Участник СВО может протестовать против «психологизации» своего опыта.
4. *Отражение и нормализация*: использование фразы «Многие участники чувствуют это. Это не слабость – это след войны, и с этим можно работать».
5. *Психолог – не чиновник*: контакт может быть разрушен, если клиент воспримет специалиста как представителя системы, а не как союзника.

Необходимо помнить, что лечит не метод, а специалист. Ответственность и профессионализм терапевта, а также активность клиента – ключевые составляющие успешного психотерапевтического процесса.

Примечания

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Приказ МЗ РФ от 26.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».
4. Приказ МЗ РФ от 26.11.1997 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
5. Методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения». Авторы из Санкт-Петербургского психологического общества (Saint-Petersburg psychological association).
6. Методические рекомендации «Организация скринингового обследования участников специальной военной операции и членов их семей в целях раннего выявления у них психических расстройств, в том числе связанных со стрессом». Министерство здравоохранения РФ от 08.11. 2023.
7. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2004.
8. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология. – СПб.: Питер, 2001.
9. Минияров В. М. Психология семейного воспитания: диагностико-коррекционный аспект. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000.
10. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
11. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патодиагностики. – М.: Эксмо-Пресс, 1999.
12. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2009.

Глава 3. Основные диагностические методы в оценке состояния комбатанта *Сураева М. В.*



Рассматривая вопросы помощи участникам СВО и лицам, пострадавшим от военных действий, необходимо помнить, что кроме кризисной помощи есть необходимость в более длительном психотерапевтическом процессе, где нужно учитывать уровень личностной сохранности обратившегося. И здесь можно столкнуться не только с психологической проблемой, но и с патопсихологическими процессами, которые требуют более четкого определения психологического состояния и степени сохранности личности. Военные действия влияют на личность человека и порой проявляют в ней преморбидные свойства, которые отсутствовали в мирное время.

Именно с целью определения характера и степени выраженности нарушений психических процессов проводятся психодиагностические методы исследования. Ведь одно и то же психологическое состояние (тревога, фобия, нарушение когнитивных процессов и т. д.) может быть признаком различных психопатологий. Отсюда вытекает необходимость знания основ клинической психологии для специалистов, работающих с военной травмой. И здесь нужно разбираться в особенностях патодиагностики тех или иных расстройств (патопсихологических симптомокомплексов).

К психическим процессам относятся ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь. В патопсихологическом исследовании наибольшее значение имеют восприятие, внимание, память и мышление.

Методы диагностики при проведении патопсихологических (психодиагностических) исследований разделены на два блока:

- методы, направленные на выявление наличия (отсутствия) патопсихологических симптомокомплексов, специфичных для психических расстройств;
- методы, направленные на выявление наличия (отсутствия) аномальных личностных особенностей.

По данным применения перечисленных методик медицинский психолог может выявить патопсихологический симптомокомплекс – совокупность нарушений и особенностей познавательных процессов (внимания, умственной работоспособности, памяти, мышления), относительно специфичных для той или иной клинической нозологии.

Блок 1. Исследование когнитивных процессов и методы диагностики

Восприятие отражает предмет как целое в совокупности всех его свойств, поэтому восприятие определяется как целостный образ предмета. При изменении психологического состояния восприятие предметов и явлений также претерпевает изменения.

К признакам *нарушения восприятия* относятся:

- затрудненность узнавания;
- искажение воспринимаемого материала;
- обман чувств, ложные узнавания;
- перестройка мотивационной стороны перцептивной деятельности.

С. Л. Рубинштейн указывал на то, что «в восприятии отражается вся многообразная жизнь личности», а при изменении личностного отношения изменяется и перцептивная деятельность.

Методы исследования восприятия:

- рассказ по сюжетным картинкам;
- ТАТ (тематический апперцептивный тест);
- классификация предметов;
- перепутанные линии.

Внимание – направленность психической деятельности, сознания человека на определенные предметы и явления.

Различают два типа нарушения внимания: гиперстенический и гипостенический (рис. 3.1):

- *Гиперстенический* тип нарушения внимания характеризуется повышенной раздражительностью и быстрой отвлекаемостью, при нем человек испытывает трудности с концентрацией на одной задаче и постоянно отвлекается на внешние раздражители. Это состояние также сопровождается эмоциональной неустойчивостью, вспышками гнева и суетливостью. Нарушение возникает на фоне чрезмерной возбудимости и является начальной стадией некоторых расстройств, таких как неврастения.

- *Гипостенический* тип нарушения внимания характеризуется непрерывным снижением внимания, повышенной утомляемостью и слабостью, что проявляется в виде вялости, апатии, рассеянности и неспособности к концентрации из-за постоянной усталости. Это состояние является заключительной фазой неврастения и может быть вызвано слабым типом нервной системы или чрезмерным переутомлением.

Гиперстенический вариант астении



Гипостенический вариант астении



Рис. 3.1. Нарушения внимания (кривая работоспособности)

В психологии выделяют следующие характеристики внимания:

- *психомоторный темп* – скорость выполнения простых сенсомоторных и когнитивных действий, отражающая быстроту реакции, лабильность нервной системы и уровень сформированности координации;
- *объем* – характеризуется количеством объектов или элементов, которые могут быть одновременно восприняты с одинаковой степенью ясности и отчетливости: объем внимания равен объему памяти (число Мюллера);
- *устойчивость* – удержание требуемой интенсивности внимания в течение длительного промежутка времени;
- *концентрация* – степень сосредоточенности, она представляет собой единство двух признаков: интенсивности внимания и его узости;
- *переключаемость*, гибкость внимания – заключается в способности быстро выключаться из одних установок и включаться в новые, соответствующие изменившимся условиям. Переключаемость означает сознательное и осмысленное переключение с одного объекта на другой;
- *избирательность* – личностный, мотивационный компонент (преимущественное выделение одних объектов по сравнению с другими).

К методам исследования внимания относятся:

- *корректирующая проба* – выявляет нарушения концентрации, устойчивости, степень истощаемости/вработываемости;
- *отыскивание чисел по таблицам Шульте* – выявляет нарушения устойчивости, степень истощаемости/вработываемости;
- *проба Мюнстерберга* – тест для определения избирательности и концентрации внимания.

Память – это психический процесс запоминания, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта.

Виды памяти:

- долговременная – кратковременная;
- произвольная – произвольная;
- опосредованная – непосредственная (механическая).

Зрительная ретенция:

- ассоциативная;
- логическая;
- оперативная (объем памяти = объем внимания).

Нарушения памяти – это снижение, полное отсутствие или искажение способности мозга регистрировать, сохранять и воспроизводить информацию. Выделяют несколько видов нарушения памяти:

- нарушение непосредственной памяти;
- нарушение опосредованной памяти;
- нарушение динамики мнестической деятельности²;

² Мнестическая деятельность – активная деятельность человека, направленная на запоминание и воспроизведение мате-

- нарушение мотивационного компонента.

Исследование непосредственной (механической) памяти:

- пробы на запоминание искусственных (не смысловых) словосочетаний – исследование механической непосредственной памяти, определение объема памяти;
- заучивание десяти слов – исследование механической непосредственной памяти, определение объема памяти, исследование долговременной памяти:
- первая проба – это объем внимания/памяти (норма составляет не менее пяти слов);
- десять слов – норма к 3–4-му разу;
- ретенция (воспроизведение заученных слов через час) – норма 80 %;
- называние лишних слов – признак органического патопсихологического симптомокомплекса;

Для оценки важно предъявление десяти проб. Специалист не должен влиять на воспроизведение; допустимо использование только валидной методики для исследования памяти: тест зрительной ретенции Бентона (нейропсихологический тест для оценки зрительного восприятия и памяти, который заключается в воспроизведении испытуемым нарисованных геометрических фигур после кратковременного просмотра).

Исследование опосредованного запоминания:

- по Леонтьеву³ – опосредованное запоминание (исследование логической, осмысленной памяти);
- пиктограммы – исследование опосредованного запоминания, мышления;
- исследует особенности мышления;
- применяется у взрослых (не менее семи классов образования);
- используется от 12–16 слов и выражений для запоминания;
- стандартный набор пиктограмм может варьироваться (замена 2–3 из них при сохранении основного состава слов);
- пациенту нужно сообщить, что будет исследоваться *зрительная* память;
- психически здоровые люди обычно устанавливают разнообразные, но содержательные связи;
- шкала памяти Векслера – набор тестов для оценки различных аспектов памяти (слуховой, зрительной, непосредственной, отсроченной) и рабочей памяти, а также скорости обработки информации у подростков и взрослых.

Мышление – опосредованное и обобщенное отражение существенных и закономерных связей и отношений между предметами и явлениями объективной реальности.

В онтогенезе⁴ мышление проходит три основные стадии: наглядно-действенную (оперирование предметами), наглядно-образную (оперирование образами предметов) и словесно-логическую (оперирование понятиями). Каждая стадия характеризуется переходом от непосредственного взаимодействия с миром к внутреннему, символическому мышлению, что отражает развитие ребенка от раннего возраста до школьного периода.

Особенности мышления в онтогенезе:

риала (Психологический словарь). – *Примеч. ред.*

³ Опосредованное запоминание по А. Н. Леонтьеву – это форма произвольной памяти, при которой человек использует внешние знаки или предметы как вспомогательные средства для запоминания и воспроизведения информации. – *Примеч. авт.*

⁴ Онтогенез – последовательная смена стадий преобразования отдельного организма от рождения и до смерти. – *Примеч. ред.*

- к трем годам – *практическое мышление* (предметно-действенное, предметно-образное, наглядно-действенное). Это самый низкий уровень обобщения – «что вижу, то и говорю» (в патопсихологии характерен для идиотии, имбецильности);
- к семи годам – образное или *конкретное мышление*: мышление на основе жизненного опыта (например, «доктор и градусник», «мама и веник» – реальные, воспринимаемые факты, объекты и субъекты);
- к 12–15 годам – *логическое* (отвлеченное) мышление. Уровень обобщения – абстрактно-логический (умение оперировать общими понятиями, устанавливать причинно-следственные связи, выявлять закономерности).

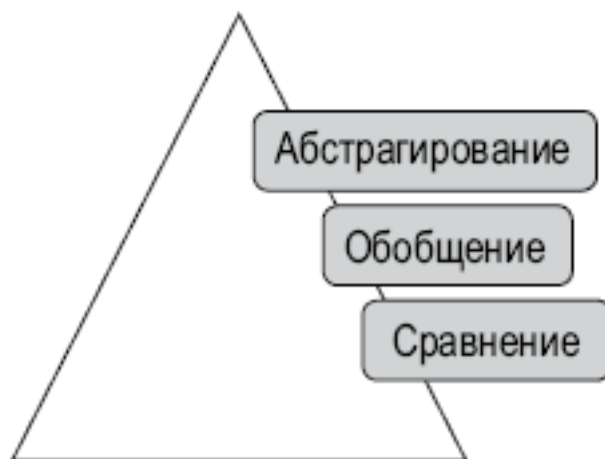


Рис. 3.2. Процессы мышления

В патопсихологии внимание уделяется процессам обобщения и абстрагирования. Важно знать, что они не зависят от уровня образования.

В норме мыслительная деятельность человека осуществляется следующим образом:

1. Формируются обобщение и абстрагирование, то есть человек способен легко и произвольно выходить на абстрактно-логический уровень.
2. Здоровый человек может произвольно менять свой уровень обобщения.
3. Находясь на самом высоком уровне обобщения – абстрактно-логическом, здоровый человек никогда не теряет связь с конкретной ситуацией (например, говоря о справедливости в целом).

Существует несколько видов нарушения мышления:

1. Нарушение операциональной стороны мышления: *снижение уровня обобщения* – в суждениях доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных, часто случайных связей между предметами; например, отказ объединить в одну группу козу с волком, «потому что они враждуют»; кошку и жука, потому что «кошка живет в доме, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больных, чем общий признак «животные». Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию; для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Нарушение связано с неумением абстрагироваться от конкретных жизненных фактов.

Пример 1. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе работают и едят».

Пример 2. В некоторых случаях создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например: ключ и замок (для запираения), перо и ручка (для письма), нитка и иглолка (для шитья), тетрадь и карандаш (для рисования).

Пример 3. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета, но классификацию не производят. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую – тетрадь, перо, карандаш. При этом больной составляет рассказ: «Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш».

Искажение процесса обобщения – пациенты в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, выходят за пределы их содержательной стороны. Например, объединяют вилку, стол и лопату по принципу «твердости»; гриб, лошадь и карандаш относят в одну группу по «принципу связи органического и неорганического». Подобные выполнения задания обозначаются как *бессодержательные или выхолощенные*. Чаще всего они встречаются у больных шизофренией (67 % обследованных больных) и у больных с расстройством личности (психопатии) (33 %).

2. Нарушение динамической стороны мышления:

- *непоследовательность мышления* – неустойчивость способа выполнения задания. Чередование адекватных и неадекватных решений (ошибки по типу снижения уровня обобщения);

- *лабильность* – мышление чрезвычайно подвижно, ответы даются импульсивно, повышенная отвлекаемость на побочные ассоциации, но сама возможность анализа и синтеза не нарушена;

- *инертность* – тугоподвижность, замедленность мышления, трудность переключения с одного вида деятельности на другой.

3. Нарушения мотивационно-личностной стороны мышления:

- нарушение целенаправленности мышления;
- нарушение процесса саморегуляции и критичности мышления;
- разноплановость;
- резонерство;
- соскальзывания;
- снижение уровня эмоционально-личностной наполненности суждений.

Методы исследования мышления:

- исключение лишнего (вербальный и невербальный вариант);
- классификация;
- простые аналогии;
- пословицы, метафоры;
- пиктограммы – опосредованное запоминание, мышление;
- последовательные картинки;
- проба Эббингауза.

Кейс 1

Комбатант, 27 лет. Шизофренический и органический патопсихологический симптомокомплекс. Доброволец, работал в ОМОН, считает себя человеком с развитым интеллектом и хорошо подготовленным физически. Получил осколочное ранение в области шеи и верхней части спины, прооперирован, осколки частично удалены. В области шеи остались инородные тела, которые нельзя удалить. Жалобы на сильные головные боли при наклонах головы, резком движении, при визуальных и звуковых нагрузках. Проведена патопсихологическая диагностика.

Результаты пиктограмм: на рисунках наблюдается выхолощенность символов (см. рис. 3.3), стереотипия. Коэффициент опосредованного запоминания (КОЗ) = 6 %, при норме от 80 %. Коэффициент адекватности (Ад) = 0 % (рис. 3.3).

Следует отметить, что испытуемый намеренно использовал геометрические символы, считая, что более точные картинки ему не нужны, ссылаясь на сильные головные боли, которые мешают сосредоточиться: «Если я заморочусь, то смогу все выполнить». На вопрос хочет ли он переделать рисунки, испытуемый отвечает: «Нет, не хочу провоцировать болевой синдром, лишний раз пить таблетки».

Можно говорить о снижении мотивации, демонстративно-протестном способе реагирования на обстоятельства и травму. У испытуемого присутствуют признаки резонерства и снижение критичности.

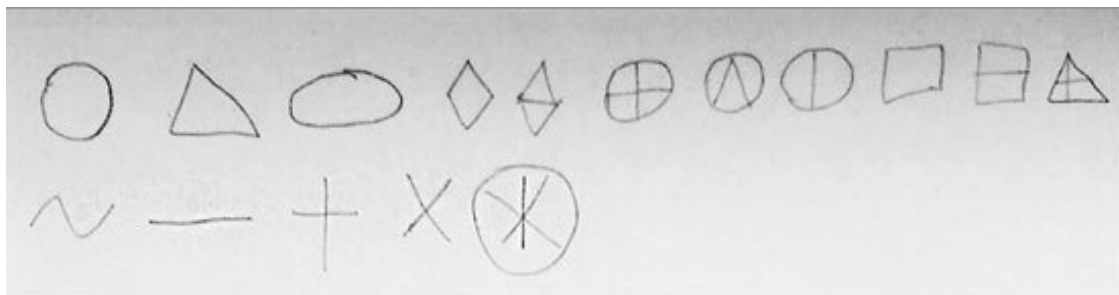


Рис. 3.3. Выхолощенность символов

Кейс 2

Комбатант, 44 года. Астено-невротический патопсихологический симптомокомплекс. Доброволец, минно-взрывная травма. Потеряны функции левой руки, жалоб нет. На момент обследования настроен доброжелательно, с удовольствием выполняет задание.

Результаты пиктограмм: рисунки сценopodobные, конкретные, снижен фактор абстрагирования, присутствуют личноcтно значимые стимулы (тяжелая работа и справедливость) (рис. 3.4). Коэффициент опосредованного запоминания (КОЗ) = 84 % при норме от 80 %. Коэффициент адекватности (Ад) в норме.

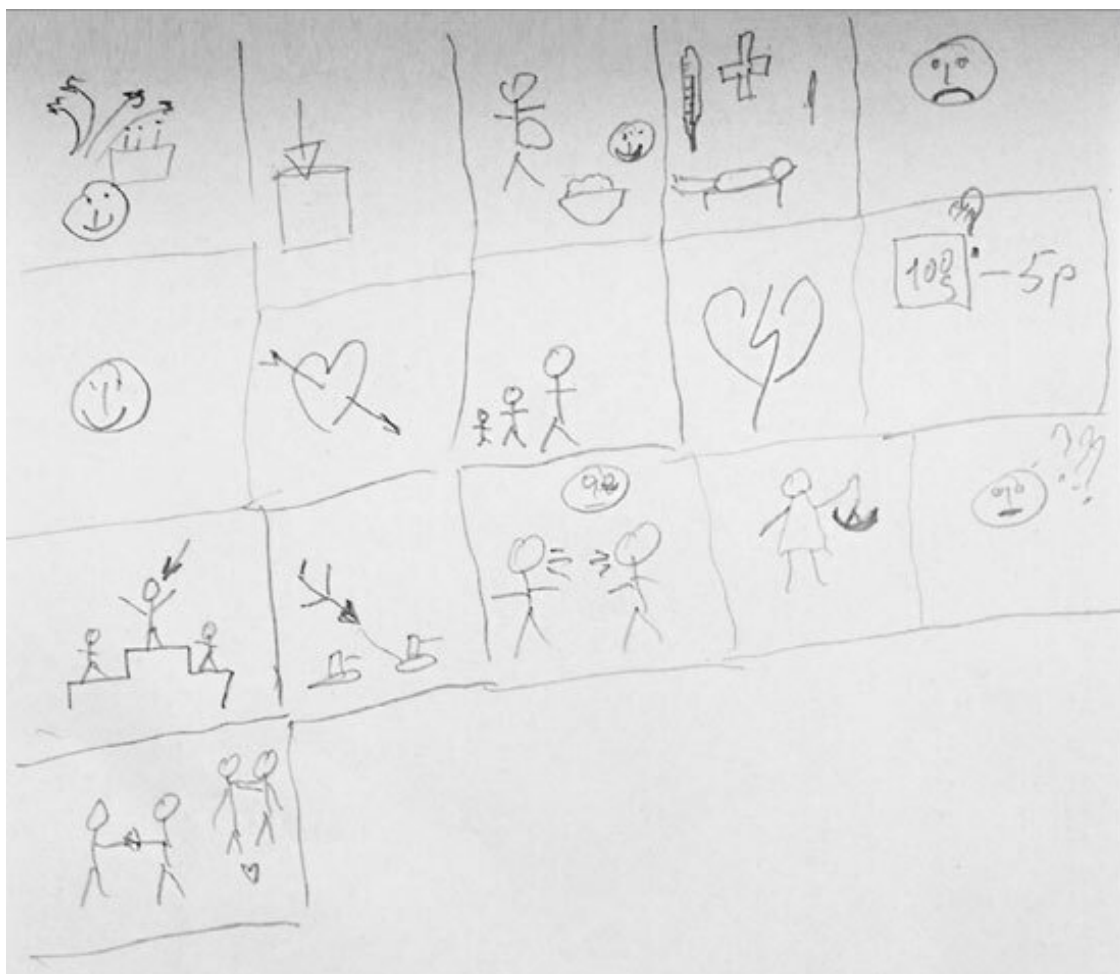


Рис. 3.4. Пиктограмма испытуемого с астено-невротическим синдромом

Блок 2. Симптоматические и личностные опросники

В данном разделе представлен богатый арсенал методик, которые могут быть использованы кризисными психологами. Из практики можно выделить набор удобных и информативных диагностических тестов и опросников, которые позволяют оценить психоэмоциональное состояние и личностные особенности:

- 1) интегративный тест тревожности;
- 2) шкалу депрессии Бека;
- 3) шкалу депрессии Зунга;
- 4) индивидуально типологический опросник (ИТО) Собчик;
- 5) опросник для определения уровня психопатизации и невротизации (УНП);
- 6) симптоматический опросник SCL-90;
- 7) MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) и т. д.

Кроме того, можно отметить важность работы с проективными методами диагностики личности, которые позволяют избежать как ответов с социальной желательностью, так и ответов с аггравацией своего состояния.

Для работы можно рекомендовать такие методики, как HAND-test, тест Розенцвейга, рисованный апперцептивный тест (РАТ) Собчик, тест «Нарисуй историю» Копытина.

Оценка психического состояния комбатанта – неотъемлемая часть системы медицинской и психологической помощи. Комплексный диагностический подход, основанный на клинико-психологических, патопсихологических и личностных методах, обеспечивает не только точность в дифференциальной диагностике, но и позволяет увидеть человека за симптомами – с его болью, ресурсами, историей и надеждой на восстановление. Только уважительный и научно обоснованный подход способен вернуть ветеранов к полноценной жизни.

Примечания

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ МЗ РФ от 26.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».
3. Приказ МЗ РФ от 26.11.1997 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
4. Методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения». Авторы из Санкт-Петербургского психологического общества (Saint-Petersburg psychological association).
5. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. – СПб.: Речь, 2002.
6. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
7. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2004.
8. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология. – СПб.: Питер, 2001.
9. Зейгарник Б. В. Психология личности: норма и патология (избранные психологические труды) / под ред. М. Р. Гинзбурга. – М.; Воронеж: НПО МОДЭК, 1998.
10. Ратанова Т. А., Шляхта Н. Ф. Психодиагностические методы изучения личности: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2000.
11. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2001.
12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патодиагностики. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.
13. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2005.

Глава 4. Агрессия в кабинете психолога. Техники и практика работы с агрессией

Чирков К. В.



Что такое агрессия?

В современной психологии до сих пор нет общепринятой трактовки агрессии. Предполагая, что это связано с многогранностью самого явления и феноменальностью его проявлений. Спектр проявлений агрессии чрезвычайно широк, от разрушения всех и вся, саморазрушения до творческого созидания и заботы о ближних.

Зигмунд Фрейд и Конрад Лоренц рассматривали агрессию как следствие преимущественно инстинктивных врожденных факторов. Из этого понимания следует, что агрессию практически невозможно устранить.

Фрейд утверждал, что агрессия, наряду с сексуальностью, является важной частью инстинктивной природы человека. Подавление этих природных инстинктов вызывает неврозы и недовольство. Таким образом, даже если общество достигнет высокого уровня материального благополучия и социальной справедливости, человеческие инстинкты, такие как агрессия, всегда останутся источником напряжения [5]. Можно сделать вывод, что ни удовлетворение всех материальных потребностей, ни устранение социальной несправедливости, ни другие позитивные изменения в структуре человеческого общества не могут предотвратить зарождение и проявление агрессивных импульсов.

К. Лоренц утверждал, что агрессивный инстинкт много значил в процессе эволюции, выживания и адаптации человека [2]. Основное его предположение заключается в том, что проявление агрессии зависит от взаимодействия двух факторов: количества накопленной в организме в определенный момент агрессивной энергии и силы внешнего воздействия, способного вызвать агрессивную реакцию.

Если уровень энергии достигает критического значения и не высвобождается с помощью внешнего стимула, происходит выброс спонтанной агрессии. К. Лоренц сравнивал данный процесс с работой парового котла, в котором непрерывно повышается давление до тех пор, пока он либо не выпустит пар под контролем рабочих, либо не взорвется самопроизвольно.

Также следует отметить, что Альфред Адлер признавал, что агрессивность является неотъемлемым качеством психической жизни, организующей деятельность человека [1].

Карен Хорни отмечала, что агрессивность возникает у ребенка, когда он признает и принимает как должное враждебность окружающих сознательно или бессознательно. Агрессивность, стремление причинить боль трактуются К. Хорни как невротическая защитная реакция человека, который чувствует угрозу удовлетворению своих нужд и потребностей, своим ценностям, своему достоинству, считает себя отвергнутым, униженным, обманутым. Постоянный источник такой угрозы – конкуренция в сексуальной, семейной, профессиональной и других сферах жизнедеятельности.

Основу теории К. Хорни составляет представление о том, что у ребёнка существуют две фундаментальные потребности – в удовлетворении и в безопасности, полное удовлетворение которых зависит от родителей или лиц, их замещающих. Фрустрация этих потребностей приводит к возникновению базовой тревоги и формированию специфических психологических защит и поведенческих стратегий, направленных на снижение внутреннего напряжения [6].

Эрих Фромм рассматривал два совершенно разных вида агрессии. Первый – оборонительная, «доброкачественная» агрессия, которая служит делу выживания человека. Она имеет биологические корни и затухает, как только исчезает опасность или угроза жизни. Другой вид – «злокачественная» агрессия – это деструктивность и жестокость, которые свойственны только человеку и определяются различными психологическими и социальными факторами.

Исследование проблемы агрессии, а также ее выражений, таких как агрессивность, тревожность, насилие, привлекает представителей не только психоаналитической школы. Изуче-

нию деструктивных форм выражения агрессии посвящены работы А. Басса, Д. Долларда, Л. Берковица, А. Бандуры, Д. Уотсона и др.

В отечественной психологии изучение агрессии привело к возникновению большого количества теорий и схем: например, теории биологической и социальной обусловленности агрессии, теории физиологического контроля агрессии, теории социального контроля и сдерживания агрессии и других.

Обычно психологи-практики понимают агрессию как индивидуальную характеристику человека. Ею выражается энергетический потенциал психики, используемый для жизнеобеспечения и развития личности. Направление действия потенциала необходимо рассматривать в контексте личности. Агрессия воздействует как на внутренние психические объекты, так и на окружающий мир в течение всей жизни человека.

То есть к концепции З. Фрейда, рассматривавшего агрессию как бессознательную разрушительную силу, с помощью которой проявляется стремление человека к смерти (мортидо), добавлена витальная концепция, в которой агрессия направлена на обеспечение работы механизмов выживания и адаптации человека к изменению среды.

Такое представление раскрывается в работах Гюнтера Амона, знаменитого основоположника немецкого психоанализа и динамической психиатрии, оно созвучно идеям одной из первых российских женщин-психоаналитиков Сабины Николаевны Шпильрейн. Во многом близка такая формулировка и теории о целостности личности Владимира Николаевича Мяснищева, доктора медицинских наук, знаменитого психиатра и медицинского психолога, основателя ленинградской школы психотерапии [3]. Нельзя не упомянуть в этой связи работы профессора Алексея Алексеевича Ухтомского [4]. В соответствии с терминологическим глоссарием основных понятий динамической психиатрии, выделим основные, необходимые для психотерапевтической работы два аспекта агрессии: важнейшее значение агрессии как структурной личностной составляющей и функциональный, активно-приспособительный характер агрессии.

Подавление агрессии

Появление агрессии – абсолютно естественное явление, над которым не властен ни один человек. Считается, что агрессия рождается в бессознательной части психики человека. Это абсолютно нормальное явление, которое свойственно всем живым существам. Оно свидетельствует о наличии напряжения от взаимодействия с различными объектами и процессами – физиологическими, воздействия внешней среды, внутриспсихическими процессами.

Возникновение напряжения можно заметить, наблюдая за маленькими детьми. Психика младенца представляет собой, по сути, одно сплошное бессознательное. Другие инстанции формируются позже. Когда младенец голоден или ему дискомфортно (страшно, холодно), у него возникает напряжение, которое он тут же выражает громким криком. Еще нет запретов, не сформировано Супер-Эго, и инстинктивное желание с агрессивным потенциалом напряжения ищет разрядку. Со временем образуются психические инстанции, которые отвечают за взаимодействие с реальностью. Вместе с этими инстанциями образуется и механизм запрета, цензура, которая в прямом виде не пускает в сознание запрещенные представления и запирает агрессию, закрывает от осознания и тем самым создает препятствия к конструктивному взаимодействию с ней. Следует отметить, что агрессия при этом сохраняет свой энергетический потенциал.

Воздействуя специальными терапевтическими приемами на механизм запрета, мы тем самым можем смягчить его действие и позволить проявиться агрессии. Когда цензура будет пропускать на сцену сознания агрессивные импульсы, появляется возможность с ними работать и использовать их в том виде, который согласуется с текущим моментом и реальными потребностями. Возможно, это самая сложная часть работы с агрессией.

Сложность заключается в том, что социально-культурные запреты усвоены некритически, и человек считает их чем-то само собой разумеющимся, не подвергает критике и пересмотру. Как правило, внедряются эти установки «значимыми другими» в раннем детстве.

По степени выраженности запреты варьируют от частичного осознания чувств и эмоций (недовольство там, где уместна злость, раздражение там, где уместен гнев) до полного их неразличения. Например, есть люди, которые говорят, что никогда не злятся и считают себя неспособными на такое чувство.

На крайнем полюсе подавления агрессивных чувств мы имеем такое интересное явление, как «реактивное образование». Это вид психологической защиты, когда нежелательное чувство не только не допускается до сознания, но и заменяется на противоположное ему: например, когда мать испытывает злость и досаду на своего ребенка и другие агрессивные чувства, но ее «Я-идеальное» требует, чтобы она соответствовала образу «хорошей матери», и ее самооценка привязана к этому, то для нее недопустимо позволить себе «плохие» чувства. И тогда психика переворачивает, заменяет одни чувства на противоположные им. В результате эта женщина проявляет преувеличенную заботу и внимание к своему ребенку, которые в основе своей невротичны и являются проявлением психологической защиты «реактивное образование».

Основная часть нашей психологической работы с подавленной агрессией связана с распознаванием, разрешением использовать эту энергию и научением правильно распоряжаться ею. Как река может выйти из берегов и затопить все вокруг, а может быть направлена для орошения полей, так и агрессия может затопить психику аффектами, а может быть использована как энергия для конструктивной деятельности.

Бывает, что у клиента не сформированы здоровые паттерны выражения агрессии или отсутствуют вообще. Выражение либо буквально блокируется, либо выражается в деструктивной форме. В таком случае работа идет в направлении снятия запретов на выражение эмоций и чувств и обучения конструктивному их выражению.

Например, во время боевого столкновения разнообразные факторы боевой ситуации воздействуют на военнослужащего. Это воздействие получает агрессивный ответ психики, по-разному эмоционально окрашенный. В такой ситуации эмоции не распознаются, а трансформируются в состояние агрессивного насыщения: ярость, гнев, стремление победить врага, нанести ему максимальный вред. Ранение и гибель товарищей, угроза жизни самого военнослужащего, другие триггеры, вызывающие очень энергичные и насыщенные чувства, заменяются на то, что позволяет выжить и выполнить боевую задачу. Происходит блокирование выражения широкого спектра эмоций и чувств, и человек обучается выражать их через гнев, ярость, действие. Как следствие, часто возникающая в работе с участниками боевых действий тема: гневливость и агрессивность по любому, даже незначительному поводу.

Последствия запретов на осознание и выражение агрессии

Запрет на проявление агрессии может привести к следующим физическим и психоэмоциональным симптомам:

- хроническому эмоциональному дискомфорту, сопровождаемому чувством тревоги, фоновым чувством вины, обидчивостью;
- снижению жизненному тону, нехватке жизненной энергии;
- заниженной самооценке, повышенной чувствительности к мнению окружающих;
- ухудшению волевой сферы, сложностям в принятии решений;
- непониманию своих границ и интересов и неумению их защищать;
- соматическим расстройствам разнообразного спектра, от повышенной восприимчивости к простудным заболеваниям на фоне снижения иммунитета до депрессии и аутоиммунных заболеваний.

Симптомы и признаки подавленной агрессии

К основным симптомам подавленной агрессии относятся:

В эмоциональной сфере:

- чувство вины;
- обиды;
- тревога;
- апатия;
- несоответствие эмоции описываемому опыту (например, нейтральность при рассказе о пережитом насилии);
- алекситимия (человеку трудно осознать и выразить свои чувства);
- трудности в сексуальных отношениях.

В когнитивной сфере:

- самокритика;
- гипертрофированная требовательность к себе;
- комплексы;
- ограничивающие и негативные убеждения;
- трудности в принятии решений;
- отсутствие понимания и защиты своих границ и интересов;
- оправдание агрессора («Папа меня бил, но я заслуживал»).

В поведении:

- самоповреждающее поведение;
- рискованное поведение;
- жертвенное поведение;
- аддикции (зависимости) разного рода;
- суицидальное поведение.

В личностных характеристиках:

- жертвенность;
- конформность;
- заниженная самооценка;
- трудности в личной, социальной, финансовой реализации.

В телесных проявлениях:

- низкий жизненный тонус;
- нарушения в работе опорно-двигательной системы;
- широкий спектр соматических расстройств.

Это не полный перечень симптоматики подавленной агрессии, который можно дополнить списком психических расстройств: неврозы, ипохондрия, тревожные и депрессивные расстройства, панические атаки, навязчивые мысли и действия, бред и т. д.

Предлагаю примеры из терапевтической практики, иллюстрирующие формирование симптомов при подавлении агрессии. Рассматривая первый кейс, предположите механизм формирования панических атак у данной клиентки.

Кейс 1

Клиентка, 35 лет, домохозяйка, замужем.

Основная жалоба: панические атаки (ПА), возникающие преимущественно в публичных местах (торговые центры). Наблюдается резистентность к фармакотерапии: прием антидепрессантов и противотревожных препаратов не принес значительного облегчения.

Семейный контекст и психологический фон: полная финансовая зависимость клиентки от мужа. Муж характеризуется как авторитарная личность; склонен к обесцениванию мнения супруги и нетерпим к инакомыслию. Родители мужа активно влияют на планы семьи. Клиентка испытывает острое недовольство этой ситуацией, которое полностью подавляется.

Выраженный страх «испортить отношения» блокирует возможность открытого выражения протеста или защиты своих границ.

Панические атаки в данном случае могут выступать как «симптоматический выход» подавленной агрессии и недовольства. Неэффективность лекарств объясняется тем, что психосоциальный стресс (авторитарный климат в семье и нарушение границ) остается неизменным. Состояние клиентки можно рассматривать как агорафобию в сочетании с паническим расстройством, где открытое пространство (ТЦ) символизирует потерю контроля или небезопасность, зеркально отражая ситуацию дома.

Кейс 2

Клиентка, 27 лет, диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Жалобы и анамнез: навязчивые мысли причинения вреда близким (матери, детям) и животным.

Предшествующее лечение: год медикаментозной терапии (флувоксамин/феварин) с нестабильной динамикой.

Семейная история: дисфункциональная семья. Отец – зависимый (алкоголизм). Мать – гипернормативная, в роли «жертвы». Отношения с матерью клиентка субъективно оценивает как «теплые и доверительные», что при наличии контрастных мыслей указывает на сильное расщепление и вытеснение реальных чувств.

Процесс терапии (длительность – два года): этап психообразования – в связи с ригидными установками клиентки («агрессия – это плохо»), значительное время было уделено легитимации агрессивных импульсов как части нормальной психической жизни.

Соппротивление: регулярные пропуски сессий по болезни (соматизация тревоги).

Групповая динамика: переход к групповой терапии стал катализатором. Первоначальная непереносимость чужих конфликтов сменилась прямым столкновением.

Переломный момент и результаты: ключевым событием стал прямой конфликт с участницей группы. Проживание собственной агрессии «в контакте» привело к немедленному облегчению симптомов ОКР.

Агрессия перестала быть навязчивой мыслью и начала осознаваться как чувство. Клиентка смогла выражать недовольство матерью и бабушкой, а также проговаривать злость на отца. Вступила в партнерские отношения с мужчиной.

Кейс 3

Клиентка, 42 года. Шизотипическое расстройство личности (ШРЛ).

Клиентка проживает с матерью и сестрой; на данный момент не трудоустроена. Переломным моментом стало окончание математического факультета университета, которое совпало

со смертью отца. После этого события клиентка не смогла начать профессиональную деятельность из-за выраженных трудностей в коммуникации: на любые встречи и собеседования она была способна ходить только в сопровождении матери.

Клиентка испытывает выраженный страх перед сестрой, ожидая физической агрессии («ударит по позвоночнику», «набросится сзади»), что свидетельствует о паранойяльной настроенности.

Полное отсутствие доверительных отношений вне семьи.

Считает себя тяжелобольной физически, используя это как объяснение своей нетрудоспособности. Периодически конфликтует с матерью с применением физической силы.

Несмотря на специфику диагноза и первоначальную критику в адрес терапевта (связанную с желанием немедленного «избавления» от социофобии), в процессе работы наметилась значительная положительная динамика: через год начала самостоятельно посещать фитнес-зал и медицинские учреждения.

Через полтора года стала участницей терапевтической группы, что является важным этапом социализации при ШРЛ.

Несмотря на тяжесть симптоматики, клиентка демонстрирует высокий темп восстановления в социальной сфере, что позволяет говорить о прогностической эффективности выбранного подхода.

Общие признаки необходимости работы со скрытой агрессией, характерные для определенных симптомов клиентов:

- депрессивная симптоматика: снижение настроения, печаль, ангедония (потеря способности получать удовольствие), апатия, снижение активности; слезы, молчание на сессии, самоуничижающие мысли, самообвинения, легко возникающее чувство вины, тенденция к идеализации терапевта, впоследствии меняющаяся на обвинения в холодности по аналогии со значимыми фигурами: *«Вы такой же бесчувственный, как мой отец!»* или *«Такая же холодная, как моя мать!»*;
- пассивно-агрессивная симптоматика: «волокита», мрачность, раздражительность, ошибки и затягивание в работе, протест просьб и требований, избегание обязанностей, убеждение, что они (клиенты) справятся лучше других, отвержение советов, дискуссии, споры, саботаж поручений, критика авторитетных людей.

Примеры пассивной агрессии при работе с участником боевых действий

Клиент, мужчина, 41 год, обратился без явного запроса, по рекомендации. До этого поменял несколько терапевтов, о чем рассказал через месяц терапии. Обвинил их в нарушении этических норм. Сообщил, что перестал ходить в храм, хотя идентифицирует себя как православный христианин. В качестве причины рассказал, что подозревает священников в неблагоприятных действиях, суть которых объяснить отказался. В терапии просил материал для самостоятельной работы, но никогда ее не делал. Чтение рекомендованной книги по профилактике ПТСР остановил на середине, отзывался негативно. Оборвал терапию через пять месяцев без объяснения причин. На сообщение не ответил.

Далее на приведенных ниже примерах предлагаю проследить причинно-следственную связь текущего состояния с подавлением агрессии. Постройте гипотезу дальнейшего развития событий, игнорируя подавленную агрессию.

Клиент, мужчина, 40 лет, уволился с военной службы после ранения, без инвалидности, в поиске своего места в жизни. В терапии три месяца. Рассказал случай, когда во время штурма услышал сообщение по радиации о гибели товарища. В этот момент находился в полуразрушенном помещении. Через некоторое время в стену помещения был совершен выстрел из РПГ без срабатывания боевой части, и он слушал вой двигателя боеприпаса и ничего не делал, чтобы укрыться от возможного взрыва. Отметил, что не испытывал ярких эмоций в это время и никак не оценивал реальную опасность.

Клиент, мужчина, 34 года. Запрос по аддиктивному поведению. Ампутирована нога выше колена. Считает, что для самостоятельной жизни ему необходима постоянная помощь. В последнее время живет у родственников. В ходе беседы всплыл случай, когда военнослужащий соседнего подразделения ночью случайно принял его за противника и выстрелом ранил. По мнению клиента, это произошло из-за нарушения им самим скрытности на позиции. Со смущенной улыбкой и немного рассеянно он рассказал, что после выздоровления нашел и благодарил этого военного, так как мог погибнуть по своей невнимательности, но отделался ранением в мягкие ткани.

Противопоказания к работе с агрессией

Абсолютными противопоказаниями к работе с агрессией являются следующие характеристики клиентов:

- острое психотическое состояние;
- клиент не может говорить, не раскрывает свои переживания ни одним из возможных способов;
- угроза жизни клиента.

В первых двух случаях необходимо провести консультацию с психиатром, в последнем – начать с плана безопасности клиента.

Существуют и относительные противопоказания. В этих случаях необходимо провести в первую очередь дополнительные терапевтические взаимодействия, направленные на устранение симптомов:

- клиент задает вопросы о том, как работает психотерапия, хотя ему уже рассказали об этом;
- клиент преимущественно пассивен на сессиях: молчит, просит задавать ему вопросы, ждет от терапевта «волшебной таблетки»;
- нерегулярные посещения, нарушения оплаты;
- зависимости в активной фазе;
- острая кризисная ситуация в жизни клиента;
- значительная идеализация психотерапевта и психотерапии;
- неподготовленность терапевта (теоретическая и практическая).

Подготовка к работе с агрессией

Если пациент может наладить контакт со своей агрессией и взять ее под контроль эго, ее больше не нужно воспринимать как невыносимую опасность, которой следует всячески избегать, а ее силу можно направить на укрепление способности к самоутверждению.

Жакоб Кирман

Важной частью работы является создание терапевтического пространства, в котором клиент может размещать свою агрессию и безопасно взаимодействовать с ней.

Создание безопасного пространства

Терапевту необходима внутренняя устойчивость для контейнирования⁵ сложного материала и работы с интенсивными чувствами клиента, включая открытую агрессию. Обеспечение безопасных условий для такого взаимодействия – прямая ответственность специалиста. Для создания ощущения безопасности в кабинете можно использовать фразы типа: это специально созданное безопасное пространство для работы. Все, что здесь происходит, будет безопасно (комфортно) с пользой для вас переработано. Здесь можно и принято говорить обо всем.

Клиенту должно быть комфортно в кабинете (ином месте), то есть место должно соответствовать понятиям клиента о безопасности. При подготовке кабинета для работы с участниками боевых действий нужно учесть ряд особенностей: количество стульев, возможность их переставить и выбрать место, например стул или кресло. Оценивая и наблюдая, какое место в кабинете выбрал клиент, можно получить дополнительный материал о текущем состоянии клиента. Важна эмоциональная безопасность клиента: нейтральность, толерантность терапевта к эмоциям клиента, избегание морального оценивания. Возникновение различных чувств неизбежно в процессе психотерапии у всех участников. Терапевт обязан знать о своей агрессии и уметь обращаться с ней.

Психологическое просвещение. Обучение клиента

При обучении обращению с агрессией можно использовать метафору парового котла, в котором нужно сбрасывать давление, чтобы предотвратить взрыв. *Высокое давление в котле опасно, но пар дает энергию для вращения турбины. Важно правильно распорядиться этим давлением. Чем больше агрессии оставлено (выплеснуто) здесь (в кабинете), тем меньше ее будет в жизни.*

Согласование правил работы с клиентом

Введение правил работы, понятных клиенту, указание на необходимость соблюдения этих правил. На этом этапе важно дать понять клиенту, что он может контролировать ситуацию и может остановить взаимодействие, если чувства будут слишком сильны. Акцентировать на необходимости обсуждения, а не действия.

⁵ Контейнирование – термин из современной психологии, означает способность контролировать и выдерживать собственные эмоции, импульсы, порывы и т. п. – *Примеч. ред.*

Эмпатическое присоединение

Эмпатия как понятие в обиходной речи близко к понятиям сострадания и сопереживания, но в терапевтической практике такая синонимичность неуместна. Эмпатия – умение распознавать эмоции и чувства другого человека, понимать его внутреннее состояние. Она необходима для оказания помощи другому человеку. Сострадание и сопереживание всегда субъективны, они свидетельствуют скорее о собственных переживаниях сострадающего индивида, чем о реальных процессах клиента.

Общие правила работы с агрессией

- *Не игнорировать агрессию*, не вовлекаться в проявление, присоединяться к эмоциям, не демонстрировать стыд и вину, не оправдываться и не оправдывать других.
- *Показать модель поведения* в конфликтных ситуациях, в которых уровень агрессии невыносим.
- *Эмпатическое присоединение* к эмоциям – мягко, не поощряя и не усиливая.
- *При невротическом уровне личности* конфронтировать защиты и восполнять дефициты через присоединение.
- *При пограничном уровне* возвращать ответственность за себя и свое состояние. Присоединяться в крайнем психотическом состоянии, конфронтировать защиты только в ресурсном состоянии.
- *При перемещении уровня личности в психотический спектр*: только контейнировать, присоединяться и использовать техники работы с доэдипальным клиентом.

Требования к терапевту

- Быть в контакте с собственной агрессивной частью, узнавать ее, исследовать в тренинговой и других формах терапии.
- Быть доступным для разных, не только позитивных проекций клиента, способным принять их. Не бояться оказаться в роли «плохого» объекта.
- Избегать отыгрывания терапевтической ситуации в любом проявлении.
- При необходимости «отзеркаливать». Важно осознать цель такой техники и к каким последствиям это может привести.
- Сохранять собственное физическое и психическое здоровье: физические занятия, личная терапия, супервизия клинической работы, духовное развитие – основа и гарантия целостности терапевта.

В контексте вышесказанного рассмотрим ситуации с клиентами.

Кейс 1. Клиент пришел три раза, затем дважды отменил встречу. На очередной встрече говорит, что обратился к астрологу.

Вопросы по кейсу:

- определите готовность клиента работать с агрессией;
- предположите, что бы вы чувствовали, работая с таким клиентом?
- какие приемы вы предприняли бы в терапии такого клиента?

Кейс 2. Клиент посещает психолога регулярно один раз в неделю в течение пяти месяцев, рассказывает, что видит небольшие изменения в своем состоянии, заинтересовался психологией, приносит на сессии сновидения, в которых видит своего психолога.

Вопросы по кейсу:

- о чем говорят сновидения этого клиента?
- предположите уровень организации личности этого клиента;
- определите готовность клиента работать с подавленной агрессией.

Кейс 3. Клиент подросток, 14 лет, семья обратилась в связи с нежеланием подростка ходить в школу и частыми конфликтами с родителями, после трех встреч с подростком мать сообщила, что он не хочет идти к психологу.

Вопросы по кейсу:

- определите готовность клиента работать с подавленной агрессией;
- предположите, с чьей стороны может исходить сопротивление терапии;
- каковы были бы ваши действия в данном случае?
- можно ли было применить профилактические меры?

Начало работы

Исследование истории клиента позволяет выявить скрытые, невыраженные, подавленные агрессивные тенденции. Для этого можно использовать любой способ диагностической беседы, привычный для психотерапевта. В ходе беседы необходимо рассмотреть за жалобами гипотезу проблемы. Проблемам свойственно мимикрировать, их скрывают тщательно выстроенные защиты. На этом этапе важно не разрушить то, что работает и находится в не суггестивной принимающей позиции. Для упрощения этого тонкого процесса современные психологи предлагают быстрые способы получения материала. Психотерапевт Юрий Николаевич Тор предложил такой алгоритм получения мишени терапевтической работы с помощью субъективного шкалирования.

Шаг 1. Формулируем качество, которое будет оцениваться.

Клиент говорит о проблеме. Например, не может выражать свободно свое мнение. Спрашиваем, что бы он хотел вместо этого (вместо этой проблемы):

– *А как бы вам хотелось уметь вести себя в подобных ситуациях?*

– *Хочу уметь всегда свободно выражать свое мнение, даже если знаю, что у кого-то оно другое.*

Шаг 2. Определяем, насколько сейчас выражено качество, по шкале от 0 до 10.

Поясняем, что 0 – это полное отсутствие признака, 10 – выраженность в полной степени. И просим назвать, где на этой шкале клиент по его чувствам находится сейчас.

– *Представьте себе шкалу «Я умею всегда свободно выражать свое мнение, даже если знаю, что у кого-то другое мнение», где 0 – «качество отсутствует», а 10 – «качество присутствует в необходимом количестве». Где, по вашим ощущениям, вы находитесь сейчас? Назовите первую цифру, которая приходит в голову.*

Ждем не больше десяти секунд и записываем цифру, которую сказал клиент.

Шаг 3. Обнаруживаем, что мешает клиенту обладать желаемым качеством. Для этого задаем вопрос:

– *Что мешает вам поставить оценку выше? Что первое приходит в голову в ответ на этот вопрос? Это может быть мысль, воспоминание, ощущение в теле, образ, ассоциация.*

Клиент называет то, что появляется в сознании.

Материал для терапевтической работы получен.

Этот алгоритм является универсальным, так как можно получить материал в форме, удобной для работы клиенту. Выбранная клиентом форма материала (мысль, ощущение, ассоциация, образ) уменьшает время на подготовку, создает атмосферу взаимопонимания и доверия. Предполагается, что психотерапевт умеет обращаться с первичным материалом, в каком бы виде он не был предъявлен.

Агрессия в сновидениях

Часть клиентов с симптоматикой ПТСР испытывают трудности с отдыхом, с ночными кошмарами, общей тревожностью, гневом. Стратегии и техники работы со сновидениями необходимо рассматривать отдельно, но в контексте агрессии необходимо сказать несколько слов о снах-кошмарах. Можно обобщить, что с агрессией во снах мы сталкиваемся обычно в двух основных формах проявления: разрушение себя и разрушение других – аутоагрессия и гетероагрессия.

В случае с аутоагрессией кошмарный сон, как правило, каждый раз обрывается в кульминации, «за секунду до смерти». Можно сказать, что защиты не дают разрушить психику и в критически остром моменте «будят». Кошмар с гетероагрессией обычно заканчивается невыносимо ужасными для клиента событиями, в которых он – главное действующее лицо. Исходя из этого выстраивается работа по осознанию, разрешению, развороту агрессии.

Вербальные приемы для работы с агрессией

Ниже приведены основные психоаналитические приемы, которые используются в беседе с клиентом для обнаружения агрессии и при работе с ней. Вербальное взаимодействие является важной формой взаимодействия в психотерапевтической коммуникации. Совместно с разговорными техниками важно уделять внимание другим формам невербальной коммуникации: пантомиме, паузам в разговоре, контрпереносу...

1. *Равномерно-распределенное внимание* – расфокусирование внимания, не вслушиваясь, не акцентируясь на темах, о которых говорит клиент, плавающий фокус внимания. Необходимо акцентироваться на состоянии клиента. Используются основные каналы коммуникации: вербальный, невербальный, контрперенос. Позиция терапевта нейтральная (метапозиция), расслабленное удобное положение тела.

2. *Конфронтация* – привлечение внимания клиента к каким-либо особенностям его поведения, не пытаясь их объяснить или интерпретировать. Цель конфронтации – сделать какое-либо явление очевидным для клиента: *«Похоже, вы разозлились на него», «Это отняло у вас много сил»; «Вам непросто далось это решение».*

3. Позитивная коннотация в конфронтации дает клиенту силы двигаться дальше, возможность переосмыслить опыт: *«Вам удалось быстро найти решение»; «Вы справились в непростой ситуации».*

4. *Прояснение* – помещение анализируемого психического феномена в четкий фокус. Значимые детали должны быть найдены и тщательно отделены от посторонних. Частности или части феномена в вопросе должны быть выделены и изолированы. При использовании техники прояснения терапевт занимает позицию заинтересованного исследователя или, если это уместно, исполняет роль глуповатого человека, которому нужно подробно разьяснять: *«Одиночество – это когда ты никому не нужен или когда тебе никто не нужен?»; «Быть успешным (реализованным, счастливым) – а как это будет выглядеть для вас?»; «Найти себя – что это значит?».* Прояснять необходимо в работе с клиентами с пограничным уровнем личности, у которых присутствует диффузная идентичность, размытое представление о себе и о мире. Применение этой техники восстанавливает дефект ментализации.

5. *Присоединение* – эмпатическое присоединение к чувствам, эмоциям. Это скорее комплекс техник, общей целью которых является присоединение к эмоциональной сфере клиента. В этот комплекс можно включить и копирование позы, ритма дыхания, жаргон, различные обиходные выражения и другие способы. Несмотря на кажущуюся простоту, неудачное применение техники может увеличить дистанцию взаимодействия или совершенно разорвать терапевтический контакт. Общее правило присоединения в краткосрочной терапии – практический творческий поиск возможности присоединения.

Ниже приведены некоторые общие примеры присоединения:

- к истерическому радикалу – восхищение по половому признаку: *«Вы привлекательно выглядите. Не удивлюсь, если у вас много поклонников»* (к женщине); *«Вы идеал мужчины для любой женщины!»* (к мужчине);
- к нарциссу – дать клиенту почувствовать себя еще более привлекательным: *«Вы круто выглядите! Вот это у вас очень замечательно, а это просто великолепно! Да, у меня есть то, что может добавить вам еще больше великолепия!»* (утрировано);
- к психопату – можно пробовать следующий вариант диалога: *Клиент: «Вы дерьмовый терапевт!» Терапевт: «Ну да, я вообще не понимаю, какого черта вы пришли именно ко мне» (ad absurdum);*

- к психотику – стать еще более сумасшедшим: *Клиентка*: «Соседка не дает проходу, не могу сходить в душевую, боюсь, что она на меня набросится». *Терапевт*: «Это ужасно! А давайте уничтожим соседку! Только надо придумать способ, чтобы никто об этом не узнал. Может, заодно разрушить душевую?»

В этом примере исходим из идеи разрешения конфликта вербально. То, о чем говорится, не будет сделано, но мы можем и должны это обсудить. Так агрессивные импульсы получают разрядку, их легализация позволит построить необходимую новую модель взаимодействия. Как правило, такое присоединение разряжает общую тревожность.

Присоединение – универсальная техника, которая способствует созданию крепкого терапевтического альянса. В отношениях между терапевтом и клиентом проявляются непростые эмоции, возможны молниеносные вспышки «распакованной» агрессии. Важно, чтобы клиент мог выдержать накал агрессии и не уйти из терапии. Это возможно при условии прочного терапевтического альянса. Присоединиться можно практически к каждому человеку по разнообразным поводам:

- к матери «сложного» ребенка: «Вы жертвуете своей жизнью ради ребенка! Вы героическая женщина!»;
- к женщине с нарциссической структурой, жалующейся на мужа: «Как вы вообще его выносите? Вы очень терпеливая женщина. Любая другая на вашем месте давно бы ему вlepила в лоб сковородкой»;
- к мужчине, который говорит об отце исключительно негативно: «Вы правильно злитесь на него, похоже, что он вам чего-то не дал, то, что был обязан дать»;
- к матери ребенка с агрессивным поведением: «Ваше поведение вызывает у меня большое уважение, как вам хватает терпения такое выдерживать?!»;
- к клиентке, заставляющей свою мать проверять каждое ее действие: «Вообще это так здорово, когда мама всегда рядом!»;
- к мужчине, который жалуется на невозможность выдерживать нагрузку на работе и претензии жены: «Они что там у вас, с ума все посходили?!»;
- к клиенту, который жалуется на то, что изменения происходят слишком медленно: «Да, я небыстрый терапевт, тяжело вам, наверное, со мной?»;
- к мужчине, испытывающему сильную тревогу в отношениях с женщиной – СТОСН (синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи): «Может быть, так им (женщинам) и надо? Кажется, они это заслужили» (разворот агрессии вовне);
- к мужчине, который рассказывает о своих множественных беспорядочных связях с женщинами: «Тяжело, наверное, удовлетворять такое количество женщин, тем более сейчас, когда мужчин становится все меньше. Надо ли мне беспокоиться о вашем здоровье?».

6. *Интерпретации* – исключение объяснений и использование описательных интерпретаций: «Похоже, что вокруг вас случается довольно много конфликтов»; «Я заметил, что о детстве как-то трудно говорить»; «У меня складывается впечатление, что вы – человек, способный настоять на своем»; «Вы единственный человек, который сохранил самообладание в этой ситуации».

7. *Контрперенос* – отклик на состояние клиента проявляющийся в совокупности бессознательных реакций терапевта. Существуют два типа контрпереноса: согласующийся – терапевт эмпатически переживает эмоциональное состояние пациента, и дополнительный – отцовский, материнский, сиблинговый (терапевт эмпатически переживает эмоциональное состояние какой-то значимой личности в жизни пациента).

Для работы с контрпереносом терапевту необходимо проходить дополнительную подготовку, но в любом случае игнорировать контрперенос непродуктивно. Зная некоторые правила работы с ним, можно получить значительную пользу. Для изучения контрпереноса необходимо:

- принять во внимание вопросы своего (то есть терапевта) прошлого и настоящего, их возможное влияние на ситуацию;
- не принимать на свой счет чувства, выражаемые клиентом;
- не реагировать на контрперенос в действии, в том числе через неуместные интервенции;
- использовать контрперенос для подготовки интерпретаций;
- использовать гнев, ощущаемый в контрпереносе, для понимания враждебности пациента;
- анализировать свои эмоциональные реакции для нахождения «ключей» к динамике пациента;
- при работе с пограничными пациентами диагностировать «я», расщепленные образы «я» и объектов через связь переноса с контрпереносом;
- вести поиск согласующегося контрпереноса, когда на опыте переживается дополнительный контрперенос. То есть исследовать, что чувствует клиент относительно того, что испытывает к нему значимая фигура.

Контрперенос – явление, возникающее независимо от нашей воли. Чувства, которые появляются в связи с этим феноменом, бывают эмоционально насыщенные, порою затопляющие терапевта. Выдерживание и рациональное использование таких непростых чувств – не врожденное качество, а профессиональный навык. Его можно и нужно развивать и совершенствовать. Особенно хорошо работают в этом направлении групповые форматы – супервизии и тематические группы.

Кратко рассмотренный выше психодинамический подход к агрессии изучает проблему клиента как комплексное, системное явление. Терапевт, исследуя проблему совместно с клиентом, опирается на сильные стороны и качества, которыми уже обладает клиент. Решение вопроса мотивации, ресурсирования, компенсации дефицитарных состояний психики в процессе взаимодействия – приоритет терапии. Для этого необходимо научиться использовать собственную энергию психики – агрессию – наиболее рационально. Практика терапии позволяет сделать вывод, что процессы, протекающие по витальному сценарию, имеют свойство влиять на общее протекание психических процессов. Чем больше таких процессов, тем лучше человек научается использовать золото агрессии именно так, как это необходимо в текущий момент. Осознание природы своих агрессивных импульсов и способов их использования увеличивает адаптивные возможности человека, позволяет ему становиться коммуникативным, социально ориентированным, успешным, гармоничным.

Агрессия в ориентированном на решение краткосрочном подходе

Часто психологи сталкиваются с ситуацией, когда нет возможности глубоко погружаться в историю проблемы клиента. В большей части обращений существуют временные рамки, в которые нужно уложиться, при этом необходима положительная динамика. При таких параметрах взаимодействия можно успешно применять современную ориентированную на решение краткосрочную терапию (ОРКТ) как практику, направленную на расширение границ возможностей клиента. В этом подходе фокус делается на деталях лучшего будущего, отдельные из которых уже заметны.

Главным достоинством ОРКТ является ее ориентация на практические результаты, доступность и быстрота в достижении изменений. Хорошие результаты получены в работе с населением, пострадавшим от военных действий, при сотравматизации членов семей, а также в комплексной реабилитации участников боевых действий. Взаимодействие строится на нескольких общих принципах:

- уважении к клиенту и его понимании проблемы;
- избегании сложного анализа прошлого – фокус на том, что человек хочет изменить в будущем;
- признании того, что у клиента уже есть ресурсы для решения проблемы, даже если он пока этого не осознает;
- создании атмосферы доверия, надежды и сотрудничества.

Основные техники этого подхода направлены на мобилизацию внутренних ресурсов клиента и создание контекста для изменений:

1. *Формирование будущего, ориентированного на решение («чудесный вопрос»)*. «Чудесный вопрос» помогает клиенту представить, каким будет его жизнь, если проблема внезапно исчезнет: «Как вы узнаете об этом утром? Что изменится?» Эта техника позволяет клиенту сосредоточиться на желаемом результате и начать осознавать конкретные аспекты изменений, необходимых для достижения цели. Она стимулирует воображение и помогает создать четкое видение будущего.

2. *Определение и усиление исключений*. Особое внимание уделяется «исключениям» – моментам, когда проблема была менее выраженной или полностью отсутствовала. «Бывали ли ситуации, когда проблема не проявлялась или вы справлялись с ней лучше? Что вы делали тогда?» Цель этой техники – выявить успешные действия и стратегии клиента, которые уже работают, и усилить их использование. Исключения показывают клиенту, что изменения возможны, поскольку они уже происходили в прошлом.

3. *Шкалы*. Шкалы используются, чтобы помочь клиенту количественно оценить свой прогресс или уровень проблемы: «Если 10 – это оптимальное состояние, а 0 – это худшее, как вы оцениваете свое текущее состояние?» Этот инструмент помогает клиенту рассматривать изменения как последовательный и реальный процесс. Вопросы на шкале также могут стимулировать размышления: «Как получилось, что вы так высоко, а не ниже? Почему вы еще не на 10? Что вас останавливает? Какие будут первые признаки, что вы переместились на шаг вперед?»

4. *Фокус на сильных сторонах и ресурсах*. Терапевт активно помогает клиенту обнаружить его сильные стороны, навыки и ресурсы. Вместо того чтобы сосредотачиваться на слабостях, внимание уделяется тому, что человек уже умеет и что помогает ему справляться с трудностями: «Какого самого высокого уровня вы достигали по этой шкале? Что сейчас будет

отметкой “достаточно хорошо”? Какие будут признаки, что это произошло?» Это способствует повышению самооценки клиента и укреплению веры в возможность изменений.

5. *Постановка маленьких, достижимых целей.* Терапевт направляет клиента на формулирование небольших, конкретных шагов к улучшению. «Что вы можете сделать завтра или на этой неделе, чтобы немного приблизиться к желаемому состоянию?» Подход помогает людям сосредоточиться на постепенных изменениях, которые кажутся более реалистичными.

6. *Комплименты.* Комплименты используются как инструмент мотивации. Цель – отметить усилия, достижения и позитивное поведение клиента: «То, как вы справляетесь с этой ситуацией, действительно впечатляет», «Это отличный первый шаг к решению вашей проблемы». Комплименты укрепляют сотрудничество и подчеркивают значимость личных усилий клиента.

7. *Конструктивное слушание.* Психолог активно слушает клиента, настраиваясь на его язык и символы. Это помогает правильно понять опыт клиента и строить диалог, использующий его собственный язык для постановки целей и поиска решений. Терапевт отражает сказанное клиентом, иногда перефразируя для уточнения и обогащения понимания.

8. *Акцент на том, «что работает».* В таком подходе нет нужды анализировать или исправлять то, что «не работает». Вместо этого терапевт фокусируется на выявлении действий, которые уже приносят даже минимальное улучшение, и их расширении. Например, клиент может рассказать о небольшом успехе, а терапевт уточнит: «Как вы добились этого именно в этот раз?»

9. *Вопросы об используемых стратегиях (копинг-вопросы).* Когда клиент говорит о тяжелой ситуации, терапевт может задать вопрос: «Как вам удастся с этим справиться? Вы поэтому пришли на терапию?» Это помогает клиенту осознать уже существующие механизмы преодоления и ресурсы, давая опору для поиска решений.

10. *Заключительные задачи и домашние задания.* После сессии клиенту могут предложить задания, которые помогают закрепить достигнутые изменения. Например, терапевт может попросить клиента заметить, когда проблема становится менее выраженной, или попробовать сделать что-то из предложенных решений. Домашние задания направлены на активное применение решений в повседневной жизни.

Важно уделять как можно больше внимания событиям, которые казались значимыми клиенту и были исключениями из проблемных паттернов, тем событиям, которые показывали сильные стороны, навыки, знания и т. д., – на них необходимо делать акцент, развивать и помогать применять. Это расширяет диапазон возможностей, открытых клиенту, – расширяет границы его мира.

Можно предположить, что сформировавшиеся под воздействием позитивного опыта нейронные цепочки получают приоритет в реагировании при решении проблем. Агрессия разворачивается в сторону конструктивного творческого процесса расширения картины мира, выхода из тоннеля проблемного видения.

Процесс терапии начинается в самом начале сессии с первого вопроса. Вопросы: «*В чем вы видите проблему? Чем я могу вам помочь? Что вас ко мне привело?*», обычные для ориентированной на проблему терапии, в подходе, ориентированном на решение, будут неуместны. Нужно начало, которое сразу направит клиента в лучшее будущее: «*Какой результат вы хотите получить от нашей совместной работы?*»

Иногда ответ клиента заключается в изложении того, на что он надеется. И в этот момент терапевт может принять это и начать расширять его описания, например вопросом: «*Что это изменит для вас?*» и т. д. Но иногда этого не происходит, и это, скорее всего, признак того, что клиенту был задан необычный вопрос, который требует размышлений. Смещение фокуса с

проблемы на ожидаемое решение дает возможность клиенту прочувствовать тот положительный эффект, который он хочет получить.

Можно сказать, что нереализованная агрессия, вызывающая проблему, будет направлена на разрешение невроза, решение самой проблемы и построения сценария счастливого будущего: *«Как вы будете себя чувствовать, когда поймете, что проблема решена? Как начнется ваше утро? Что вы сделаете в первую очередь? Как другие люди узнают об этом? Как они отреагируют, что скажут, что почувствуют? Что будете чувствовать вы по этому поводу?»* Чем выше детализация – тем лучше эффект.

Анализ опыта работы с участниками СВО показал актуальность подхода. Ветераны помнят свои победы, они идентифицируют друг друга по тем участкам войны, где происходили важные для них события. В каждом из этих событий – личная победа. Это именно тот опыт, который можно использовать в краткосрочной, ориентированной на решение практике.

Примечания

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / пер. с англ. А. Боковой. – М.: Академический проект, 2011.
2. Лоренц К. Так называемое зло: о природной истории агрессии. – М.: Прогресс, 1994.
3. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Издательство Ленинградского университета, 1960.
4. Ухтомский А. А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002.
5. Фрейд З. Недовольство культурой / пер. с нем. А. В. Грибанова. – М.: АСТ, 2019.
6. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. – М.: Академический проект, 1997.

Глава 5. Вина выжившего. Психологическая помощь и поддержка при переживании вины

Синицына Т. Ю., Бильгильдеева Т. Ю.



Многие исследователи определяют моральную травму как переживание совершённого действия, неспособность его предотвратить или свидетельство действий других людей, которые нарушают глубоко укоренившиеся моральные убеждения и ожидания человека. Данный феномен сравнивают с ПТСР. Ряд авторов считают моральную травму компонентом ПТСР, другие рассматривают ее как отдельный синдром.

В настоящий момент методики и шкалы по изучению моральной травмы еще разрабатываются. Психотерапевтическая работа в области помощи по преодолению последствий моральной травмы также требует дальнейшей разработки. Имеющиеся методы психотерапии, основанные на групповой, психодинамической и других ориентированных терапиях, были разработаны рядом американских и британских специалистов, как правило, на базе исследований, проводимых при участии военнослужащих.

Проведенный анализ работ позволяет утверждать, что моральная травма как феномен является вызовом для психотерапии и клинической психологии. Определение ее значения в ПТСР – поле для новых идей, поиска новых методик обучения специалистов и методов психотерапии. Анализируемая проблема актуальна и для России, где исследования моральной травмы только начинаются.

Вина выжившего

Житейское сознание чаще всего опирается на нормы литературного языка, которые закреплены в различного рода толковых словарях. Так, в толковом словаре русского языка под ред. С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой «вина» определяется как проступок, преступление; причина, источник чего-нибудь (неблагоприятного) [16].

То есть в русском языке вина имеет своим синонимом слово «причина» [16], которое в свою очередь толкуется как явление, вызывающее, обуславливающее возникновение другого явления; основание, предлог для каких-нибудь действий.

Как нетрудно заметить, перевод нейтрального понятия «причина» в действие (глагол) «причинить», «причинять» выявляет опять-таки негативную сторону последствия причины. Выражение «что-то явилось причиной радости» нормы русского языка допускают, но форма «я причинил тебе радость» противоречит им, поскольку причинить можно что-то неблагоприятное – боль, обиду, огорчение, ущерб и т. п. [4].

В философии причина (причинность) рассматривается как источник другого явления (следствия), то есть одно порождается другим. Здесь можно отметить, что *вина* более субъективное (точнее, субъектное) понятие, нежели *причина*. Носителем вины почти всегда является человек, но человек, живущий в мире. Обыденное понятие «вины» включает в себя нравственный аспект, который носит исключительно негативный характер. Различия в понятиях «стыд» и «вина» представлены в табл. 5.1.

Таблица 5.1. Вина и стыд – в чем различие?

Вина	Стыд
Личное явление	Публичное явление
Вина может возникнуть независимо от того, были ли у поступка, из-за которого человек испытывает вину, свидетели или их не было	Стыд возникает в случае наличия свидетелей
Вина — наш внутренний компас, который подсказывает, что мы сбились с пути, в чем-то предали свои принципы, предали себя	Стыд — чувство разочарования или даже бесполезности
Вина — структурирующая эмоция, помогающая нам быть более чуткими в отношениях с другими людьми	Стыд — чувство смущения, вызванное осознанием (пониманием) своих мыслей, желаний, поступка, поведения, положения, нравственного состояния, причастности и т. п.
Когда испытывают вину, то тяготятся тем, что сделали	Стыд — неоправданные ожидания вашего собственного «Я»
Ошибку, из-за которой чувствуют вину, пробуют исправить, если это возможно	Стыд — низменные черты нашей сущности, поэтому мы так стараемся скрыть то, чего стыдимся
Если ничего не предпринимать, то чувство вины может перейти в стыд	Когда человек испытывает стыд, то тяготится тем, какой он
Вина выжившего может привести к суицидальному поведению	При переживании чувства стыда мысли, как правило, следующие: «Уж такой я человек, тут ничего не поделаешь!» Соккрытие и подавление стыда приводит к психологическим проблемам

Вина тесно связана со стыдом. Традиционная психология, идущая от Фрейда, гласит, что субъективное «чувство вины» и «чувство неполноценности» («стыд того, какой я») трудноразличимы. Так, И. Ялом отмечает, что в рамках традиционной терапии «вина» имеет следующий смысл: «...эмоциональное состояние, связанное с переживанием неправильных действий, — всепроникающее, высокодискомфортное состояние, характеризующееся тревогой в соединении с ощущением своей плохости» [12]. По Ялому, существует три типа вины (табл. 5.2). Как нетрудно заметить, *чувство вины связано с переживанием тревоги*. Тревога, как известно, является базовой характеристикой человека. Это отмечают все психологи, особенно экзистенциального направления. Тревога иррациональна, неконкретна, не всегда понятен механизм ее запуска и временные границы. С тревогой трудно справиться.

Ролло Мэй отмечал элемент осознанности тревоги и его связь с наличием симптоматики. Осознание ведет к снятию симптома, а уклон от осознания усиливает невротические проявления. По Р. Мэю, избегать тревоги – это избегать жизни.

Вина имеет связь с тревогой: если уровень осознанности снижает уровень тревоги, то можно сказать, что уровень осознанности опосредованно позволяет ослабить чувство вины как нравственного проступка [5].

Вина несет на себе неизменный отпечаток негативизма и почти у всех авторов имеет связь с нравственным аспектом жизни человека.

Связь вины с нравственным аспектом существования человека и с ответом на вопрос, что сделал человек с собой, подчеркивает *индивидуальную сторону ответственности за вину*. Это же отмечал и В. Франкл, говоря, что вина не может быть коллективной, а может быть только личной, индивидуальной [9].

Таблица 5.2. Три типа вины (по И. Ялому)

Подлинная вина	Невротическая вина	Экзистенциальная вина
Обусловлена реальным преступлением против другого человека. Эта вина должна быть актуально или символически эквивалентно искуплена	Происходит от воображаемых «преступлений» против других или нарушений каких-либо табу и имеет непропорционально сильную реакцию	«Быть виновным значит быть ответственным за...». «Экзистенциальная вина — нечто большее, чем дисфорическое аффективное состояние, чем симптом, который должен быть проработан и устранен», она может быть проводником к личностной самореализации, к «воле быть собой»

Типы вины (по Кадырову Р. В.)

При оценке проблемной вины полезно отличать вину, которая пропорциональна тому, что сделал человек, от вины, которая является несоразмерной.

Специально ли человек сделал другому плохо? Осознанно ли он наносил вред?

Был ли вред действительно нанесен (может быть, другой человек от этой трудной ситуации, наоборот, получил пользу)?

Если хотя бы один критерий есть – можно считать чувство вины обоснованным. Однако, конечно, решение всегда остается за клиентом психотерапевта.

Факторы, которые могут способствовать переживанию несоразмерной (невротической) вины:

- ранее существовавшая чувствительность к чувству вины;
- возобновление вины, связанной с прошлым действием (действиями);
- подавленное настроение;
- навязчивое мышление;
- внешнее подкрепление со стороны других людей в текущей жизни человека (например, неоднократные напоминания об их ответственности за причиненный вред).

Что такое вина выжившего?

Вина выжившего – это особый вид вины, которая развивается у людей, переживших опасную для жизни ситуацию. Некоторые выжившие чувствуют себя виноватыми в том, что они выжили, когда остальные погибли. Кто-то считает, что мог бы сделать больше, чтобы спасти других. А еще есть те, кто чувствует себя виноватым оттого, что какой-то человек умер, спасая их.

Событие, произошедшее во время массовых протестов в январе 2022 года в Казахстане. Мужчина плакал, рассказывая: «За мной гнались с ножом. Я бежал, перепрыгивая через упавших людей... Через женщину и ребенка. Я оставил их без помощи... Я виноват...» При оказании психологической помощи разбирали динамику состояния пострадавших в чрезвычайных ситуациях, фазу, в которой все действия подчинены не логике, а спасению себя – фазу витальных животных реакций.

Трагедия, случившаяся во время одной из чеченских кампаний. Группа из 12 военнослужащих находилась в палатке. Командир подразделения попросил своего заместителя сходить за сигаретами. Отойдя всего лишь на несколько метров от палатки, заместитель командира был отброшен на землю мощнейшим взрывом. На месте палатки зияла огромная воронка... «Я должен был быть среди ребят», – твердил военнослужащий.

Дорожно-транспортное происшествие. Сотрудница МВД с супругом собрались в Новосибирск покупать автомобиль. Женщина везла с собой крупную сумму денег, поэтому позвала в поездку свою сестру и ее мужа. Был гололед, и их машину занесло на перекрестке. В это время на дороге соревновались между собой в ловкости два дальнбойщика на фурах. Сбросить скорость и перестроиться водитель одной из тяжелых машин не успел. Погибли три человека. Выжила только сотрудница МВД, инициировавшая поездку.

В двух последних случаях была проведена длительная работа по восстановлению психического состояния выживших и их желания жить, возможности «отпустить» свою вину.

Беслан, 2004 год. 1 сентября на линейке оказались отец и двое его малолетних сыновей семи и девяти лет. Во время захвата заложников отец не был расстрелян, как многие другие мужчины, так как имел низкий рост и хрупкое телосложение и, по мнению боевиков, не представлял для них опасности. Все время удержания заложников он находился вместе с сыновьями недалеко от растяжки со взрывным устройством, установленной террористами. Во время штурма мужчина прорывался к выходу из школы вместе с сыновьями. Но, выбравшись в безопасное место невредимым, он обнаружил своих детей убитыми.

В этой ситуации не удалось найти ресурс для отца жить дальше, он держался, пока психологи МЧС России работали в городе, а потом покончил собой. «Каждый, кто смотрит мне в глаза, безмолвно спрашивает: “Как ты выжил? Как ты выжил дважды?”» – говорил он. Таких историй можно вспомнить не одну и не две...

Вина выжившего на войне

Чувство вины выжившего может возникнуть в случаях (Караяни А. Г.):

- если солдат был одним из нескольких товарищей, и все они погибли, кроме него;
- если товарищи погибли в последующих боях;
- если товарищи были ранены более тяжело, чем он;
- если человек был эвакуирован по ранению и оставил своих товарищей, продолжающих участие в военных действиях;
- раненый может винить себя за свои чувства во время боя, ранения (страх, ступор, чувство облегчения из-за ранения и др.);
- раненый может винить себя за сам факт ранения, потому что подвел товарищей;
- командир может винить себя за то, что его подчиненные получили тяжелые ранения.

Госпиталь. Участник боевых действий, 23 года: «Вот обидно: я танкист, механик-водитель, а ожоги получил в доме, куда прилетело. Всё, из танка вообще вылезать не буду в следующий раз! Нас шестеро было. Двое погибших, четверо раненых. Я не знаю, мог бы я их спасти или нет... В огне такая паника была, и я долго не мог открыть дверь. Не сплю теперь».

Чувство «вины выжившего» при ПТСР часто характеризуется убеждением, что человек должен был думать, чувствовать или действовать иначе во время травматического события.

Также «вину выжившего» описывают как эмоцию самосознания, связанную с чувством ответственности за причинение вреда себе/другим или неспособность предотвратить причинение вреда себе/другим.

«Пять лет назад я потерял друга, – рассказывает Дмитрий. – Мы ехали небольшой компанией, я сидел на месте рядом с водителем. Затем мы остановились немного отдохнуть, и Макс предложил поменяться местами. Мне как-то без разницы было, я согласился, и он сел на переднее сиденье вместо меня. А через пятнадцать минут после того, как мы тронулись с места, в нас влетела другая машина. Макс умер на месте, я отделался парой синяков и сотрясением, у двух других ребят тоже были незначительные травмы. Первое время в больнице у меня был шок, я отказывался верить, что это происходит на самом деле.

Через пару дней шок сменился чувством вины – ведь это я должен был сидеть на том месте. Все время думал, что я должен был погибнуть вместо него. И возможно, я мог бы чем-то помочь тогда, но сидел, как будто меня парализовало, и не знал, что делать. Все эти чувства только усиливались, а каждый раз, когда я садился в машину, в голове всплывала авария. После очередной сильной панической атаки я пошел к психотерапевту. Сейчас я понимаю, что никто не мог предугадать катастрофы, просто сложилось много факторов одновременно. И по-прежнему очень скучаю по другу» [10].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.