



МЕЖДУНАРОДНАЯ
ШКОЛА ПСИХОТЕРАПИИ

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕРАПИЯ ГОРЯ

Пособие для специалистов
в области психического здоровья

Вильям Ворден

Пятое издание



**Библиотека
Международной школы
психотерапии**

Выпуск 2

J. William Worden, PhD, ABPP

GRIEF COUNSELING AND GRIEF THERAPY

A Handbook for the Mental
Health Practitioner

The original English language work:
Grief Counseling and Grief Therapy 5th edition 9780826134745
by J. William Worden PhD, ABPP
has been published by:
Springer Publishing Company
New York, NY, USA
Copyright © 2018. All rights reserved.

Вильям Ворден

Консультирование и терапия горя

Пособие для специалистов в области
психического здоровья

Перевод с английского

Центр психологического консультирования и психотерапии

МОСКВА 2020

УДК 159.92

ББК 88

В 75

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Переводчик – *Татьяна Литвинова*

Научная редакция перевода – *Константин Ягнюк, Татьяна Оникова*

В75 Ворден Вильям

Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. – М.: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. – с. (Библиотека Международной школы психотерапии. Выпуск 2)

ISBN 978 – 5 – 6042941 – 1 – 6

В пятом издании своего пособия Ворден излагает самые последние теории и идеи, связанные с пониманием процесса горевания, делится результатами эмпирических исследований переживания утраты. Детально описываются многогранный процесс горевания, его этапы и задачи, факторы, влияющие на него, и специальные техники фасилитации неосложненного горя, и разрешения осложненного горевания. Безусловно, это пособие будет особенно ценно для специалистов в области экстренной психологической помощи, однако аудитория этой книги гораздо шире. Столкновение с фактом смерти и переживание утраты – это универсальный опыт, затрагивающий существование любого человеческого существа, поэтому эта книга может быть полезна не только психиатрам, клиническим психологам, психотерапевтам и психологам – консультантам, но и врачам, учителям, священникам, педагогам, в действительности, буквально всем представителям так называемых помогающих профессий.

Перевод англоязычного издания “Grief Counseling and Grief Therapy” Дж. Вильяма Вордена, первоначально изданного Springer Publishing Company, LLC, NY, USA. Авторские права (с) 2018. Перевод и публикация на русском языке по договоренности с Springer Publishing Company, LLC. Все права защищены.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово научного редактора	13
Предисловие	15
Введение.....	19
Глава 1. Привязанность, утрата и переживание горя	34
Теория привязанности.....	34
Является ли горе болезнью?.....	37
Нормальное горе.....	38
Чувства.....	39
Физические ощущения	44
Мыслительные паттерны.....	45
Поведение	47
Горе и депрессия.....	51
Глава 2. Понимание процесса горевания.....	60
Стадии.....	60
Фазы	60
Задачи горевания	62
Внутреннее приспособление	69
Некоторые альтернативные модели	75
Глава 3. Процесс горевания: медиаторы горевания	83
Медиатор 1. Степень родства: кем был умерший.....	83
Медиатор 2. Природа привязанности.....	84
Медиатор 3. Какой была смерть.....	85
Медиатор 4. История горящего.....	89
Медиатор 5. Личностные переменные	90
Медиатор 6. Социальные переменные	100
Медиатор 7. Сопутствующие утраты и стрессы	102
Предупреждение: поведение горящего определяется множеством факторов	103
Когда завершается горевание?	103

Глава 4. Консультирование горя: фасилитация неосложненного горя	115
Цели консультирования горя	116
Идентификация горящих, находящихся в группе риска	119
Принципы и процедуры консультирования	122
Полезные техники	138
Использование медикаментозного лечения	141
Групповое консультирование горя	142
Фасилитация горя через похоронный ритуал	151
Помогает ли консультирование горя?	153
Глава 5. Патологические реакции горя: осложненное горевание	162
Почему люди не могут горевать	162
Когда горе идет не тем путем	168
Появление диагноза осложненного горя	169
Существующая модель осложненного горя	173
Диагностика осложненного горевания	182
Глава 6. Терапия горя: Разрешение осложненного горя	193
Цели и сеттинг терапии горя	195
Методика проведения терапии горя	196
Некоторые соображения по поводу терапии горя	206
Техники и своевременность	208
Сновидения в консультировании и терапии горя	210
Некоторые соображения	211
Оценка результатов	213
Глава 7. Горевание в случае особых видов утраты	219
Суицид	219
Консультирование близких самоубийцы	223
Внезапная смерть	227
Синдром внезапной детской смерти (СВДС)	232
Выкидыши	234
Рождение мертвого ребенка	237
Аборт	239
Предвосхищающее горе	241
Спид	245
Глава 8. Горе и семейные системы	260

Смерть ребенка	265
Скорбь бабушек и дедушек.....	272
Дети умерших родителей	273
Подходы к семейным интервенциям.....	279
Горе и пожилые люди.....	281
Семейные и индивидуальные потребности.....	286
Глава 9. Собственное горе консультанта	298
История утрат	301
Стресс и выгорание	302
Глава 10. Тренинг для консультантов по вопросам горя	311
Приложения	328

*Памяти моего брата
доктора Джека Д. Воргена
1940–2016*

*Прекратилась радость сердца нашего;
хороводы наши обратились в сетование.*

Плач Иеремии, 5:15

*Говорю вам истину, вы будете плакать и рыдать в то время,
когда мир будет радоваться. Вы будете скорбеть, но скорбь
ваша обратится в радость.*

Ин 16:20

Вечером водворяется плач, а на утро радость.

Псалом 29

*Горевание помогает нам исцелиться, и, вспоминая,
испытывать больше любви, чем боли.*

Это избирательный процесс.

*Шаг за шагом вы отпускаете то, что уходит, и горюете
об этом. Шаг за шагом вы овладеваете тем, что становится
частью вас самих. И вы строите снова.*

Рэйчел Наоми Римен

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Существуют разные книги по психотерапии – хорошие и не очень. Иногда встречаются особенные книги. Это может быть книга, представляющая собой вдохновляющий и многообещающий синтез научных исследований и клинической практики. Это может быть работа, которая описывает пройденный путь и обретенный клиницистом опыт работы с определенной категорией пациентов. Это может быть практическое пособие, которое детально, практично и наглядно описывает ремесло лечения разговором. И, наконец, это может быть книга, которая простым языком рассказывает об очень сложных, глубоких вещах и являет собой пример клинической мудрости. Книга Вильяма Вордена «Консультирование горя и терапия горя» – это все это в одной обложке, поэтому пособие, которое вы, читатель, держите в руках, это, в высшей степени, особенная книга по психотерапии.

В пятом издании своего пособия Ворден излагает самые последние теории и идеи, связанные с пониманием процесса горевания, делится результатами эмпирических исследований (в том числе собственных) переживания утраты. Детально описываются многогранный процесс горевания, его этапы и задачи, факторы, влияющие на него, и специальные техники фасилитации неосложненного горя, и разрешения осложненного горевания. Автор подготавливает нас к встрече с теми сложностями, которые ставит перед нами работа с осложненным гореванием, описывает вызовы, которые бросают нам такие конкретные виды утраты как самоубийство, внезапная смерть, синдром внезапной детской смерти, выкидыш, аборт, СПИД. В последних главах пособия Ворден обращается к теме переживания горя в семье и влиянию этого опыта на семейную систему и индивидуальное развитие, а также к теме личного горя консультантов и терапевтов, делится упражнениями для проработки историй утрат в рамках тренинга для консультантов по вопросам горя.

По мнению одного из рецензентов Вильяма Ламерса «эта книга – «Библия» для работающих с переживающими утрату». И действительно, вам не найти книги лучше этой для помощи людям, переживающим смерть близкого человека. Пособие Вордена предоставляет специалистам в области психического здоровья великолепное руководство и бесценный ресурс,

к которому можно вновь и вновь обращаться в трудный момент для поддержки и обретения ориентиров. Безусловно, это пособие будет особенно ценно для специалистов в области экстренной психологической помощи, однако аудитория этой книги гораздо шире. Столкновение с фактом смерти и переживание утраты – это универсальный опыт, затрагивающий существование любого человеческого существа, поэтому эта книга может быть полезна не только психиатрам, клиническим психологам, психотерапевтам и психологам–консультантам, но и врачам, учителям, священникам, педагогам, в действительности, буквально всем представителям так называемых помогающих профессий.

Константин Ягнюк
<http://www.yagniuk.ru/>

ПРЕДИСЛОВИЕ

Идея этой книги возникла из серии семинаров, проведенных мною в Чикагском университете для специалистов по психическому здоровью, которые в течение двух дней исследовали собственный опыт утраты, а также изучали модель задач горевания для понимания переживания горя и процесса скорби. Эти семинары начались в 1976 году. Они проводились два раза в год для групп по 100 человек. Каждый год заявок от желающих было больше, чем можно было принять. Со временем мы стали проводить такие семинары и в других частях Соединенных Штатов. Первое издание книги было опубликовано в 1982 году и содержало большую часть материала, представленного на этих семинарах.

Название книги произошло от лекции, которую я прочитал в Университете Флориды в Гейнсвилле. Меня пригласили выступить с ежегодной лекцией имени Артура Г. Петерсона для большой группы специалистов в области психического здоровья. Я назвал свою лекцию «Консультирование горя и терапия горя». Я сделал такое разграничение в первый раз, но оно имело смысл для меня, а целесообразность этого сохранялась на протяжении многих лет. Консультирование горя относится к тем вмешательствам, которые консультанты осуществляют с людьми, недавно перенесшими смерть близкого человека, чтобы помочь им справиться с различными задачами горевания. Это люди без видимых осложнений в переживании горя. Терапия горя, с другой стороны, относится к тем техникам и интервенциям, которые профессионал проводит с людьми, испытывающими те или иные осложнения в процессе горевания. Такие осложнения препятствуют переработке горя и адекватной адаптации скорбящего. Часто возникают конфликты сепарации с умершими, к которым необходимо обратиться. Это требует больше навыков, понимания и обучения, чем консультирование горя, которое часто может осуществить и имеющий некоторый опыт друг или член семьи.

Действительно ли нам нужны консультанты горя? Я задал этот вопрос в первом издании этой книги 35 лет назад и ответил, что не считаю необходимым создавать новую профессию. И я по-прежнему так думаю. Д. М. Рейли (1978), социальный работник, написал: «Нам не обязательно нужна совершенно новая профессия – консультантов горя. Что нам нужно, так это больше осознанности, чувствительности и более деятельного участия касательно этой проблемы со стороны существующих профессиональных

групп: священнослужителей, работников похоронных служб, семейных терапевтов, медсестер, социальных работников и врачей» (с. 49). К этому Ллойд (Lloyd, 1992) добавляет: «Навыки работы с горем и потерей остаются основополагающими инструментами для профессионалов, которые не обязательно являются профессиональными консультантами» (с. 151). Я согласен с этим. В этой книге я хочу обратиться к представителям этих традиционными профессий, у которых есть возможность распространить свою заботу на переживающих утрату, к тем, кто имеет знания и опыт, необходимые для эффективных интервенций, а в некоторых случаях – для профилактической работы в сфере психического здоровья.

В этом пятом издании книги «Консультирование и терапия горя» представлена новая информация и по возможности обновлена прежняя информация. Мир изменился с 1982 года, когда было опубликовано первое издание этой книги. Происходит больше травмирующих событий, таких, как стрельба в школах, и отдаленные события, которые могут травмировать ребенка. Влияние оказывает также появление социальных сетей и онлайн-ресурсов, которые легко доступны в смартфонах в любое время. Исследования переживания горя и службы помощи горюющим старались не отставать от этих изменений. На последующих страницах я постарался представить вашему рассмотрению наиболее актуальную информацию, чтобы вы, как специалист в области психического здоровья, могли быть наиболее эффективными в ваших интервенциях с переживающими утрату детьми, взрослыми и семьями.

Особые благодарности – людям, которые помогли мне с этим проектом. Трое из моих близких друзей и коллег, знакомых с ранними изданиями этой книги, внесли конкретные предложения по обновлению прежней информации. Этими коллегами, которые поддержали меня, являются: а) Билл Хой, профессор клинической медицины в Университете Бэйлор; б) Марк де Сент-Обин из Колледжа социальной работы Университета Юты; и с) Мишель Пост, терапевт из Лос-Анджелеса. Я включил большинство их предложений в книгу.

Идти в ногу с современной литературой по этому вопросу – огромная задача. У меня есть более 5000 аннотированных ссылок в моей базе данных, которую я начал вести в Гарварде еще в 1970-х годах. Самыми последними научными сотрудниками, которые мне помогали, были Алекс Флэйтс и Хейли Барнс, которые в настоящее время закончили докторантуру по клинической психологии и работают в этой области. Эта помощь стала возможной благодаря доктору Кларку Кэмпбеллу, декану Школы психологии Роузмид, и я также хочу поблагодарить его. Специалисты из группы Вордена, кото-

рые собираются каждый месяц для поддержки и супервизии, значимо помогли мне и прояснили мое мышление.

К ним относятся Рон Аттрелл, Деннис Булл, Паула Банн, Гален Гобен, Энн Голдман, Линда Грант, Аннет Иверсен, Лори Лукас, Майк Меадор, Гейл Плесснер и Мишель Пост.

Моя особая благодарность Шери У. Суссману, исполнительному редактору поведенческих наук в издательстве Springer. Она добавила свою мудрость и поддержку при каждом из пяти изданий этой книги и была другом 35 лет. И, как всегда, моя семья и друзья оказали важную эмоциональную поддержку.

Дж. Вильям Уорден
Бостон, Массачусетс
Лагуна Нигель, Калифорния

Квалифицированные преподаватели, которые будут использовать пятое издание книги «Консультирование горя и терапия горя» для обучения студентов, могут получить дополнительные материалы на английском языке, а именно руководство по использованию, тесты и презентации (Instructor's Manual, test bank, and PowerPoints) по почте textbook@springerpub.com.

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Ллойд М. (1992). Инструменты для многих профессий: Подтверждение использования советов по скорби работниками здравоохранения, социального обеспечения и пастырями. *Британский журнал руководства и консультирования*, 20, 150 – 163. DOI: 10,1080 / 03069889208253617

Reilly, D.M. (1978). Склонность к смерти, умирание и тяжелая утрата: семейная системная перспектива. *Семейная терапия*, 5, 35 – 55.

ВВЕДЕНИЕ

За 35 лет, прошедших с момента первого издания этой книги, в области горя, утраты и скорби появилось много новых концепций. Прежде чем перейти к содержанию этого издания, я хотел бы выделить некоторые из них, которые, по моему мнению, стоит отметить. Многие из них появились в течение последних 20 лет, некоторые обсуждаются мною более подробно в книге. Несмотря на соблазн объединить их в топ-10 в порядке важности, я просто перечислю их. Они все важны.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ И ОНЛАЙН-РЕСУРСЫ

Одной из новых тенденций в помощи горюющим людям является использование социальных сетей и других онлайн-ресурсов. Эти кибер-ресурсы для горевания могут быть использованы а) как способ помнить умершего, б) как способ осуществления вмешательств со скорбящими, и в) как способ проведения дальнейших исследований в области скорби и процесса горевания (Stroebe, van der Houwen & Schut, 2008). Давайте перечислим несколько способов использования современных социальных сетей и онлайн-ресурсов.

1. *Онлайн мемориалы.* Семьи, друзья и другие люди могут выходить в интернет и публиковать мысли о покойном, выражать соболезнования семье и друзьям покойного. Эти мемориальные страницы часто создаются организатором похорон, который помогает семье, или группами, не связанными с похоронами, такими как Open to Hope (www.Opentohope.com) или некоммерческими организациями, такими как Heal Grief (www.healgrief.org), где люди могут зажечь онлайн-мемориальные свечи или опубликовать надгробную речь или фотографии в память о погибшем. Существуют также страницы Facebook Memorial, на которых можно объявить о смерти или похоронах, опубликовать воспоминания и почтить память умершего. По некоторым причинам, эти страницы могут привлекать посторонних людей, которые не знали покойного, но следят за записями и иногда публикуют сообщения (De Groot, 2014).

2. *Помощь через интернет.* Веб-сайты были созданы, чтобы предлагать онлайн-лечение для людей, страдающих от различных видов утрат и диагнозов. Такие вмешательства проводятся терапевтом. К ним относятся такие состояния, как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия и длительное расстройство горя. Также они могут помогать людям, которые испытывают лишение гражданских прав, горе от утрат, о которых трудно говорить, таких как потеря во время беременности или утрата партнера ЛГБТ.

Анонимность, которая может способствовать самораскрытию, привлекает людей к этому виду терапии, но это также может создавать опасность. Если пациент совершает самоубийство или близок к совершению убийства, важно, чтобы терапевт мог напрямую связаться с пациентом и непосредственно обеспечить ему необходимые ресурсы. Этот вид лечения подходит не для всех пациентов и требует достаточно тщательного установления диагноза онлайн или по телефону.

3. *Интернет-группы поддержки для переживающих утрату.* Их можно найти в Интернете, они обычно ориентированы на работу с определенными видами утраты, такими как смерть от самоубийства (Feigelman, Gorman, Beal & Jordan, 2008), в то время существуют и такие интернет-группы поддержки, которые созданы для помощи всем тем, кто переживает утрату (M. Post, "Grief in the Digital Age" seminar, November 2, 2016). Эти группы ведутся или, по крайней мере, отслеживаются профессионалами, которые могут принимать или отстранять людей от участия (Paulus & Varga, 2015). Для оценки изменений от участия в группе может осуществляться тестирование до и после участия (Van der Houwen, Schut, Van den Bout, Stroebe & Stroebe, 2010).

4. *Веб-страницы взаимной поддержки.* Такие страницы самопомощи создаются после стихийных бедствий (наводнений, ураганов, землетрясений) и других катастроф, позволяющих тем, кто взаимодействует с сайтом, выражать свои чувства, задавать вопросы, а также ощущать себя частью сообщества, борющегося с этими событиями (Miller, 2015). На этих сайтах отсутствуют профессиональная персонализированная обратная связь. Тем не менее, они могут быть очень полезны тем, кто не может получить помощь другими способами (Aho, Paavilainen & Kaunonen, 2012).

5. *Психообразовательные ресурсы.* Люди, которым нужна информация о горе и утрате, чтобы нормализовать свои переживания могут использовать такие страницы для получения информации о процессе горевания (Dominick et al., 2009). Как правило, это страницы, созданные для предоставления информации по определенной теме и не предполагают взаимодействия. Однако существуют некоторые сайты, которые позволяют читателю задать вопрос по определенной теме, на который может ответить другой человек, читающий эту конкретную страницу.

6. *Общение с умершим.* Некоторые сайты и страницы Facebook создаются на имя умершего. Скорбящие могут использовать эти страницы, чтобы регулярно писать покойному, часто в формате письма, выражая свои мысли и чувства, задавая вопросы. Те, кто изучал это явление, находят, что такое общение с умершим используются в основном для придания утрате смысла, а также для обеспечения сохраняющейся связи с умершим (Bell, Bailey & Kennedy, 2015; De Groot, 2012; Irwin, 2015).

Для получения дополнительной информации об интернет-ресурсах для кибер-траура, я хотел бы отослать вас к книге под редакцией Софка, Купит и Гилберт *«Умирание, смерть и горе в онлайн-вселенной»*, изданной издательством Springer в 2012 году (Sofka, Cupit & Gilbert, 2012).

КАКОВА ПРИРОДА ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ УТРАТЫ?

В течение многих лет большинство специалистов по терапевтической работе с осложненным переживанием горя, использовали такие термины, как «хроническое горе», «затяжное горе» и «преувеличенное горе», чтобы сформулировать диагноз, означающий осложненное переживание утраты. Фактически некоторые из этих понятий получили определение, когда Бевверли Рафаэл и Варвик Мидлтон (1990) провели опрос, чтобы определить, какие термины чаще всего используются ведущими терапевтами в этой области. Хотя они отметили удивительную солидарность по этому вопросу, проблема заключается в том, что осложненное горе соответствует оси V по классификатору DSM, а диагнозы, относящиеся к оси V, не предполагают оплаты лечения третьей стороной – страховщиками.

Другая проблема – недостаток точных формулировок этих терминов, что делает научное исследование затруднительным. Самым простым решением стало исследование использования точно определенных патологических проявлений, таких как депрессия, тревога и соматизация, для измерения которых имеются хорошие стандартизированные способы. Хотя эти клинические проявления могут быть частью опыта горющего человека, они, конечно, не являются средствами измерения горя. Есть несколько методик измерения горя, подобных пересмотренному «Техасскому опроснику горя» и «Опроснику реакций горя» Хогана, но большинство из них были опробованы на клинической популяции.

Начиная с работы Холли Приджерсон и Марди Горовица, в течение тридцати лет предпринимались попытки придумать формулировку диагноза для осложненного горя, которая подошла бы для того, чтобы включить ее в классификатор DSM-V, готовившийся к изданию в 2010 году. Такой диагноз сделал бы возможной оплату лечения пациентам страховыми компаниями, а также позволил получать средства на исследования этого клинического феномена из исследовательских фондов. Детали этого диагноза и его разработки вы найдете в главе 5.

ГОРЕ, ЛИШЕННОЕ ПРАВ

Этот термин, введенный Кеном Дока и далее разработанный Аттигом (Attig, 2004), стал важным дополнением к исследованиям в данной области. Хотя первый том работы Дока вышел в 1989 году, он переформулировал этот термин во втором томе, опубликованном в 2002 году. Определение «горе, лишенное прав» означает утрату в жизни горющего, которая не является социально признанной. Классическим примером может служить смерть того, с кем у горющего был роман. Если об этом романе знали немногие, то горющий не будет приглашен на похороны и может не получить социальной поддержки, которая бывает полезной многим людям после чьей-либо смерти. Альтернативный образ жизни может не считаться социально приемлемым, так что друг или любовник отвергается семьей умершего человека. Есть много других примеров горя, лишенного прав, и в этой книге высказывается предложение вернуть право горевать некоторым из переживающих такие потери, чтобы помочь горющему адаптироваться к ситуации.

Арон Лазар (Lazare, 1979), с которым мы когда-то работали в центральной больнице Массачусетса, говорил о двух видах утраты, имеющих пря-

мое отношение к понятию горя, лишённого прав. Первый – потери, отрицаемые обществом, то есть те, которые в социуме потерями не считаются. Пример – прерывание беременности (неожиданное или преднамеренное). Второй вид потери, относящийся к горю, лишённому прав, – утраты, о которых в обществе не говорят. Это те особые потери, о которых горюющему трудно говорить. Обычные примеры – самоубийство или смерть от СПИДа. Обе эти потери в окружении семьи стигматизированы. Одна из полезных интервенций в случае таких потерь – помощь в форме разговора об утрате и исследование мыслей и чувств по поводу этой смерти. Подсказки по «возвращению прав» в таких случаях вы найдете в седьмой главе этой книги.

СОХРАНЯЮЩИЕСЯ СВЯЗИ

Привязанности к умершим, которые живой стремится скорее поддерживать, не желая отказываться от них, были названы сохраняющимися связями (continuing bonds). Это не совсем новое понятие. Шустер и Зизук (Shuchter & Zisook, 1988) отмечали, что вдовы, для которых их занятия в Сан-Диего оказались плодотворными, сохраняли переживание присутствия любимого человека в течение нескольких лет после его смерти. В течение гарвардского исследования переживания утраты детьми Силверман, Никман и я заметили, что ощущение связи с умершими родителями продолжает существовать у значительного количества исследуемых детей. В большинстве случаев это был позитивный опыт, но у некоторых детей это было не так. Книга Класса, Силвермана и Никмана под названием «Продолжение связи: новое понимание горя» (1996) объединила информацию из нашего исследования и нескольких других и на основании этого выдвинула идею, что люди чаще остаются связанными с умершими, чем прекращают связь с ними, вопреки предположениям Фрейда.

Эта новая точка зрения была принята не всеми, и вскоре возникли вопросы по поводу того, являются ли сохраняющиеся связи адаптивными для одних и неадаптивными для других. Ассоциируются ли сохраняющиеся связи с продолжением здоровой, нормальной жизни? В значительной степени эта дискуссия вызвана нехваткой фактов, свидетельствующих об эффективности сохраняющихся связей. Когда будет проведено больше исследований, некоторые из этих вопросов будут решены. В сущности, вопросы относятся к пяти главным пунктам:

(1) Какие виды связей наиболее полезны для адаптации к утрате? Сюда относятся предметы, принадлежавшие умершему (связующие и переходные объекты, подарки на память), понимание смысла присутствия умер-

шего, разговор с умершим, интроецирование убеждений и ценностей умершего, разговор о том, каким он был, и т. п. (2) Для кого продолжающиеся связи полезны, а для кого – нет? Здесь требуется идентификация групп людей, переживающих утрату; это понятие не может быть применено ко всем. Один из перспективных подходов к этой проблеме – рассмотрение особенностей привязанности по отношению к умершему. В случае тревожной привязанности, которая может привести к хроническому горю, «цепляние» за умершего может оказаться неадаптивным. Некоторые горюющие люди нуждаются в том, чтобы отказаться от этих отношений и двигаться дальше (Stroebe & Schut, 2005). (3) В каких временных рамках сохраняющиеся связи наиболее адаптивны и в каких они менее адаптивны: непосредственно после утраты или по прошествии некоторого времени? (Field, Gao & Paderna, 2005). (4) Как влияют религиозные и культурные различия на сохранение здоровых связей? Сюда включаются верования и ритуалы, которые поддерживают связь с умершим и сохранение памяти о нем в различных сообществах. (5) Как соотносятся друг с другом сохранение продолжающейся связи с умершим и определение для него другого места в душе, что является важной частью четвертой задачи горевания по Вордену? Больше об этих связях вы сможете прочитать во второй главе.

ПРИДАНИЕ СМЫСЛА

Реконструкция смысла и придание смысла – понятия, введенные и развиваемые Робертом Неймейером, – в течение последних 10 лет привлекли большое внимание к этой области. Он считает реконструкцию смысла центральным процессом, с которым сталкиваются переживающие утрату. Эта реконструкция производится, прежде всего, посредством нарратива, или рассказывания, истории жизни. Когда в жизни происходит такое непредвиденное или невысказанное событие, как смерть близкого, человеку нужно заново определить, кем он является, и заново учиться контактировать с миром, в котором уже нет умершего. Человек не может вернуться на прежний уровень функционирования, но он может научиться жить наполненной смыслом жизнью без умершего. Это главное в третьей задаче горевания, как я ее определяю: когда горюющий должен учиться приспособливаться к миру, в котором нет того, кто умер. Смерть может бросить вызов представлениям человека о мире (духовное приспособление) и о собственной персоне (внутреннее приспособление). Люди, переживающие утрату, задаются серьезными вопросами. Например: «Как я могу чув-

ствовать себя в безопасности в таком мире?»; «Кто я теперь, после этой потери?» (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002).

Тем не менее, я думаю, важно заметить, что некоторые смерти не бросают серьезный вызов важным смыслом в жизни человека. Дэвис и коллеги (Davis et al., 2000) провели исследование на двух разных популяциях людей, перенесших утрату, и обнаружили, что 20%-30% людей, перенесших потерю, возможно, хорошо функционируют без того, чтобы придавать смысл этому событию. При этом те, кто нашел смысл, были лучше адаптированы, чем те, кто его искал и не нашел. Интересно, что у некоторых стремление к пониманию сохранялось и после того, как смысл был найден.

Неймейер (Neimeyer, 2000), комментируя исследования Дэвиса, замечает, что большинство людей в этих исследованиях боролись за то, чтобы найти смысл, и им нужно было помочь в этом. Но он предостерегает консультанта от «запуска» этого процесса, если он не начинается спонтанно. Он завершает свои комментарии тем, что отмечает важное различие: поиск смысла – это процесс, а не результат или достижение. Смыслы, ассоциирующиеся с потерей умершего человека, постоянно пересматриваются. Мы ясно это видим в работе с людьми, потерявшими близких людей еще в детстве, которые, по мере того как проходят разные стадии своего развития, задаются вопросами: «Какими могли бы быть сейчас мои отец/мать?»; «Какими могли бы быть наши отношения теперь, когда я заканчиваю колледж, женюсь и т. д.?» (Worden, 1996). Больше о поиске смысла как задаче процесса горевания можно прочесть во второй главе.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Когда Филлис Силверман и я изучали 125 переживших утрату детей в течение более чем двухлетнего периода после утраты, мы заметили, что этих детей можно разделить на три группы. Дети первой группы (примерно 20%) плохо справлялись с утратой в течение этих двух лет. Поскольку мы получили грант Национального института психического здоровья для исследования, призванного идентифицировать группу риска среди детей, перенесших утрату, и предотвратить возможные последствия, этой группе детей уделялось особое внимание в нашем исследовании. Можно ли было идентифицировать детей группы риска вскоре после смерти близкого человека, чтобы предложить ранние вмешательства и предотвратить негативные последствия, которые повлечет за собой эта смерть? При этом мы также заметили вторую, не такую многочисленную, группу детей, ко-

торые, кажется, справлялись хорошо, и мы идентифицировали их как жизнестойких. Их школьная успеваемость, общественная жизнь, рассказы об умершем, ощущение собственной ценности, ощущение контроля и здоровая идентификация с умершим родителем оставались на высоком уровне. Третья, самая многочисленная, группа детей в течение первых двух лет после потери существовала более или менее нормально (Silverman, 2000; Worden, 1996).

Благодаря работе Джорджа Бонанно (Bonanno, 2004) мы начали изучать жизнестойких людей, переживших утрату. Это люди, которые хорошо адаптируются к потере и не нуждаются в консультировании или терапии. Думается, мы несколько запоздали с этим изучением.

В Аризоне Ирвин Сандлер, Шарлин Волчик и Тим Эйерс (Sandler, Wolchik & Ayers, 2008) дополнили наше понимание жизнестойкости. Как и я, они предпочитают термин «адаптация» термину «выздоровление». Те горюющие, которые хорошо и эффективно адаптируются к утрате, преуспели в «жизнестойкой адаптации». В своем изучении детей, потерявших родителей, и их семей группа Сандлера выявила и факторы риска, и защитные факторы, которые вели к хорошей (жизнестойкой) или не такой хорошей адаптации к утрате. При изучении жизнестойкости подход, сосредоточенный на позитивных и негативных результатах, выходит за рамки узкого подхода, фокусирующегося на патологических последствиях. Интересно, что факторы риска и защитные факторы, обнаруженные в семьях Аризоны, оказались сходными с теми, которые Силверман и я отметили в своем исследовании в Гарварде. Здесь действует множество факторов как на личностном уровне, так и на уровне социального окружения, поэтому группа Сандлера называет свою теорию контекстуальной рамкой адаптации. Отдельные люди рассматриваются как живущие в семьях, которые, в свою очередь, существуют в сообществах и культурах. Это относительно новое исследование и мышление в терминах жизнестойкости при переживании горя является многообещающим для нашего понимания горя и утраты. Больше об этом вы сможете узнать из третьей главы.

ТРАВМА И ГОРЕ

Подобно депрессии и горю, травма и горе имеют много общих поведенческих проявлений. Во множестве статей обсуждается вопрос о том, что в них общего и чем они различаются. Некоторые авторы, такие как Рандо, Горовиц и Фигли, приравнивают любое горе к травме, но мне такое пред-

ставление кажется слишком растяжимым. Я предпочитаю модель, предлагаемую Штребе, Шутом и Финкенауэром (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001), которая проводит следующие различия. Первая группа – травма без утраты. В этом случае человек переживает травматичное событие, которое становится причиной симптомов травмы и приводит к диагнозу посттравматического стрессового расстройства или острого стрессового расстройства, что в основном зависит от временных рамок. Прочие симптомы депрессии и тревоги могут привести к сопутствующему диагнозу. В этом, первом, случае отличительный признак заключается в том, что травмирующее событие не привело к чьей-либо смерти, и человек имеет дело с одним или более классическими симптомами травмы (ожидание вторжения, избегание, сверхбдительность) без переживания утраты. Вторая группа – утрата без травмы. В этом случае смерть любимого человека переживается при отсутствии симптомов травмы, которые ассоциировались бы с событием. Если после утраты наблюдаются осложнения, то они относятся к категории осложненного горевания. Третья группа – травматичная утрата. В этом случае человек переживает по поводу смерти, и в самой смерти (например, насильственной) или в опыте переживания человека по поводу этой смерти есть что-то такое (часто относящееся к ненадежной привязанности или конфликтным отношениям с покойным), что способствует развитию симптомов, ассоциируемых с травмой.

При обсуждении травматичной утраты возникают два вопроса. Во-первых, что важнее всего в определении травматичной утраты: обстоятельства смерти или реакция горюющего? Во-вторых, какими симптомами надо заняться в первую очередь при лечении травматичной утраты: симптомами травмы или симптомами горя? Травматический стресс влияет на переживание горя по поводу потери; горе мешает совладать с травмой (Rando, 2003). Многие считают, что в первую очередь надо заняться симптомами травмы, прежде чем мы сможем обратиться к симптомам горя.

Всегда были люди, которые умирали от насильственных действий, но, думается, за последние 10 лет уровень насилия вырос. Большое количество случаев стрельбы в школах, а также теракт 11 сентября 2001 года иллюстрируют распространение насилия в нашем обществе. Необходимо большее количество исследований горя и травмы, включая исследования того, какие интервенции при этом наиболее эффективны. Нам нужно доводить до понимания работников средств массовой информации тот факт, что интервенции, предпринимаемые непосредственно в дни после стрельбы в школах, – это не консультирование в ситуации горя, но, скорее, кризисное вмешательство; а между этими двумя видами работы существуют

важные различия и в целях, и в методах.

Позвольте мне завершить это введение тем, что вызывает у меня беспокойство: недостаток внимания и клиницистов, и исследователей к распознаванию уникальности опыта переживания горя. Даже если задачи процесса горевания применимы ко всем случаям потери при смерти близкого человека, существуют значительные различия в том, как человек подходит к решению этих задач и адаптируется к ним. Однотипный подход ко всем очень ограничивает возможности консультирования и терапии горя. Когда я был аспирантом в Гарварде, значительное влияние на мое мышление оказал профессор Гордон Олпорт. Олпорт (сентябрь 1957; записи лекций) обычно говорил студентам, что «каждый человек подобен всем другим людям; каждый человек похож на некоторых людей, и каждый человек ни на кого не похож». Олпорт утверждал сохранявшийся у него всю жизнь профессиональный интерес к индивидуальным различиям – интерес, который привел его к сотрудничеству с Робертом Уайтом в лонгитюдном изучении мужчин под названием «Жизнь с течением жизни» (White, 1952). Эти исследования подтверждают как сходство всех людей, так и уникальность каждого отдельного человека.

Если бы мы захотели перенести изречение Олпорта на область изучения переживания утраты, мы бы сказали: «Горе каждого человека подобно горю всех остальных людей, горе каждого человека похоже на горе какого – то другого человека, и при этом горе каждого человека не похоже ни на чье горе». В последние 25 лет в наших клинических и исследовательских проектах существовала тенденция игнорировать уникальность опыта горевания отдельного человека. Мне всегда нравилась мысль Алана Вольфелта о том, что следует быть «компаньоном» человека, переживающего утрату. При этом подходе консультант садится бок о бок с горяющим, и они делятся опытом так, чтобы это было полезно для обоих. Меня беспокоит, что, торопясь сформулировать диагноз осложненного (травматического) горевания для DSM, мы можем быть слишком сильно сосредоточены на том, что «горе каждого человека подобно горю всех остальных людей», теряя из вида уникальность опыта горевания, то есть тот факт, что «горе каждого человека не похоже ни на чье горе». В каждом издании этой книги я утверждал, что опыт переживания горя у каждого человека свой, уникальный, и что опыт всех людей не может быть четко обозначен термином «патологическое горе». Для меня гораздо предпочтительнее термин «осложненное горевание», признающий ту или иную трудность в процессе горевания, которая и привлекает внимание специалиста в области психического здоровья к этому человеку. Утверждение уникальности пережива-

ния горя отдельным человеком не является чем-то новым в области изучения опыта утраты. Колин Паркс (2002) сказал: «С самого начала Боулби и я признавали, что в реакциях людей на утрату есть много индивидуального и что не все проходят стадии переживания горя одинаково или с одинаковой скоростью» (с. 380).

Интересное утверждение об уникальности и субъективном характере индивидуального переживания горя мы находим в исследовании горя с помощью магнитно-резонансной томографии (Gundel, O'Connor, Littrell, Fort & Lane, 2003). После исследования мозга восьми переживавших утрату женщин Гандел, О'Коннор, Литтрелл, Форт и Лейн пришли к выводу, что горе сопровождается нарушенной работой нейронных связей, которая вызывает ряд нейронных процессов, влияющих на различные участки мозга и его функции, включая переработку аффекта, ментализацию, припоминание, зрительное воображение и регулирование, осуществляемое автономной нервной системой. Эта нейронная система, возможно, отвечает за уникальное, субъективное качество переживания горя, и данная находка дает нам новые ключи к пониманию как последствий переживания горя для здоровья, так и нейробиологии привязанности.

Я думаю, что медиаторы горя, которые подробно рассматриваются в третьей главе, дают нам ключ к пониманию индивидуальных различий в опыте переживания горя, в адаптации к утрате, связанной со смертью близкого человека.

В первом издании этой книги 25 лет назад я писал, что не считаю необходимым создание новой профессии – консультантов для переживающих горе. И я по-прежнему так думаю. Д. М. Рилли (Reilly, 1978), социальный работник, пишет: *«Не обязательно учреждать новую профессию... консультантов для переживающих горе. Что нам нужно, так это больше вдумчивости, чуткости и более деятельного участия уже существующих профессиональных групп: священнослужителей, руководителей похоронных служб, семейных терапевтов, медсестер, социальных работников и врачей»* (с. 49). А Ллойд (Lloyd, 1992) добавляет: *«Навыки в работе с горем и утратой остаются основополагающими инструментами специалистов, которые не обязательно являются профессиональными консультантами»* (с. 151). Я с этим согласен. И как раз в данной книге я хочу обратиться к представителям этих традиционных профессий, у которых есть возможность распространить свою заботу на переживающих утрату, к тем, кто имеет знания и опыт, необходимые для эффективных интервенций, а в некоторых случаях – для профилактической работы в сфере психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

Aho, A., Paavilainen, E., & Kaunonen, M. (2012). Mothers' experiences of peer support via an Internet discussion forum after the death of a child. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 417–426. doi:10.1111 /j.1471 – 6712.2011.00929

Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 49, 197–215. doi:10.2190/P4TT – J3BF – KFDR – 5JB1

Bell, J., Bailey, L., & Kennedy, D. (2015). “We do it to keep him alive”: Bereaved individuals' experiences of online suicide memorials and continuing bonds. *Mortality*, 20, 375–389. doi:10.1080/13576275.2015.1083693

Bonnano, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20–28. doi:10.1037/0003 – 066X.59.1.20

Bonanno, G. (2009). *The other side of sadness*. New York, NY: Basic Books.

Caserta, M. S., Lund, D. A., Ulz, R. L., & Tabler, J. L. (2016). “One size doesn't fit all” – Partners in hospice care, an individualized approach to bereavement intervention. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73, 107–125.

Davis, C., Wortman, C., Lehman, D., & Silver, R. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497–540. doi:10.1080/07481180050121471

De Groot, J. (2012). Maintaining relational continuity with the deceased on Facebook. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 65, 195–212. doi:10.2190/OM.65.3.c

De Groot, J. (2014). “For whom the bell tolls”: Emotional rubbernecking in Facebook memorial groups. *Death Studies*, 38, 79–84. doi:10.1080/074811 87.2012.725450

Doka, K. (Eds). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.

Doka, K. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.

Dominick, S., Blair, I., Beauchamp, N., Seeley, J., Nolen – Hoeksema, S., Doka, K., & Bonanno, G. A. (2009). An Internet tool to normalize grief. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 60, 71–87. doi:10.2190/OM.60.1.d

Faschingbauer, T., Devaul, R., & Zisook, S. (2001). Texas revised inventory of grief. *Death Studies*, 25, 1–32.

Feigelman, W., Gorman, B., Beal, K., & Jordan, J. (2008). Internet support groups for suicide survivors: A new mode for gaining bereavement assistance. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 57, 217–243. doi:10.2190/OM.57.3.a

Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29, 277–299. doi:10.1080/07481180590923689

Field, N., & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34, 1–29. doi:10.1080/07481180903372269

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–260). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1917)

Gundel, H., O'Connor, M. F., Littrell, L., Fort, C., & Lane, R. D. (2003). Functional neuroanatomy of grief: An fMRI study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1946–1953. doi:10.1176/appi.ajp.160.11.1946

Hogan, N. S., Greenfield, D. B., & Schmidt, L. A. (2001). Developmental and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death Studies*, 25, 1–32. doi:10.1080/07481180125831

Irwin, M. O. (2015). Mourning 2.0—Continuing bonds between the living and the dead on Facebook. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 72, 119–150. doi:10.1177/0030222815574830

Klass, D., Silverman, P., & Nickman, S. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lazare, A. (1989). Bereavement and unresolved grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 381–397). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 457–463. doi:10.3109/00048679309075803

Miller, E. (2015). Content analysis of select YouTube postings: Comparisons of reactions to the Sandy Hook and Aurora shootings and Hurricane Sandy. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 18, 635–640. doi:10.1089/cyber.2015.0045

Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558. doi:10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction and the experience of*

loss. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235 – 251. doi:10.1177/000276402236676

Parkes, C. M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367 – 385. doi:10.1080/02682620208657543

Paulus, T., & Varga, M. (2015). “Please know that you are not alone with your pain”: Responses to newcomer posts in an online grief support forum. *Death Studies*, 39, 633 – 640. doi:10.1080/07481187.2015.1047060

Rando, T. A. (2003). Public tragedy and complicated mourning. In M. Lattanzi – Licht & K. J. Doka (Eds.), *Living with grief: Coping with public tragedy* (pp.263 – 274). New York, NY: Brunner – Routledge.

Rynearson, E., Schut, H., & Stroebe, M. (2013). Complicated grief after violent death: Identification and intervention. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 278 – 292). New York, NY: Routledge.

Sandler, I., Wolchik, S., & Ayers, T. (2008). Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement. *Death Studies*, 32, 59 – 73. doi:10.1080/07481180701741343

Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1988). Widowhood: The continuing relationship with the dead spouse. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 269 – 279.

Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children’s lives*. New York, NY: Oxford University Press.

Silverman, P. R., Nickman, S., & Worden, J. W. (1992). Detachment revisited: The child’s reconstruction of a dead parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 494 – 503. doi:10.1037/h0079366

Sofka, C., Cupit, I., & Gilbert, K. (Eds.). (2012). *Dying, death, and grief in an online universe: For counselors and educators*. New York, NY: Springer Publishing.

Stroebe, M., & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved. *Death Studies*, 29, 477 – 494. doi:10.1080/07481180590962659

Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief: A conceptual framework for understanding the trauma – bereavement interface. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185 – 201.

Stroebe, M., van der Houwen, K., & Schut, H. (2008). Bereavement support, intervention, and research on the Internet: A critical review. In M. S.

Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp.

551 – 574). Washington, DC: American Psychological Association.

Suhail, K., Jamil, N., Ovebode, J., & Ajmal, M. A. (2011). Continuing bonds in bereaved Pakistani Muslims: Effects of culture and religion. *Death Studies*, 35, 22 – 41.

van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief Internet based self – help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359 – 367. doi:10.1016/j.brat.2009.12.009

van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet – based self – help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359 – 367. doi:10.1016/j.brat.2009.12.009

van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J., & Wijngaards – de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34, 195 – 220.

White, R. J. (1952). *Lives in progress*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.

Wolfelt, A. (2005). *Companioning the bereaved: A soulful guide for caregivers*. San Jose, CA: Companion Press.

Worden, J. W. (1996a). *Children & grief: When a parent dies*. New York, NY: Guilford Press.

Worden, J. W. (1996b). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73 – 80. doi:10.1002/(SICI)1520 – 6572(199624)2:4<73::AID – SESS7>3.0.CO;2 – 9

Yu, W., He, L., Xu, W., Wang, J., & Prigerson, H. G. (2016). How do attachment dimensions affect bereavement adjustment? A mediation model of continuing bonds. *Psychiatry Research*, 23, 893 – 899. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.030

ГЛАВА 1. ПРИВЯЗАННОСТЬ, УТРАТА И ПЕРЕЖИВАНИЕ ГОРЯ

ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ

Прежде чем мы сможем полностью понять влияние на человека утраты и то, как с этим связано его поведение, нам нужно получить некоторое представление о значении привязанности. В психологической и психиатрической литературе много написано о природе отношений привязанности. Среди мыслителей, работавших в этой области, одна из ключевых фигур – покойный британский психиатр Джон Боулби. Он посвятил значительную часть своей профессиональной карьеры изучению привязанности и утраты и написал несколько важных и значимых книг, а также ряд статей на эту тему.

Теория привязанности Боулби дает нам способ концептуализации склонности человеческих существ создавать прочные эмоциональные связи с другими, а также способ понимания сильной эмоциональной реакции, возникающей, когда появляется угроза разрыва этих связей. Развивая свою теорию, Боулби рассматривает вопрос широко, привлекая данные этологии, теории контроля, когнитивной психологии, нейрофизиологии и биологии развития. Он возражает тем, кто считает, что привязанность людей друг к другу развивается только для удовлетворения биологических потребностей, таких, например, как еда или секс. Ссылаясь на работу с животными Лоренца и на работу с обезьянами Харлоу, Боулби (Bowlby, 1977a) указывает, на тот факт, что привязанности формируются без какого – либо подкрепления этих потребностей.

Тезис Боулби (Bowlby, 1977b) заключается в том, что привязанности возникают из потребности в защищенности и безопасности; они развиваются в начале жизни и имеют тенденцию сохраняться в течение длительного времени на протяжении жизненного цикла человека. Формирование привязанностей к значимым другим считается поведенческой нормой не только для ребенка, но и для взрослого. Боулби утверждает, что поведение привязанности имеет ценность для выживания, обращая наше внимание на такое поведение практически у всех видов млекопитающих. Но он считает, что поведение привязанности отличается от поведения кормления и сексу-

ального поведения.

Поведение привязанности лучше всего иллюстрируют детеныш животного и маленький ребенок, которые, по мере того как они подрастают, покидают мать на все более длительные периоды времени, исследуя свое окружение в пределах постоянно увеличивающегося радиуса. Однако они все время возвращаются к предмету своей привязанности в поисках поддержки и безопасности. Когда объект привязанности исчезает или находится под угрозой, реакцией на это становится тревога и сильный эмоциональный протест. Боулби полагает, что родители ребенка обеспечивают ему безопасную основу для действий, опираясь на которую, он исследует мир. Эти отношения определяют способность ребенка образовывать эмоциональные привязанности в дальнейшей жизни. Данная теория сходна с представлением о базовом доверии у Эрика Эриксона (Erikson, 1950): получая опыт хорошего родительства, ребенок начинает ощущать себя способным самостоятельно помочь себе и достойным того, чтобы ему помогли в случае возникновения трудностей. В этом паттерне могут развиваться явные патологические отклонения. Неадекватное родительство может привести ребенка к формированию тревожной привязанности, или слишком слабой привязанности, или вообще к ее отсутствию (Winnicott, 1953, 1965). Характеристику различных стилей привязанности вы найдете в третьей главе.

Если целью поведения привязанности является поддержание эмоциональных связей, то ситуации, угрожающие этим связям, вызовут вполне конкретные реакции. И чем больше потенциальная возможность утраты, тем интенсивнее и разнообразнее эти реакции. *«В этом случае активизируются все самые сильные формы привязанности: цепляние, плач и, возможно, сердитое принуждение... Когда эти реакции оказываются эффективными, связь восстанавливается, активные действия прекращаются, состояния стресса и дистресса облеγχаются»* (Bowlby, 1977a, с. 429). Если опасность не исчезает, то за этим следует отстранение, апатия и отчаяние.

Животные, как и люди, демонстрируют это поведение. В конце XIX века Чарльз Дарвин в книге «Выражение эмоций у человека и животных» (1872) описал способы выражения горя животными, детьми и взрослыми людьми. Этолог Конрад Лоренц описал поведение, подобное скорби, у дикого гуся, разлученного с партнером: *«Первой реакцией на исчезновение партнера становятся тревожные попытки его найти. Гусь беспокойно мечется день и ночь, пролетая большие расстояния, посещая места, где может находиться партнер, все время издавая пронзительные, слышимые издали крики... Площадь поиска становится все больше и больше, часто ищущий может и сам пропасть или стать жертвой несчастного случая...*

Все объективные наблюдаемые характеристики поведения гуся при потере партнера более или менее идентичны гореванию у человека» (Lorenz, 1963; цит. по: Parkes, 2001, с. 44).

Есть много других примеров горевания в животном мире. Несколько лет назад был интересный доклад о дельфинах в зоопарке Монреаля. Когда один из дельфинов умер, его партнер отказался есть, и перед сотрудниками зоопарка встала трудная, почти непосильная задача: спасти жизнь оставшегося в живых дельфина. Отказываясь от приема пищи, дельфин демонстрировал признаки скорби и депрессии, подобно переживающему утрату человеку.

Психиатр Джордж Энджел, выступая с лекцией по психиатрии в центральной больнице Массачусетса, очень подробно описал случай переживания утраты. Эта реакция типична для человека, который потерял близкого. Далее в своей лекции, зачитав длинный газетный отчет об этом случае, Энджел раскрыл правду: он описал поведение самки страуса, потерявшей своего партнера!

Исходя из множества примеров в животном мире, Боулби заключает, что существуют серьезные биологические причины автоматической агрессивной поведенческой реакции на любую сепарацию. Он предполагает, что невосполнимость утраты не принимается во внимание и что в ходе эволюции развились инстинктивные механизмы, основанные на факте, что потери могут восполняться, и поведенческие реакции, которые являются частью процесса горевания, направлены на восстановление отношений с утраченным объектом (Bowlby, 1980). Эта биологическая теория горя оказала влияние на многих мыслителей, включая британского психиатра Колина Паркса (Parkes, 1972; Parkes & Stevenson – Hinde, 1982; Parkes & Weiss, 1983). Среди других выдающихся теоретиков привязанности – Мэри Эйнсворт (Ainsworth, 1978) и Мэри Мэйн (Main & Hesse, 1990). Реакции горя у животных показывают, какие основные биологические процессы действуют также и у людей. Тем не менее некоторые характеристики процесса горевания присущи именно человеку, и эти нормальные реакции горя описываются в данной главе.

Существуют свидетельства того, что все люди в той или иной степени скорбят об утрате. Антропологи, изучавшие различные общества, их культуры и реакции людей на потери тех, кого они любят, сообщают, что, какое бы общество ни изучалось в любой части света, везде наблюдаются почти универсальные явления – попытка вернуть дорогого человека и/или вера в загробное существование, где с ним можно воссоединиться. Однако в обществах с дописменной культурой патологическое переживание

горя, думается, встречается не так часто, как в более цивилизованных обществах (Parkes, Laungani & Young, 2015; Rosenblatt, 2008; Rosenblatt, Walsh & Jackson, 1976).

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ГОРЕ БОЛЕЗНЬЮ?

Джордж Энджел (1961) в своей наводящей на размышления статье, опубликованной в журнале «Психосоматическая медицина», поднимает интересный вопрос. Тезис Энджела заключается в том, что утрата близкого человека травматична для психики в той же мере, в которой рана или ожог – для тела. Он утверждает, что горе представляет собой нарушение состояния здоровья и благополучия, и, подобно тому, как в физиологическом смысле больному необходим период выздоровления для возвращения телу гомеостатического баланса, скорбящему требуется некоторое время, чтобы вернуться в состояние психологического равновесия. Таким образом, Энджел уподобляет процесс горевания процессу исцеления. Как и при всяком лечении, полное или почти полное функционирование может быть восстановлено, но бывают также случаи нарушенного функционирования и неадекватного лечения. По мнению Энджела, термины «здоровый» и «патологической» применимы к ходу разных физиологических процессов выздоровления так же, как и к пути, которым может пойти процесс горевания. Он рассматривает горевание как путь, который требует времени для восстановления функционирования. Функционирование всегда бывает нарушено, вопрос в том, в какой степени (Engel, 1961). Вместо слов «восстановление» и «выздоровление» я предпочитаю слово «адаптация». Кто-то адаптируется к утрате лучше, кто-то – хуже. В пятой главе мы рассмотрим осложненное горевание, при котором не происходит адекватного приспособления к утрате.

Прежде чем мы рассмотрим характеристики нормального горя, будет полезно рассмотреть три термина, которые часто используются как взаимозаменяемые: «горе», «горевание» и «утрата». Поясняю: в этой книге я использую термин «горе», чтобы обозначить опыт человека, потерявшего кого-то близкого вследствие его смерти. «Горе» – это термин, который приложим и к другим утратам, но данная книга посвящена прежде всего потерям из-за смерти. «Горевание» – это термин для обозначения процесса, который люди проходят, адаптируясь к смерти близкого. «Утрата» – это факт потери, к которому человек пытается адаптироваться.

НОРМАЛЬНОЕ ГОРЕ

Понятие нормального горя, которое также называют неосложненным, включает в себя широкий спектр переживаний и поведенческих проявлений, которые типичны после понесенной утраты. Одну из первых попыток рассмотреть нормальные реакции горя предпринял Эрих Линдемманн (Lindemann, 1944), когда возглавлял психиатрическое отделение центральной больницы Массачусетса.

В районе Бостона есть два католических колледжа, знаменитых тем, что их футбольные команды соревнуются между собой. Осенью 1942 года они встретились для своей обычной субботней игры. Колледж Святого креста выиграл у Бостонского колледжа, и после игры многие отправились в «Кокосовую рощу», местный ночной клуб, чтобы это отметить. Во время всеобщего веселья помощник официанта зажег спичку, чтобы при ее свете сменить перегоревшую лампочку, и нечаянно поджег декоративную пальму. Почти моментально весь ночной клуб, который был заполнен людьми сверх положенной вместимости, был охвачен огнем. Это трагическое событие унесло жизни почти 500 человек.

После этого Линдемманн и его коллеги работали с членами семей погибших; опираясь на эти и другие данные, Линдемманн написал свою классическую работу «Симптоматология и совладание с острым горем» (1994). При исследовании 101 человека, недавно потерявшего кого-то из близких, он обнаружил сходные паттерны, которые обозначил как патогномонические характеристики нормального или острого горя:

1. Соматический или телесный дистресс того или иного рода.
2. Поглощенность образом умершего человека.
3. Чувство вины, связанное с умершим или обстоятельствами его смерти.
4. Враждебные реакции.
5. Неспособность функционировать на прежнем уровне.

Кроме этих пяти, Линдемманн добавлял шестую характеристику, наблюдавшуюся у многих пациентов: они, казалось, проявляли некоторые личностные черты покойного в собственном поведении.

Работа Линдемманна во многом является недостаточно полной. Некоторые из недочетов были подчеркнуты Парксом (Parkes, 2001), который заметил, что Линдемманн не приводит цифры, чтобы продемонстрировать относительную частоту проявления описанных паттернов. Кроме того,

Линдемманн не упоминает, сколько интервью с пациентами было проведено, а также время утраты. Тем не менее его работа остается важной и часто цитируемой.

Для меня наибольший интерес представляет то, что наблюдаемые нами сегодня люди, переживающие утрату, демонстрируют реакции, очень похожие на те, которые Линдемманн описал более 70 лет назад. Мы наблюдали в основном такие же реакции у большого количества людей, переживающих острое горе. Так как список нормальных реакций горя обширен и разнообразен, я группирую их по четырем основным категориям: чувства, физические ощущения, когниции и поведение. Каждому, кто консультирует переживших утрату, нужно быть знакомым с широким спектром поведенческих реакций, попадающих под описание нормального горя.

ЧУВСТВА

ПЕЧАЛЬ

Печаль – наиболее характерное чувство переживающего утрату, и оно действительно не нуждается в обширных комментариях. Это чувство не обязательно проявляется плачем, но часто это так и бывает. Паркс и Вайсс (Parkes & Weiss, 1983) предполагают, что плач является сигналом, вызывающим у окружающих сострадание и желание поддержать, и создает социальную ситуацию, в которой действие обычных законов соревновательного поведения приостанавливается. Некоторые горюющие люди боятся печали и особенно того, что она может оказаться интенсивной (Taylor & Rachman, 1991). Нередко можно услышать, что человек говорит: «Я оставил ее на похоронах». А другие блокируют печаль бурной деятельностью лишь для того, чтобы обнаружить, что она возвращается к ним по ночам. Когда человек не позволяет себе переживать печаль, со слезами или без слез, это часто приводит к осложненному гореванию (см. главу 5).

ГНЕВ

Гнев часто возникает после потери. Он может быть одним из наиболее непонятных чувств для оставшегося в живых и поэтому становится причиной многих проблем в процессе горевания. Женщина, чей муж умер от рака, говорит мне: «Как же я могу сердиться? Ведь он не хотел умереть». На самом деле она сердится на него за то, что он умер и оставил ее. Если гнев не принимается адекватно, он может привести к осложненному гореванию.

Этот гнев может происходить из двух источников: переживания фру-

страции из – за того, что никто не смог предотвратить смерть, и регрессивного опыта, связанного с потерей кого – то близкого. Вы могли пережить такой регрессивный опыт в раннем детстве, когда ходили с мамой в магазин. Вот вы находитесь в большом универмаге и вдруг видите, что мама исчезла. Вы испытываете панику и тревогу, пока мама не появится снова. И тогда, вместо того чтобы встретиться с ней с радостью, вы ее отталкиваете и пинаете ее ноги. Это поведение, которое Боулби рассматривает как часть нашего генетического наследия, является посланием матери: «Не оставляй меня больше!»

В случае потери любого важного для нас человека существует тенденция вначале регрессировать, чувствовать себя беспомощным, неспособным существовать без него, а затем испытывать гнев, который неразрывно связан с этой тревогой. Гнев, испытываемый человеком, переживающим утрату, нужно распознать и отнестись к нему должным образом. Однако его часто используют в большей или меньшей степени неэффективно, если гнев вытесняется или перенаправляется на другого человека, которого часто и обвиняют в смерти близкого. Ход рассуждений заключается в следующем: если уж кого – то винить, то, значит, этот человек был ответственен, и смерть можно было предотвратить. Люди могут обвинять врача, руководителя похоронной службы, членов семьи, друга, который не был достаточно чуток, и часто – Бога. «Я чувствую себя обманутой и не пойму, кто же меня обманул. Бог дал мне того, кто для меня так ценен, а потом снова забрал. Разве это справедливо?» – спрашивает вдова.

Один из наиболее рискованных вариантов неадекватной адаптации к чувству гнева, связанный с наибольшим риском, – направление гнева внутрь, на самого себя. В тяжелом случае обращения гнева внутрь у человека, злящегося на себя, может развиться тяжелая депрессия или суицидальное поведение. Другая, психодинамическая, интерпретация этого обращенного против себя гнева была дана Мелани Кляйн (Klein, 1940), которая предполагает, что «победа» над мертвым заставляет переживающего утрату злиться на себя или же направлять гнев на кого – то из окружения.

Обвинения

Часто с гневом поступают и менее эффективными способами, одним из которых является смещение или направление на какого-нибудь другого человека и обвинение его или ее в смерти (Drenovsky, 1994). Рассуждения идут по такому пути, что если кого-то можно обвинить, то этот человек, как бы становится ответственным за то, что произошло, а следовательно мог бы и предотвратить потерю. Люди могут обвинять докторов, рас-

порядителей похорон, членов семьи, друга, а в некоторых случаях и Бога. “Я чувствую себя обманутым, но я не могу понять, кто меня обманул. Бог показал мне что-то драгоценное и теперь забирает это от меня. Это справедливо?” говорила одна женщина (Exline, Park, Smyth & Carey, 2011).

Филд и Бонанно (2001) в своих исследованиях наблюдали два типа обвинений. Одни обвиняли умерших, другие – себя. Те, кто обвиняли умерших, испытывали больше гнева и других симптомов в течение первых месяцев после смерти с уменьшением последствий в дальнейшем. Те, кто обвинял себя переживали большее количество всевозможных симптомов горевания и с трудом принимали реальность потери. Они оставляли у себя вещи покойного и придерживались своего чувства вины, которое помогало им быть в контакте с умершим, вместо того, чтобы придерживаться воспоминаний как способа сохранять привязанность.

ВИНА И САМОБИЧЕВАНИЕ

Вина, стыд и самобичевание – в том, что не был достаточно добрым или не доставил умершего в больницу раньше и тому подобное, – это обычный опыт выживших. Обычно это чувство связано с чем-то, что случилось, или с чем-то, на что не обратили внимания, когда близкий человек умер, с чем-то, что помогло бы предотвратить потерю (Li, Stroebe, Chan & Chow, 2014). Чаще всего эта вина иррациональна и смягчается с помощью «проверки реальностью». Возможно, конечно, и существование реальной вины, когда человек действительно сделал что-то, вызвавшее смерть. В таких случаях вместо проверки реальностью нужно использовать другие техники.

ТРЕВОГА

Тревога у оставшихся в живых проявляется в диапазоне от легкого переживания незащищенности до сильной панической атаки, и чем интенсивнее и устойчивее тревога, тем вероятнее она предполагает патологическую реакцию горя (Onrust & Cuijpers, 2006). Первоначально тревога происходит из двух источников. Первый заключается в тревоге, основанной на привязанности. Это страх выжившего о том, что он не сможет заботиться о себе сам, и, соответственно, часто возникает комментарий: «Я не проживу без него» (Meier, Carr, Curtier & Neumeier, 2013). Во-вторых, тревога связана с обострением осознания собственной смертности, которое усиливается в связи со смертью любимого человека (Worden, 1976). В своем крайнем проявлении эта тревога может развиться в полновесную фобию. Известный писатель К. С. Льюис (Lewis, 1961) испытал эту тревогу и сказал после смерти своей жены: *«Никто никогда не говорил мне, что горе*

так похоже на страх. Я не боюсь, но это переживается, как страх. То же ощущение дрожания в желудке, то же беспокойство, та же зевота. Я постоянно сглатываю слюну» (с. 38).

Одиночество

Оставшиеся в живых часто испытывают одиночество, особенно те, кто потерял супруга и привык к тесным отношениям изо дня в день. Несмотря на сильное переживание одиночества, многие вдовы никуда не ходят, потому что дома чувствуют себя безопаснее. «Я сейчас настолько одинока!» – сказала одна вдова, которая была замужем 52 года. Через десять месяцев после смерти мужа она поделилась со мной: «Это было так, как будто весь мир рухнул». Штребе, Штребе, Абакумкин и Шут (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin & Schut, 1996) различают эмоциональное одиночество и социальное одиночество. Социальная поддержка может помочь справиться с социальным одиночеством, но она не уменьшает эмоциональное одиночество, возникшее из – за потери объекта привязанности. Эта утрата может быть исцелена только установлением другой привязанности (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005). Иногда желание прикосновения бывает связано с одиночеством. Это особенно верно в случаях потери супруга (Van Baarsen, Van Duijn, Smit, Snijders & Knipscheer, 2001).

Усталость

Пациенты Линдемманна сообщали об усталости, и мы часто наблюдаем усталость у выживших. Иногда она может переживаться как апатия или вялость. Этот высокий уровень усталости может и удивлять человека, который обычно очень активен, и причинять ему боль. «Я утром не могу встать с постели», – говорила одна вдова. «Я запустила дом, потому что все время чувствую усталость». Усталость обычно не является тотальной. Если это не так, усталость может быть клиническим признаком депрессии.

Беспомощность

Одним из факторов, которые делают смерть таким тяжелым событием, часто является связанное с ней переживание беспомощности. Это явление, которое нередко сопровождается тревогой, зачастую наблюдается на первой стадии переживания утраты. Вдовы особенно часто чувствуют себя крайне беспомощными. Молодая вдова, оставшаяся с семимесячным ребенком, рассказывала: «Моя семья приехала и жила со мной первые пять месяцев. Я боялась, что совсем слечу с катушек и не смогу заботиться о ребенке». Беспомощность связана с локусом контроля (внутренним

или внешним). Люди в внешнем локусе контроля чувствуют себя во власти обстоятельств и менее способны проявлять чувство контроля и самоэффективность (Rubinstein, 2004).

Шок

Чаще всего шок наблюдается в случае внезапной смерти. Человек берет телефонную трубку и узнает, что любимый человек или друг умер. Даже если смерть ожидается, следует за длительной болезнью и больному постепенно становится все хуже, когда этот телефонный звонок в конце концов раздастся, случившееся может вызвать шок и неверие у оставшегося в живых.

Тоска

Тоска по потерявшему человеку – это то, что в Британии называют оплакиванием (pinning). Паркс (Parkes, 2001; Parkes & Prigerson, 2010) отметил, что тоска – это общее чувство оставшихся в живых, особенно заметное у вдов, которых он изучал. Тоска – это нормальная реакция на утрату. Когда она начинает уменьшаться, это может быть знаком того, что процесс горевания подходит к концу. Если она не ослабевает, это может быть клиническим признаком травматического горя (W.Stroebe, Abakoumkin & stroebe, 2010). В пятой главе вы найдете обсуждение травматического горя как одного из осложнений переживания горя, а также значение тоски в его диагностике (Robinaugh, 2016).

Освобождение

Освобождение может быть позитивным чувством после смерти другого человека. Я работал с молодой женщиной, чей отец был действительно деспотичным властелином, непреклонным диктатором, распоряжавшимся ее жизнью. После его внезапной смерти от сердечного приступа она прошла через переживание нормального горя, но также говорила об освобождении, потому что ей больше не приходилось жить в условиях его тирании. Вначале ей было некомфортно с этим чувством, но затем она смогла его принять как нормальную реакцию на изменение своего положения.

Облегчение

Многие люди чувствуют облегчение после смерти любимого человека, особенно если этот человек страдал от долгой и мучительной болезни. «Знание того, что его страдания, и душевному, и физическому, пришел конец, помогает мне справиться с этим», – сказала пожилая вдова. Облег-

чение может прийти и в случае смерти человека, с которым у оставшегося в живых были сложные отношения, часто в течение всей жизни. Иногда облегчение может быть реакцией на удавшееся самоубийство. Однако такое облегчение часто сопровождается чувством вины.

ОЦЕПЕНЕНИЕ

Важно также отметить, что некоторые люди сообщают об отсутствии чувств. После утраты они «цепенеют». Оцепенение также обычно переживается в начале процесса горевания, сразу после того, как человек узнает о смерти. Возможно, это происходит из-за того, что чувств, с которыми надо справиться, слишком много, и, чтобы не быть ими затопленным, человек впадает в оцепенение, защищая себя от этого потока. По поводу оцепенения Паркс и Вайсс (Parkes & Weiss, 1983) пишут: «Мы не нашли свидетельств того, что эта реакция является нездоровой. Блокирование чувств является защитой от ощущения переполняющей, невыносимой боли, и кажется скорее в высшей степени нормальной реакцией» (с. 55).

Просматривая список, помните, что каждый из этих пунктов относится к нормальному переживанию горя; ни в одном из этих случаев нет ничего патологического. Тем не менее чувства, которые сохраняются ненормально долго и являются крайне интенсивными, могут предвещать осложненную реакцию горя. Это будет обсуждаться в пятой главе.

ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ

Один из самых интересных моментов в работе Линдемманна – описание не только переживавшихся людьми эмоций, но и физических ощущений, связанных с реакциями острого горя. Этими реакциями часто пренебрегают, а между тем они играют важную роль в процессе горевания. Далее следует список физических ощущений, о которых люди, переживающие горе, сообщают на консультациях особенно часто:

1. Пустота в желудке.
2. Сжатие в груди.
3. Сжатие в горле.
4. Повышенная чувствительность к шуму.
5. Переживание деперсонализации: «Я иду по улице, и все кажется нереальным, включая меня самого».
6. Одышка, нехватка воздуха.

7. Слабость в мышцах.
8. Недостаток энергии.
9. Сухость во рту.

Часто бывает, что эти физические ощущения беспокоят оставшегося в живых, и он/она обращается к врачу для обследования. Врачам следует спрашивать о возможных смертях и потерях.

МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ

Переживание горя характеризуется различными мыслительными паттернами. Некоторые мысли являются обычными на ранних стадиях горя; они обычно быстро исчезают. Но иногда эти мысли сохраняются и запускают чувства, которые могут привести к депрессии или тревоге.

НЕВЕРИЕ

«Этого не было. Должно быть, это ошибка. Не могу поверить, что это произошло. Не хочу верить, что это случилось». Обычно это первые мысли, возникающие после сообщения о смерти, особенно если смерть была внезапной. Одна молодая вдова сказала мне: «Я все жду, что меня кто-то разбудит и скажет, что все это мне снится». Другая говорила: «Смерть мужа была для меня шоком, хотя он уже некоторое время болел. Никогда нельзя быть вполне готовым к этому».

СПУТАННОСТЬ

Люди, только что потерявшие близкого, говорят, что их мысли очень спутаны, что они, кажется, не владеют своими мыслями, им трудно сосредоточиться, или они все время что-то забывают. Однажды после вечеринки в Бостоне я возвращался домой на такси. Я сказал шоферу, куда еду, расслабился, и он отправился в путь. Через некоторое время он снова спросил меня, куда я еду. Я подумал, что он, возможно, новичок и еще не знает город, но он ответил, что его голова занята слишком многим. Через некоторое время он спросил снова, на этот раз извинился и сказал, что у него путаются мысли. Это повторилось несколько раз, и в конце концов я решил, что не будет бестактным спросить, чем он так озабочен. Он сказал, что неделю назад его сын погиб в автомобильной катастрофе.

Поглощенность своими мыслями

Это могут быть навязчивые мысли об умершем. Они часто включают навязчивые мысли о том, как его вернуть. Иногда эта навязчивость принимает форму неотвязных образов умершего и того, как он страдает или умирает. Когда в Гарварде мы исследовали переживания утраты детьми, то наиболее интенсивные навязчивые мысли были у оставшихся в живых родителей, неожиданно потерявших супруга, с которым у них были очень конфликтные отношения (Worden, 1996). Неотвязные размышления – другая форма навязчивости. Люди, пытающиеся справиться с ситуацией путем неотвязных размышлений, снова и снова думают о том, как им плохо, и о том, какие обстоятельства вызвали эти переживания (Eisma, 2015; Nolen – Hoeksema, 2001).

Переживание присутствия

Это противоположность тоски. Горюющий человек может думать, что умерший так или иначе еще присутствует в данное время в данном месте. Чаще всего это бывает вскоре после смерти. В нашем исследовании переживающих утрату детей 81% детей через 4 месяца после смерти родителя чувствовали, что он следит за ними, и у многих детей (66%) это по-прежнему наблюдалось спустя два года после смерти родителя. Для одних это переживание было утешительным, других оно пугало (Worden, 1996).

Галлюцинации

Галлюцинации, как зрительные, так и слуховые, включены в этот список нормальных реакций потому, что они являются часто встречающимся опытом переживающих утрату. Обычно это бывают мимолетные иллюзии, часто случающиеся в течение нескольких недель после смерти, и они, как правило, не предвещают осложненного горевания. И хотя некоторых людей они приводят в замешательство, многие другие находят этот опыт полезным. В связи с интересом, появившимся в последнее время к мистицизму и духовности, интересно поразмышлять, действительно ли это галлюцинации или, возможно, какой-то другой метафизический феномен (Kersting, 2004).

Между мышлением и чувствами существует область пересечения, которая в данный момент особенно интересует когнитивную психологию и когнитивную психотерапию. Арон Бек и его коллеги (Beck, 1979) в университете Пенсильвании обнаружили, что опыт депрессии часто запускается депрессивными мыслительными паттернами. В случае утраты на ум

приходят следующие мысли: «Я не могу жить без нее» или: «Я никогда не найду новую любовь». Эти мысли могут запустить очень интенсивные, хотя и нормальные, переживания печали и/или тревоги.

ПОВЕДЕНИЕ

Существует определенное количество специфических видов поведения, которые часто связаны с нормальными реакциями горя, в диапазоне от нарушений сна и аппетита до рассеянности и социальной изоляции. О следующих видах поведения люди часто рассказывают после потери (со временем все они обычно проходят).

НАРУШЕНИЯ СНА

На ранних стадиях переживания потери люди часто страдают от нарушений сна. Они могут включать трудности с засыпанием и трудности с утренним пробуждением. Иногда нарушения сна могут потребовать медицинского вмешательства, но при нормальном горевании они обычно проходят сами. В гарвардском исследовании переживания потери детьми одна пятая детей демонстрировала нарушения сна в первые четыре месяца после смерти родителя. Через один-два года эта цифра без каких-либо специальных интервенций снижалась до показателя, который мало отличается от показателей у ровесников этих детей, не переживших утрату (Worden, 1996).

После того как Билл внезапно потерял жену, он просыпался по утрам в пять часов, чувствуя сильную печаль, вспоминая вновь и вновь обстоятельства ее смерти, думая, как ее можно было предотвратить, что он сам мог сделать по-другому. Это продолжалось день за днем и вскоре стало причиной проблем, потому что он не мог хорошо выполнять свои обязанности на работе. Но через шесть недель нарушение сна стало проходить и однажды исчезло совсем. И это не какой-то особенный опыт. Тем не менее, если нарушение сна сохраняется, это может быть знаком более серьезного депрессивного расстройства, и его уже необходимо исследовать (Tanimukai, 2015). За нарушениями сна иногда могут стоять различные страхи, включая страх сновидений, страх нахождения в постели одному и страх не проснуться. После смерти мужа одна женщина решила проблему страха быть одной в постели, ложась спать с собакой. Звук дыхания собаки успокаивал ее, и она спала рядом с собакой почти год, пока не смогла снова спать одна.

НАРУШЕНИЯ АППЕТИТА

У животных при переживании утраты нарушается аппетит, и этим они очень похожи на горюющих людей. Хотя нарушения аппетита могут проявляться как в виде переедания, так и в виде недоедания, недоедание чаще встречается в описаниях проявлений горя. Изменение паттернов питания могут привести к серьезным изменениям в весе.

РАССЕЯННОСТЬ

Люди, недавно пережившие утрату, могут замечать, что они по невнимательности делают то, что однажды может причинить им вред или неудобства. Одну клиентку беспокоило, что она уже три раза отправлялась в поездку по городу по делам на своей машине, а завершив дела, забывала, что приехала на машине, и возвращалась домой на общественном транспорте. Это поведение наблюдалось после большой утраты; в конце концов оно прошло само собой.

СОЦИАЛЬНОЕ ДИСТАНЦИРОВАНИЕ

Для людей, перенесших утрату, не является необычным желание дистанцироваться от окружающих. Как правило, это тоже временное явление, которое проходит само. Я видел одну молодую женщину вскоре после смерти ее матери. Раньше это была одинокая женщина, очень активная, любившая вечеринки. В течение нескольких месяцев после смерти матери она отклоняла все приглашения; ей казалось, что посещение вечеринок не соответствует тому, что она чувствует на ранних стадиях горевания. Читателю это может показаться вполне естественным и адекватным поведением, но этой женщине дистанцирование от окружающих представлялось ненормальным. Некоторые люди отдаляются от друзей, которые кажутся чрезмерно заботливыми. «Мои друзья так старались, что мне уже хотелось их избегать. Сколько раз можно слышать одно и то же: “Мне так жаль”»... Социальное дистанцирование может также включать потерю интереса к внешнему миру, например, отказ от чтения газет или от просмотра телевизионных программ. Дети, переживающие смерть своих родителей, в первые месяцы после случившегося могут так же дистанцироваться от социальных контактов (Silverman & Worden, 1993).

СНОВИДЕНИЯ ОБ УМЕРШЕМ

Сны об умершем – очень распространенное явление, как обычные, так и огорчающие сновидения и кошмары. Часто эти сновидения преследуют ряд целей и могут подсказывать нам, на какой стадии процесса горевания

находится человек (Cookson, 1990).

Например, в течение нескольких лет после смерти матери Эстер страдала от сильного чувства вины, связанного с обстоятельствами ее смерти. Эта вина проявлялась в низкой самооценке и самообвинениях и была связана со значительной тревогой. В один из своих ежедневных визитов к матери Эстер вышла от нее, чтобы попить кофе и перекусить. Пока ее не было рядом, мать умерла.

Эстер была переполнена раскаянием, и чувство вины сохранялось, хотя мы использовали в ее терапии обычные техники проверки реальностью. Когда Эстер была в терапии, ей приснилось сновидение о матери. В этом сне она видела, как старается помочь матери спуститься по скользкой тропинке и не упасть. Но мать упала, и, что бы ни делала во сне Эстер, ничто не могло ее спасти. Это было невозможно. Сновидение стало важным поворотным моментом в ее терапии, потому что она позволила себе увидеть, что никак не могла предотвратить смерть матери. Этот важный инсайт позволил ей избавиться от груза вины, который она несла годами. Некоторые способы использования сновидений в консультировании и терапии горя описаны в шестой главе.

ИЗБЕГАНИЕ НАПОМИНАНИЙ ОБ УМЕРШЕМ

Некоторые люди избегают мест или вещей, которые запускают болезненные переживания горя. Они могут избегать места смерти, кладбища или предметов, напоминающих о потерянном любимом человеке. Одна женщина среднего возраста обратилась к консультанту, когда ее муж умер после серии сердечных приступов, оставив ее с двумя детьми. Некоторое время она убирала все фотографии мужа в шкаф вместе с вещами, которые напоминали о нем. Это было, очевидно, временным решением, и, когда ее горе подошло к концу, она смогла достать из шкафа предметы, в окружении которых ей хотелось находиться.

Быстрое избавление от вещей, связанных с умершим, выкидывание или убирание их, вплоть до того, чтобы как можно скорее похоронить тело, может привести к осложненной реакции горя. Обычно это нездоровое поведение; часто оно говорит об очень неоднозначном отношении к умершему. Амбивалентные отношения – один из медиаторов в горевании, описанных в третьей главе.

ПОИСК И ПРИЗЫВАНИЕ УМЕРШЕГО

И Боулби, и Паркс много писали о поведении поиска. Призывание умершего относится к этому поведению поиска. Часто перенесшие утрату

повторяют имя умершего любимого человека: «Джон, Джон, Джон. Пожалуйста, вернись ко мне». Если имя не произносится вслух, его могут повторять про себя.

Вздохи

Перенесшие утрату часто вздыхают. Это связано с физическим ощущением нехватки воздуха. Коллеги в центральной больнице Массачусетса изучали дыхание в маленькой группе родителей, переживших утрату, и обнаружили, что уровень кислорода и углекислого газа у них близок к тем, который наблюдается у пациентов с депрессией (Jellinek, Goldenheim & Jenike, 1985).

БЕСПОКОЙСТВО И ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

Несколько вдов в нашем гарвардском исследовании переживания утраты после смерти мужей оказывались в состоянии непрекращающейся гиперактивности. Для упоминавшейся ранее женщины, муж которой умер, оставив ее с двумя детьми – подростками, стало невыносимым пребывание дома. Она садилась в машину и ездила по городу, пытаясь найти в этой деятельности хоть какое-то облегчение. Другая вдова могла находиться дома днем, потому что была занята, но уходила из дома ночью.

Плач

Существует интересная гипотеза о том, что слезы имеют потенциальную терапевтическую ценность. Стресс вызывает в теле химический дисбаланс, и некоторые исследователи считают, что слезы удаляют токсические вещества и восстанавливают гомеостаз. Они предполагают, что химический состав слез, вызываемых стрессом, отличается от состава слез, возникающих при раздражении глаз. Проводились специальные тесты, чтобы узнать, какие катехоламины (изменяющие настроение активные химические вещества, производимые мозгом) присутствуют в слезах, связанных с эмоциями (Frey, 1980). Слезы действительно облегчают эмоциональный дистресс, но то, как они это делают, остается загадкой. Требуется дальнейшие исследования, а также проверка гипотезы о вреде подавления плача. Мартин (Martin, 2012), который работал с индивидуальными пациентами и семьями, переживающими горе после травмирующих событий, написал интересную статью, которая называется «Горе, которое не находит выхода в слезах, заставляет плакать другие органы. Его концепция помогает нам понять, как переработанные эмоционально и когнитивно тяжелые травматические переживания могут найти свое выражение в теле.

ПОСЕЩЕНИЕ МЕСТ ИЛИ ХРАНЕНИЕ ОБЪЕКТОВ, НАПОМИНАЮЩИХ ОБ УМЕРШЕМ

Это поведение, противоположное тому, когда люди стремятся избегать всего, что напоминает о потерянном близком человеке. Часто за таким поведением стоит страх забыть умершего. «В течение двух недель я постоянно носила с собой его фотографию, боясь, что забуду его лицо», – говорила мне одна вдова.

ВЫСОКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРЕДМЕТОВ, ПРИНАДЛЕЖАВШИХ УМЕРШЕМУ

Одна молодая женщина вскоре после смерти матери перебрала вещи в ее шкафу и забрала домой многие предметы ее одежды. Они носили один размер, и, хотя это может показаться примером скупости, дело было в другом: дочь не чувствовала себя комфортно, если на ней не было наде-то что-то, принадлежащее матери. Она носила эти вещи несколько месяцев. По мере того как процесс траура продвигался вперед, ей все меньше хотелось носить одежду матери. В конце концов она отдала большую часть этих вещей на благотворительность.

Смысл такого детального описания характеристик нормального переживания горя в том, чтобы показать, как велико разнообразие поведения и опыта, связанных с утратой. Очевидно, что не весь этот опыт будет переживаться конкретным человеком. Тем не менее консультантам, работающим с людьми, переживающими утрату, важно понимать, как широк диапазон нормальных реакций горя, чтобы не считать патологическим поведение, которое следует признать нормальным. Это понимание сделает консультантов способными принести облегчение людям, которых беспокоит их поведение, особенно в случае первой значимой потери. Однако если далее в процессе переживания утраты эти реакции сохраняются, они могут сигнализировать об осложненном горевании (Demi & Miles, 1987).

ГОРЕ И ДЕПРЕССИЯ

Многие способы переживания нормального горя кажутся проявлениями депрессии. Чтобы разобраться с этим, давайте рассмотрим спор о том, чем похожи и чем отличаются горе и депрессия.

Фрейд (Freud, 1917-1957) рассматривал этот вопрос в своей ранней работе «Печаль и меланхолия». Он пытался обосновать тезис, что депрессия, или меланхолия, как он ее называл, является патологической формой горя и во многом напоминает скорбь (нормальное горе), кроме одной исключи-

тельной характеристики: импульсы гнева, направленные на объект амбивалентной любви, обращаются внутрь. Горе и депрессия действительно очень похожи, и горе действительно может развиться в полноценную депрессию. Джеральд Клерман (Klerman & Izen, 1977; Kerman & Weissman, 1986), выдающийся исследователь депрессии, считал, что многие депрессии вызваны потерями. Они возникают либо непосредственно после потери, либо через некоторое время, когда пациенту что-то напомнило об утрате. Депрессия также может служить защитой от скорби. Если гнев обращается на самого выжившего, то его перестают направлять на покойного, и выживший, таким образом, оказывается защищенным от амбивалентных чувств по отношению к нему (Dorpat, 1973).

Главные отличия горя от депрессии следующие: хотя при депрессии, как и при горе, вы можете обнаружить такие классические симптомы, как нарушения сна и аппетита и сильную печаль, при реакции горя не бывает потери самооценки, типичной для клинических депрессий. Иными словами, человек, который кого-то потерял, вследствие этой утраты не считает самого себя хуже, а если это и происходит, то ненадолго. И если оставшиеся в живых близкие умершего чувствуют вину, это обычно бывает вина, ассоциирующаяся с конкретным аспектом произошедшего, а не тотальное чувство вины. И хотя горе и депрессия имеют общие объективные и субъективные характеристики, они все-таки представляются разными состояниями. Депрессия включает понятие потери, но не идентична ему (Robinson & Fleming, 1989, 1992; Wakefield & Schmitz, 2013; Worden & Silverman, 1993; Zisook & Kendler, 2007). Фрейд считал, что в горе мир кажется обедненным и пустым, тогда как при депрессии сам человек чувствует себя обедненным и опустошенным. Это различие в когнитивном стиле идентифицировалось Бекем и его единомышленниками (Beck, 1979), а также другими когнитивными терапевтами, которые предположили, что люди в депрессии негативно оценивают самих себя, мир и будущее. Хотя эти характеристики могут наблюдаться и у горяющего, в этом случае они бывают скорее временными.

Тем не менее среди горящих есть люди, у которых после утраты развивается большой депрессивный эпизод (Zisook & Kendler, 2007; Zisook, Paulus, Shuchter & Judd, 1997; Zisook & Shuchter, 1993, 2001). В пятом издании «Диагностического и статистического руководства» Американской психиатрической ассоциации предлагается такое различие. Зисук с коллегами, находясь под влиянием идеи того, что первые два месяца горевания должны быть исключены при диагностике депрессии, которая должна проводиться не раньше чем через два месяца с начала переживания тяжелой

утраты, готовы поспорить с этим, утверждая: “Преобладание данных, указывающих на то, что депрессия, связанная с переживанием тяжелой утраты не отличается от большого депрессивного эпизода, который манифестируется в любом другом контексте; она также генетически обусловлена, чаще всего появляется у людей, в личной и семейной истории которых подобный эпизод случался, обладает похожими личностными характеристиками и сопутствующими паттернами, чаще всего будет хронической и/или повторяющейся и реагирует на лечение антидепрессантами”. Если во время переживания утраты развивается большой депрессивный эпизод, это следует рассматривать как вид осложненного горевания – гипертрофированное горе» (см. главу 5).

В Йельском университете Джекобс и коллеги (Jacobs et al., 1987, 1989, 1990), интересовавшиеся депрессией в контексте утраты, писали: *«Хотя большинство депрессивных состояний у переживающих утрату являются временными и не требуют профессиональной помощи, растет признание того, что некоторые депрессии, особенно те, которые сохраняются на протяжении первого года после пережитой утраты, являются клинически значимыми»* (1987, с. 501). Они использовали антидепрессанты для лечения нескольких пациентов, чья депрессия надолго сохранялась в ходе переживания горя, не проходила самопроизвольно и не реагировала на межличностные вмешательства. Обычно это были люди с историей депрессии или другого психического расстройства. Они обнаружили улучшения в области нарушений сна и аппетита, а также в настроении и восприятии мира. Эта реакция на антидепрессанты предполагает биологическое измерение депрессии.

Одна из функций консультанта, работающего с людьми в состоянии острого горя, – выявление пациентов, переживающих большой депрессивный эпизод, с помощью стандартных диагностических критериев. Пациенты, диагностированные как переживающие большой депрессивный эпизод, могут получить дополнительную помощь: медицинское обследование и, возможно, назначение антидепрессантов. Как только состояние при депрессии начинает улучшаться при приеме антидепрессантов, фокус лечения смещается на стоящий за депрессией внутренний конфликт привязанности. Такие конфликты не могут быть разрешены с помощью одного только медикаментозного лечения (Miller et al., 1994).

Если горе определяется как опыт человека, переживающего утрату, то горевание – это путь, который человек проходит, адаптируясь к утрате. В следующих двух главах мы рассмотрим этот процесс подробно.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- В этой главе были определены понятия «горя», «скорби» и «горевания». Как это различие помогает вам лучше понять данную тему? Каким образом бы вы, возможно, дополнили или изменили данные определения?
- Если посмотреть на разнообразие типичных, нормальных проявлений неосложненного горевания, таких, как чувства, физические ощущения, мышление и поведение, какие из них вы могли бы выделить, как наиболее часто встречающиеся в вашей работе с пациентами, переживающими утрату? Какие из них вы сами переживали в процессе переживания значительной утраты в своей жизни?
- Индивидуумы, переживающие скорбь, часто отмечают в себе чувство, что они «сходят с ума» или «теряют рассудок». Каким образом мышление и эмоции, описанные в данной главе, вносят вклад в возникновение этого чувства «сумасшествия»?
- Такие поведенческие проявления, как ношение с собой личных вещей умершего, могут вызвать у «благоразумных» родственников или друзей мысли о том, что человеку нужна профессиональная помощь. Как бы вы могли убедить такого человека в том, что такое поведение нормально?
- Какие проблемы могут встретиться в терапии нормальных реакций скорби, если они соответствуют критериям симптоматики более тяжелого депрессивного расстройства? Каким образом и почему эти проблемы могут стать значимыми в клинической практике?

ЛИТЕРАТУРА:

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of strange situations. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press.

Bowlby, J. (1977a). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201 – 210. doi:10.1192/bjp.130.3.201

Bowlby, J. (1977b). The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy: The fiftieth Maudsley lecture (expanded edition). *British Journal of Psychiatry*, 130, 421 – 431. doi:10.1192/bjp.130.5.421

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness, and depression (Vol. II). New York, NY: Basic Books.

Cerney, M. S., & Buskirk, J. R. (1991). Anger: The hidden part of grief. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 228 – 237.

Cookson, K. (1990). Dreams and death: An exploration of the literature. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 21, 259 – 281. doi:10.2190/8LJ8-6GN1-YT22-B8D4

Darwin, C. (1872). The expression of emotions in man and animals. London, UK: Murray.

Demi, A. S., & Miles, M. S. (1987). Parameters of normal grief: A Delphi study. *Death Studies*, 11, 397 – 412. doi:10.1080/07481188708252206

Dorpat, T. L. (1973). Suicide, loss, and mourning. *Life-Threatening Behavior*, 3, 213 – 224. doi:10.1111/j.1943-278X.1973.tb00867.x

Drenovsky, C. K. (1994). Anger and the desire for retribution among bereaved parents. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 29, 303 – 312. doi:10.2190/HT0E-HCHE-JFLP-XG7F

Duncan, C., & Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 71, 312 – 342. doi:10.1177/0030222815572604

Eisma, M., Schut, H., Stroebe, M., Boelen, P., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 163 – 180. doi:10.1111/bjc.12067

Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research.

Psychosomatic Medicine, 23, 18–22.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: W. W. Norton.

Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social–cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 129–148. doi:10.1037/a0021716

Field, N., & Bonanno, G. (2001). The role of blame in adaptation in the first five years following the death of a spouse. *American Behavioral Scientist*, 44, 764–781.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–260). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1917)

Frey, W. H. (1980). Not–so–idle–tears. *Psychology Today*, 13, 91–92.

Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., Kasi, S., & Ostfeld, A. (1989). Depressions of bereavement. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 218–224. doi:10.1016/0010–440X(89)90041–2

Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269–274.

Jacobs, S., Nelson, J., & Zisook, S. (1987). Treating depression of bereavement with antidepressants: A pilot study. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 501–510.

Jellinek, M. S., Goldenheim, P., & Jenike, M. (1985). The impact of grief on ventilatory control. *American Journal of Psychiatry*, 142, 121–123. doi:10.1176/ajp.142.1.121

Kersting, A. (2004). The psychodynamics of grief hallucinations – a psychological phenomenon of normal and pathological grief. *Psychopathology*, 37, 50–51. doi:10.1159/000077020

Klein, M. (1940). Mourning and its relationship to manic–depressive states. *International Journal Psychoanalysis*, 21, 125–153. Retrieved from [https:// pdfs.semanticscholar.org/1216/dd85933628fac2775a408346a790c43fd45.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/1216/dd85933628fac2775a408346a790c43fd45.pdf)

Klerman, G. L., & Izen, J. (1977). The effects of bereavement and grief on physical health and general well being. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 9, 63–104.

Klerman, G., & Weissman, M. (1986). The interpersonal approach to understanding depression. In T. Million & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM–IV* (pp. 429–456). New York, NY: Guilford Press.

Kosminsky, P., & Jordan, J. (Eds.). (2016). *Attachment–informed grief*

therapy: The clinician's guide to foundations and applications. New York, NY: Routledge.

Lewis, C. S. (1961). *A grief observed*. London, UK: Faber & Faber.

Li, J., Stroebe, M., Chan, C., & Chow, A. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies*, 38, 165 – 171. doi:10.1080/07481187.2012.738770

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141 – 148. doi:10.1176/ajp.101.2.141

Lorenz, K. (1963). *On aggression*. London, UK: Methuen.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/ or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & M. E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161 – 182). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Martin, P. (2012). "Grief that has no vent in tears, makes other organs weep." Seeking refuge from trauma in the medical setting. *Journal of Child Psychotherapy*, 38, 3 – 21. doi:10.1080/0075417X.2011.651839

Meier, A., Carr, D., Currier, J., & Neimeyer, R. (2013). Attachment anxiety and avoidance in coping with bereavement: Two studies. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 315 – 334. Ddoi:10.1521/jscp.2013.32.3.315

Miller, M. D., Frank, E., Cornes, C., Imber, S. D., Anderson, B., Ehrenpreis, L., Reynolds, C. F., III (1994). Applying interpersonal psychotherapy to bereavement – related depression following loss of a spouse in late life. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 149 – 162.

Nolen – Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 545 – 562). Washington, DC: American Psychological Association.

Onrust, S. A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 10, 327 – 334. doi:10.1080/13607860600638529

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.

Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25 – 45). Washington, DC: American Psychological Association.

Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (2015). *Death and bereavement across cultures* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Parkes, C. M. & Prigerson, H. (Eds.). (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). New York, NY: Routledge.

Parkes, C. M., & Stevenson – Hinde, J. (Eds.). (1982). *The place of attachment in human behavior*. New York, NY: Basic Books.

Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.

Robinaugh, D., Mauro, C., Bui, E., Stone, L., Shah, R., Wang, Y., & Simon, N. (2016). Yearning and its measurement in complicated grief. *Journal of Loss and Trauma*, 21, 410–420. doi:10.1080/15325024.2015.1110447

Robinson, P. J., & Fleming, S. (1989). Differentiating grief and depression. *Hospice Journal*, 5, 77–88. doi:10.1080/0742–969X.1989.11882640

Robinson, P. J., & Fleming, S. (1992). Depressotypic cognitive patterns in major depression and conjugal bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 25, 291–305. doi:10.2190/5EX9–086T–VVD4–EV9V

Rosenblatt, P. (2008). Grief across cultures. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207–221). Washington, DC: American Psychological Association.

Rosenblatt, P. C., Walsh, R. P., & Jackson, D. A. (1976). *Grief and mourning in crosscultural perspective*. New Haven, CT: Human Relations Area Files Press.

Rubinstein, G. (2004). Locus of control and helplessness: Gender differences among bereaved parents. *Death Studies*, 28, 211–223. doi:10.1080/07481180490276553

Silverman, P., & Worden, J. W. (1993). Children's reactions to the death of a parent. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 300–316). Washington, DC: American Psychological Association.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48–66. doi:10.1037/1089–2680.9.1.48

Stroebe, W., Abakoumkin, G., & Stroebe, M. (2010). Beyond depression: Yearning for the loss of a loved one. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 61(2), 85–101. doi:10.2190/OM.61.2.a

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70, 1241–1249.

Tanimukai, H., Adachi, H., Hirai, K., Matsui, T., Shimizu, M., Miyashita, M., & Shima, Y. (2015). Association between depressive symptoms and changes in sleep condition in the grieving process. *Supportive Care in Cancer*, 23, 1925–

1931. doi:10.1007/s00520-014-2548-x

Taylor, S., & Rachman, S. J. (1991). Fear of sadness. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 375–381. doi:10.1016/0887-6185(91)90037-T

Van Baarsen, B., Van Duijn, M., Smit, J., Snijders, T., & Knipscheer, K. (2001). Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 44, 5–36. doi:10.2190/PDUX-BE94-M4EL-0PDK

Wakefi eld, J., & Schmitz, M. (2013). Normal vs. disordered bereavement-related depression: Are the differences real or tautological? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 159–168. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01898.x

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho Analysis*, 34, 89–97.

Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London, UK: Hogarth.

Worden, J. W. (1976). *Personal death awareness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.

Worden, J. W. (1996). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73–80. doi:10.1002/(SICI)1520-6572(199624)2:4<73::AID-SESS7>3.0.CO;2-9

Worden, J. W., & Silverman, P. R. (1993). Grief and depression in newly widowed parents with school–age children. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 27, 251–260. doi:10.2190/XMHJ-F977-P8GV-4W07

Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E. G., Lanouette, N. Young, I. T. (2012). The bereavement exclusion and DSM–V. *Depression & Anxiety*, 29, 425–443. doi:10.1002/da.21927

Zisook, S., & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement–related depression different than non–bereavement–related depression? *Psychological Medicine*, 37, 779–794. doi:10.1017/S0033291707009865

Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R., & Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85–94.

Zisook, S., & Shuchter, S. R. (1993). Major depression associated with widowhood. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 316–326. doi:10.1097/00019442-199300140-00006

Zisook, S., & Shuchter, S. R. (2001). Treatment of the depressions of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 782–792. doi:10.1177/0002764201044005006

ГЛАВА 2. ПОНИМАНИЕ ПРОЦЕССА ГОРЕВАНИЯ

В этой книге я использую слово «горевание» для обозначения процесса, который наблюдается после утраты, а слово «горе» – для обозначения персонального опыта утраты. Так как горевание – это процесс, оно по-разному рассматривалось теоретиками, и прежде всего, с точки зрения того, какие в нем выделяются стадии и фазы и какие в нем решаются задачи.

Стадии

Один из способов рассматривать этот процесс – подразделение его на стадии. Многие писавшие о горе перечисляли до 9 стадий процесса горевания, и по крайней мере один человек называет 12. Одна из трудностей использования этого подхода заключается в том, что люди не проходят эти стадии по порядку. К тому же начинающим профессионалам свойственно понимать эти стадии слишком буквально. Пример этого буквального понимания – отношение людей к стадиям умирания, описанным Элизабет Кюблер-Росс. После выхода ее книги «О смерти и умирании» (Kubler-Ross, 1969) многие ожидали, что умирающие пациенты будут проходить перечисленные ей стадии в строго заданном порядке. И некоторые были разочарованы, если пациент какую-то из этих стадий пропускал. Отмеченные ею стадии умирания также использовались для описания процесса горевания, хотя и с некоторыми ограничениями (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007).

Фазы

Альтернативный подход к стадиям – это концепция фаз, используемая Парксом, Боулби, Сандерсом и другими. Паркс определяет четыре фазы горевания. Фаза I – это период оцепенения, которое возникает непосредственно после утраты. Это оцепенение, переживаемое большинством оставшихся в живых, помогает им не сталкиваться с фактом потери в течение хотя бы короткого промежутка времени. Затем человек проходит фазу II, фазу тоски; в этот период он хочет, чтобы умерший вернулся, и для него

характерно отрицать то, что утрата – это навсегда. В течение этой фазы важную роль играет гнев. В фазе III, которая является фазой дезорганизации и отчаяния, человеку, переживающему утрату, становится трудно функционировать в своем окружении. И, наконец, человек становится способным перейти в фазу IV, фазу реорганизации поведения, и начинает снова строить свою жизнь (Parkes, 1972, Parkes & Prigerson, 2010). Боулби (Bowlby, 1980), чья работа и интересы имеют много общего с работой Паркса, подкрепляет идею деления процесса горевания на фазы и утверждает, что горюющий должен пройти через подобную последовательность фаз, прежде чем процесс горевания завершится. Что касается стадий, то они иногда частично охватывают содержание разных фаз, и их определение редко бывает четким.

Сандерс (Sanders, 1989, 1999) также использовала идею фаз для описания процесса горевания. Она описывает пять фаз: (1) шок, (2) осознание утраты, (3) уход в себя, (4) выздоровление и (5) обновление.

Задачи. Хотя я не оспариваю фазовые схемы Боулби, Паркса и Сандерс, но, думается, что понятие задач, которые представлены в этой книге, предлагает в равной степени валидное понимание процесса горевания и что для клинициста такой подход даже полезнее. Фазы предполагают некоторую пассивность, что-то, чего горюющему не избежать. С другой стороны, понятие задач гораздо больше созвучно фрейдовскому представлению о «работе горя» и предполагает, что горюющему нужно что-то предпринимать и что он кое-что может сделать. Также этот подход предполагает, что на процесс горевания можно воздействовать с помощью интервенций, предпринимаемых извне. Другими словами, горюющий может рассматривать фазы как нечто, что следует пройти, тогда как задачи дают горюющему некоторое средство для достижения цели и надежду на то, что он и сам может сделать что-то, чтобы адаптироваться к смерти близкого человека.

Оба подхода обладают вполне очевидной валидностью. Горевание – это процесс, требующий времени, и часто повторяемая фраза «время лечит» верна. Но также верно и то, что горевание дает человеку задания, которые следует выполнить. И хотя они могут казаться непосильными человеку в состоянии острого горя, с помощью консультанта они могут дать ему надежду на то, что выход существует и что-то может быть сделано. А это мощное противодействие испытываемому большинством горюющих ощущению беспомощности.

Человеческий рост и развитие всегда связаны с решением различных задач. Очевиднее всего это проявлено во время роста и развития ребенка. Согласно знаменитому психологу развития Роберту Хэвингхерсту

(Havinghurst, 1953), существуют задачи развития (физические, социальные и эмоциональные), которые сменяют друг друга по мере роста ребенка. Если ребенок не решил конкретную задачу на соответствующем уровне, то адаптация ребенка нарушается, и он будет пытаться решать подобные задачи на других возрастных этапах.

Подобным образом можно считать, что горевание (адаптация к утрате) ставит перед человеком четыре перечисленных ниже базовых задачи. Важно, чтобы горюющий человек занялся решением этих задач для адаптации к утрате. Люди, потерявшие близких, по-разному приспосабливаются к потере. Одни адаптируются лучше, другие хуже. Хотя задачи не должны решаться каким-то конкретным образом, в их определениях содержится некоторый императив. Например, вы не можете обрести контроль над эмоциональным компонентом утраты, если вначале не примете факт, что потеря произошла и что она невосполнима, по крайней мере, в этой жизни. Поскольку горевание – это процесс, а не состояние, решение задач требует усилий; однако не каждая потеря, которую люди испытывают, бросает им один и тот же вызов. Горе – это когнитивный процесс, когда горюющий имеет дело с мыслями об умершем, которые он реструктурирует. Он также реструктурирует свой опыт утраты и изменившегося мира, в котором ему теперь предстоит жить (Stroebe, 1992). Некоторые называют это работой горя.

ЗАДАЧИ ГОРЕВАНИЯ

Задача I. Принятие реальности утраты

Когда кто-то умирает, даже если смерть ожидалась, всегда возникает мысль, что этого не произошло. Первая задача горевания – столкнуться лицом к лицу с реальностью того, что этот человек мертв, что он ушел и не вернется. Частично принятие этой реальности состоит в том, что человек осознает невозможность воссоединения, по крайней мере – в этой жизни. Поисковое поведение, о котором так много писали Боулби и Паркс, имеет прямое отношение к решению этой задачи. Многие перенесшие утрату обнаруживают, что они зовут умершего человека и/или иногда принимают за него других людей. Они могут идти по улице, поймать взгляд человека, напоминающего им умершего, а потом вспомнить: «Нет, это не мой друг. Мой друг на самом деле мертв». Джоан Дидион (Didion, 2005) пережила это после смерти мужа и написала об этом опыте в своей книге «Год

магического мышления».

Противоположностью принятия утраты является неверие, связанное с отрицанием того или иного рода. Некоторые люди отказываются верить в реальность смерти и в ходе процесса траура застревают на первой задаче. Отрицание может практиковаться на нескольких уровнях и принимать разные формы, но чаще всего отрицаются либо факты, связанные с потерей, либо значение утраты, либо ее необратимость (Lunghi, 2006).

Отрицание связанных с утратой фактов может варьироваться по степени от легкого искажения до полной картины бреда. Странные примеры отрицания с помощью бреда – это те редкие случаи, когда переживающий утрату несколько дней хранит тело умершего в доме, прежде чем сообщит кому – то о смерти. Гардинер и Притчард (Gardiner & Pritchard, 1977) описывают шесть случаев такого необычного поведения; лично я столкнулся с двумя случаями. Наблюдаемые люди были либо явно психотическими, либо эксцентричными и замкнутыми личностями.

Чаще случается, что человек проходит через то, что Джеффри Горер называет «мумификацией», то есть сохраняет вещи умершего в полном порядке на случай его/ее возвращения. Классическим примером является королева Виктория, которая после смерти своего супруга принца Альберта изо дня в день оставляла на виду его одежду и бритву и часто ходила по дворцу, разговаривая с ним. Родители, потерявшие ребенка, часто оставляют детскую комнату в том виде, в котором она была до его смерти. Сразу после смерти близкого человека это достаточно типично, но если так продолжается годами, данное состояние можно считать отрицанием. Примером скорее искажения, чем бреда, является поведение человека, который видит покойного в одном из своих детей. Это искаженное мышление может уменьшить интенсивность переживания утраты, но оно редко бывает приемлемым и затрудняет принятие реальности смерти.

Другой способ, которым люди защищаются от реальности, – отрицание значения потери. Потеря может им казаться менее значительной, чем на самом деле. Часто можно слышать слова вроде: «Он не был хорошим отцом»; «Мы не были близки»; «Я не скучаю о нем». Некоторые люди сразу же выбрасывают одежду и другие вещи, напоминающие о покойном. Удаление всего, напоминающего о покойнике, – это противоположность мумификации, оно минимизирует утрату. Как будто оставшиеся в живых защищают себя, удалив любые предметы, которые столкнули бы их лицом к лицу с реальностью потери. Нередко это случается после травматичной смерти. У одной женщины, с которой я беседовал, муж был госпитализирован с легким заболеванием, но его оставили в больнице, и там он умер. Она

едва смогла дожидаться, когда наступит весна и исчезнут его следы на снегу. Такое поведение не совсем обычно; часто его причиной бывают конфликтные отношения с умершим (см. терапевтические интервенции в шестой главе, чтобы получить дополнительную информацию о влиянии на горющего конфликтных отношений с умершим).

Еще один способ отрицания полного значения утраты – «выборочное забывание». Например, Гарри потерял отца в возрасте 12 лет. С годами он блокировал в уме воспоминания об отце, даже его зрительный образ. Когда он впервые пришел на психотерапию, будучи студентом колледжа, то даже не мог воскресить в памяти его лицо. В ходе терапии он смог не только вспомнить внешность отца, но даже почувствовать его присутствие, когда его награждали во время церемонии по случаю окончания учебы.

Некоторые люди препятствуют выполнению задачи I, отрицая факт необратимости смерти. Хорошим примером является история, рассказанная несколько лет назад в телевизионном шоу «60 минут». Там говорилось о женщине среднего возраста, домохозяйке, потерявшей мать и 12-летнюю дочь во время пожара. В течение первых двух лет она целыми днями твердила то вслух, то про себя: «Я не хочу, чтобы вы были мертвы, я не хочу, чтобы вы были мертвы, вы не будете мертвыми». Ее терапия частично заключалась в достижении признания того, что они мертвы и никогда не вернутся.

Другая стратегия заключается в отрицании того, что смерть – это конец; эта стратегия основывается на религиозной вере в загробную жизнь и возможность общения с умершими. Надежда на воссоединение с умершим человеком – нормальное чувство, особенно в первые дни и недели после потери. Тем не менее надежда на такое воссоединение, ставшая хронической, уже не является нормальной. Паркс (Parkes, 2001) отмечает: *«Может показаться, что спиритизм помогает переживающим утрату в поиске умершего, и семь человек из участников моих исследований, переживающих потерю, действительно посещали спиритические сеансы. Их реакции были смешанными: одни чувствовали, что установили некоторый контакт с умершим, а несколько других были напуганы. В целом этот опыт их не удовлетворил, и никто не стал регулярным участником собраний спиритистов»* (с. 55-56).

Недавно была опубликована интересная работа об истории спиритуализма и его современном состоянии в США и Великобритании. Автор провел интервью с некоторыми людьми, посещавшими собрания спиритистов. Хотя поначалу многие из них ходили на эти собрания, пытаясь убедить-

ся, что покойнику сейчас хорошо, или услышать его слова, или получить от него совет, впоследствии большинство респондентов продолжали посещать собрания только потому, что разделяли ценности этой группы и чувствовали единство с ней (Wallis, 2001).

Принятие реальности утраты требует времени, так как оно связано не только с ее интеллектуальным признанием, но и с эмоциональным приятием. Многие неопытные консультанты этого не понимают и слишком фокусируются на интеллектуальном признании потери, игнорируя ее эмоциональное приятие. Переживающий утрату может интеллектуально осознавать необратимость потери задолго до того, как чувства позволят ему признать реальность этой информации. Одна женщина, посещавшая мои группы для переживших утрату, каждое утро, просыпаясь, протягивала руку и ощупывала ту сторону кровати, где раньше спал муж, чтобы почувствовать, что он там. Она знала, что его там нет, но надежда на то, что он там окажется, сохранялась и через 6 месяцев после его смерти.

Легко поверить, что любимый человек все еще в отъезде или что его опять положили в больницу. Одна медсестра, чья пожилая мать легла в больницу на шунтирование, видела ее обездвиженной среди трубок и прочего медицинского оборудования. Когда мать умерла, ей еще несколько месяцев казалось, что она по-прежнему в больнице, что ее готовят к операции, и что поэтому мать не поздравила ее с днем рождения. Она говорила об этом людям, когда они спрашивали ее о матери. Мать, чей сын погиб в аварии, отказывалась верить, что он мертв, предпочитая думать, что он находится в Европе, где провел прошлый год.

Реальность причиняет боль в моменты, когда человек хочет взять телефон, чтобы о чем-то рассказать любимому, и в этот момент вспоминает, что тот не ответит на звонок. Родителю, потерявшему ребенка, требуется много месяцев, чтобы сказать: «Мой ребенок умер, и я никогда больше его не увижу». Они могут увидеть игру детей на улице или школьный автобус и сказать себе: «Как я мог забыть, что мой ребенок умер?»

Когда человек решает задачу I, вера и неверие чередуются. Крапп, Дженовезе и Крапп (Krupp, Genovese & Krupp, 1986) хорошо это сформулировали, написав: *«Временами горюющие, кажется, находятся во власти реальности и ведут себя так, как будто вполне осознают, что умершего больше нет, а временами они ведут себя иррационально, охваченные фантазией, что когда – нибудь снова будут вместе. Гнев, направленный на потерянному любимого человека, на себя, на тех, кто кажется виновником смерти, и даже на доброжелателей, которые напоминают о реальности потери, – универсальная характеристика горюющего»* (с. 345).

Другая форма неверия – то, что Эйвери Вайсман (Weisman, 1972) называет «средним знанием». «Среднее знание» – термин экзистенциальной философии – означает одновременное знание и незнание. Вы можете наблюдать это явление у некоторых смертельно больных пациентов, которые и знают, и не знают, что они умирают. Подобным образом переживающий утрату может верить и не верить в одно и то же время.

Хотя работа над первой задачей горевания требует времени, традиционные ритуалы (такие, как похороны) помогают многим горюющим продвигаться в сторону принятия. Те, кто не присутствовал на похоронах, могут нуждаться в других внешних подтверждениях реальности смерти. Это особенно сложно в случае внезапной смерти, особенно если оставшийся в живых не видел тела умершего. В нашем гарвардском исследовании мы обнаружили значимую связь между внезапной потерей супруга и сновидениями о том, что он жив, в первые месяцы после его смерти. Возможно, видеть умершего во сновидении живым – это не столько исполнение желания, сколько способ психики убедиться в реальности смерти с помощью контраста, возникающего, когда человек просыпается после такого сна (Worden, 1996).

Задача II. ПЕРЕРАБОТКА БОЛИ, ПРИЧИНЯЕМОЙ ГОРЕМ

Немецкое слово *Schmerz* хорошо подходит, если мы говорим о боли, потому что его широкое значение включает в себя и буквальную физическую боль, которую чувствуют многие люди, и связанную с потерей эмоциональную боль. Необходимо принять и проработать эту боль, иначе она проявится в виде физических симптомов или в той или иной форме отклоняющегося поведения. Именно это утверждает Паркс (Parkes, 1972), когда говорит: «Если переживающему утрату необходимо пройти через боль, причиняемую горем, чтобы работа горя совершилась, то все, что постоянно позволяет человеку избегать этой боли или подавлять ее, будет, вероятно, продлевать процесс горевания» (с. 173).

Не все чувствуют эту боль одинаково сильно, не все одинаково переживают ее, но практически невозможно потерять человека, к которому вы были глубоко привязаны, не почувствовав в какой-то степени эту боль. Недавно пережившие утрату обычно не готовы испытать следующие за ней эмоции во всей их полноте и силе (Rubin, 1990). Тип боли и ее интенсивность обуславливаются рядом факторов, описанных в третьей главе. С другой стороны, недавние исследования стилей привязанности показывают, что есть люди, которые не чувствуют сильной боли, а то и вообще не чувству-

ют боли после смерти близкого. Одной из причин этого может быть то, что они не позволяют себе привязаться к кому-либо и демонстрируют избегающий/отстраненный стиль привязанности (Kosminsky & Jordan, 2016).

Может существовать сложное взаимодействие между индивидуумом и его окружением, которое затрудняет решение задачи II. Окружающие могут чувствовать себя некомфортно рядом с чувствами горюющего и поэтому ненавязчиво посылать ему сообщение: «Не стоит горевать – это ты просто жалеешь себя». Банальные слова утешения, такие как «Ты молодая, у тебя еще будет ребенок» или «Жизнь – для живых, и он не хотел бы, чтобы ты так убивалась», часто раздаются окружающими в попытке помочь. Такие комментарии, сталкиваясь с собственными внутренними защитами горюющего, приводят к отрицанию необходимости горевания, выражающемуся в словах: «Мне не надо так себя чувствовать» или «Мне не надо горевать» (Pincus, 1974). Джеффри Горер (Gorer, 1965), признавая это, пишет: «Когда человек дает волю своему горю, это осуждается как болезненное и деморализующее поведение. Подобающим поведением друга или доброжелателя считается отвлечение горюющего от его горя» (с. 130).

Отрицание задачи проживания и переработки горя приводит к бесчувствию. Люди прибегают к множеству способов, чтобы миновать задачу II. Наиболее очевидный из них – «пресечь» свои чувства и отрицать имеющуюся боль. Иногда люди замедляют прохождение этого процесса, избегая болезненных мыслей. Они прибегают к приему остановки мыслей, чтобы спастись от дисфории, связанной с потерей. Некоторые люди справляются с горем, вызывая только приятные мысли об умершем, что защищает их от дискомфорта, связанного с неприятными мыслями. Идеализирование умершего, избегание всего, что напоминает о нем, употребление алкоголя или наркотиков – другие способы помешать себе решать задачу II.

Некоторые люди, не желая переживать боль утраты, избирают «географическое» лечение. Они путешествуют, переезжая с места на место и пытаясь таким образом испытать облегчение. Это противоположно тому, чтобы позволить себе проработать эту боль: почувствовать ее, зная, что однажды она пройдет.

Одна молодая женщина минимизировала свое переживание утраты с помощью веры в то, что ее брат перестал испытывать невыносимые страдания и после совершения самоубийства находится в лучшем месте. Может быть, это правда, но так она сдерживала переживание сильного гнева на него за то, что он ее оставил. В терапии, впервые позволив себе почувствовать злость, она сказала: «Я сержусь на то, как он поступил, а не на него!» В конце концов она смогла почувствовать этот гнев, направ-

ленный непосредственно на него, с помощью техники пустого стула.

Известно несколько случаев, когда оставшийся в живых реагирует на смерть эйфорией, но это обычно связано с настойчивым отказом верить, что смерть действительно случилась. Это часто сопровождается живым ощущением постоянного присутствия умершего. В целом эти эйфорические реакции являются очень хрупкими и недолговечными (Parkes, 1972).

Джон Боулби (Bowlby, 1980) сказал: *«Рано или поздно некоторые из тех, кто избегает всякого сознательного горевания, ломаются; чаще всего это бывает та или иная форма депрессии»* (с. 158). Одна из целей консультирования горя – помочь людям с выполнением этой трудной второй задачи, чтобы они не несли с собой эту боль всю жизнь. Если над задачей II не работают адекватно, то терапия может потребоваться впоследствии, и тогда человеку уже будет труднее вернуться к этой боли, которая до сих пор избегалась, и проработать ее. Очень часто это более трудный и сложный опыт, чем работа с утратой сразу после того, как она произошла. Положение также может осложниться из-за менее эффективной поддержки социальной системы, чем та, которая была бы доступна сразу после утраты.

Обычно мы думаем о связанной с утратой боли в терминах печали и дисфории. И действительно, боль утраты в значительной степени бывает такого рода. Однако есть и другие связанные с потерей аффекты, которыми нужно овладеть. Тревога, гнев, вина, депрессия и одиночество – также распространенные чувства, которые могут испытывать горюющие. Способы консультативной работы с этими переживаниями вы найдете в четвертой главе.

Задача III. Приспособиться к миру без умершего

Существуют три направления, по которым должна идти адаптация после смерти любимого человека. Есть внешнее приспособление, или то, как смерть влияет на повседневное функционирование в мире; внутреннее приспособление, или то, как смерть влияет на представление о самом себе, и духовное приспособление, или как смерть влияет на убеждения, ценности и представления о мире. Давайте рассмотрим их по отдельности.

Внешнее приспособление

Адаптация к новой обстановке, в которой нет умершего, имеет разное значение для разных людей, в зависимости от того, какими были отношения с умершим, и от различных ролей, которые умерший играл в жизни оставшегося в живых. Часто вдовам требуется немало времени, чтобы понять,

что это такое: жить без мужа. Это понимание часто начинает проявляться примерно на третий или четвертый месяц после его смерти, когда вдова начинает осознавать, что такое жить одной, что такое одной растить детей, видеть пустой дом, одной решать финансовые вопросы. Паркс (Parkes, 1972) делает важное замечание, когда пишет: *«При любой утрате редко можно сразу ясно увидеть все, что потеряно. Например, потеря мужа может быть или не быть утратой сексуального партнера, компаньона, бухгалтера, садовника, няни, слушателя, постельной грелки и так далее, в зависимости от конкретных ролей, которые этот муж обычно играл»* (с. 7).

Оставшийся в живых обычно не знает обо всех ролях, которые играл умерший, пока не пройдет некоторое время после утраты.

Многие оставшиеся в живых не хотят развивать новые навыки и брать на себя новые роли, которые раньше играл их партнер. Пример этого – Марго, молодая мать, чей муж умер. Он был очень деятельным, брал на себя ответственность в разных ситуациях, делал многие дела за нее. После его смерти у одного из детей были проблемы в школе, и потребовались консультации школьного психолога. Раньше в школу пошел бы муж и занялся этим вопросом, но после его смерти Марго пришлось учиться делать это самостоятельно. Хотя она делала это неохотно и возмущаясь, но все же осознала, что ей нравится самой компетентно разрешать ситуацию и что она бы никогда этого не достигла, если бы муж был жив. Стратегия совладания, заключающаяся в таком новом определении потери, которое будет полезным оставшемуся в живых, часто является частью успешного выполнения задачи III. Понять значение утраты, найти выгоды от потери – это два измерения придания смысла ситуации утраты, и они, конечно, связаны с получением некоторой пользы от понесенной утраты.

Современная теория, выдвигаемая Неймейером (Neimeyer, 2001, 2016) и многими другими, заключается в необходимости после утраты найти в ней смысл. Поиск смысла – важный процесс для тех, кто оплакивает чью-то смерть, которая бросает вызов представлениям о самом себе, о других и о мире. Смерть может разрушить самое ядро жизненных целей человека, поэтому перед лицом смерти очень важно обнаружить, придумать новый смысл (Attig, 2011).

Внутреннее приспособление

Переживающим утрату приходится приспособливаться не только к потере ролей, которые ранее играл умерший; смерть также может подтолкнуть их приспособиться к тому, как они теперь видят самих себя. Речь

идет не просто о том, чтобы они признали себя овдовевшими супругами или потерявшими ребенка родителями, но и о более важных вопросах: как эта смерть повлияла на самоопределение, самооценку и самоэффективность. Некоторые исследования утверждают, что для женщин, определяющих свою идентичность через отношения с людьми и заботу о других, опыт утраты означает не только потерю значимого другого, но также и чувство утраты самих себя (Zaiger, 1985). Одна из задач работы с утратой для таких женщин – почувствовать себя скорее собой, чем частью диады. Одна вдова, которую я консультировал, в течение года ходила по дому, спрашивая себя: «А что сделал бы Джек?» В первую годовщину его смерти она сказала себе, что Джека больше нет, и что теперь она может спросить себя, что ей самой хотелось бы сделать.

Есть отношения, в которых чувство собственной ценности у человека зависит от того, к кому он привязан. Некоторым нравится рассматривать это как надежную привязанность. Там, где существует такая привязанность к человеку, а этот человек умирает, переживающий утрату может ощущать, что нанесен реальный ущерб его самооценке. И это особенно характерно для ситуации, когда умерший восполнял какой-то серьезный дефицит в развитии оставшегося в живых. У Эстер был один недолговечный брак, и после этого она вышла замуж за Эрни. Эстер происходила из семьи, где процветало эмоциональное и физическое насилие. Она никогда не испытывала чувства принадлежности. Эрни создал для нее место, где в ней нуждались. После его внезапной смерти она впала в серьезную депрессию, подпитываемую такими мыслями, как: «Никто меня больше не полюбит, как любил Эрни; я никогда больше не найду места, где я буду нужна».

Утрата может также повлиять на переживание самоэффективности, то есть того, в какой степени человек чувствует контроль над тем, что с ними происходит. Это может привести к тяжелой регрессии, когда переживающий утрату чувствует себя беспомощным, неполноценным, инфантильным или личностно несостоятельным (Horowitz, Wilner, Marmar & Krupnick, 1980). Попытки играть роли умершего человека могут быть неудачными, а это также может привести к значительному снижению самооценки. Когда это случается, эффективности человека бросается вызов, и он может приписывать любые изменения случаю или судьбе, а не своим сильным сторонам или способностям (Goalder, 1985).

Аттиг (Attig, 2011) подчеркивает необходимость заново освоить этот мир после смерти близкого человека и делает особый акцент на том, как смерть близкого влияет на восприятие человеком самого себя. Внутренней задачей горюющего становится ответ на вопросы: «Кто я теперь?», «Как

я отличаюсь от человека, который любил его/ее?» Со временем негативные образы уступают место более позитивным, оставшийся в живых становится способным справиться с этими проблемами и научиться жить в этом мире по-новому (Shuchter & Zisook, 1986).

Духовное приспособление

Третья область приспособления касается того, как человек воспринимает мир. Неймейер, Приджерсон и Дэйвис (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002) пишет, что смерть близкого может перевернуть само основание картины мира. Это касается двух сфер: проработка событийной истории смерти с целью понимания того, что произошло и как это повлияло на жизнь горюющего, а также истории отношений с умершим, как средства реконструкции продолжающейся связи.

Смерть может пошатнуть основание мира горюющего. Потеря вследствие смерти может бросить вызов фундаментальным жизненным ценностям и мировоззренческим убеждениям – убеждениям, на которые влияют наши семьи, сверстники, образование, религия и жизненный опыт. Нередко переживающий утрату чувствует, что потерял направление в жизни. Он пытается понять смысл этой утраты и связанных с ней перемен, чтобы жизнь снова имела смысл, чтобы снова можно было чувствовать, что ее можно контролировать. Янофф-Булман (Janoff-Bulman, 1992, 2004) называет три базовых допущения, которым бросает вызов смерть любимого человека: что мир благосклонен к нам, что жизнь имеет смысл и что мы сами являемся достойными людьми. Например, теракт 11 сентября 2001 года бросил вызов всем трем базовым допущениям. И даже более того.

Такие события всегда связаны с внезапными и безвременными смертями. Матери, чьи дети погибли в результате вооруженного нападения, часто бьются над вопросом, почему Бог это допустил. Одна из них сказала мне: «Должно быть, это все за мои грехи».

Бурк и Неймейер (Burke & Neimeyer, 2014) определили феномен осложненного духовного горя. Осложненное духовное горевание может произойти в следствие потери близкого в результате насильственной и внезапной смерти, как в случае с массовой стрельбой. Такого рода смерть может привести к духовному кризису в жизни горюющего. Кризис может выражаться (а) в обиде на Бога и сомнениях в нем; (б) неудовлетворении в получаемой духовной поддержке и (в) изменениях в верованиях, убеждениях и поведении человека, понесшего утрату.

Однако не всякая смерть бросает вызов нашим базовым допущениям. Некоторые смерти соответствуют нашим ожиданиям и подтвержда-

ют наши базовые допущения. Примером этого может быть естественная смерть в старости после хорошо прожитой жизни.

Во многих случаях однозначного ответа нет. Мать, чей молодой сын погиб в 1988 при взрыве самолета рейса 103 авиакомпании «Пан Америкэн», сказала: «Дело не в том, как найти ответ, дело в том, как жить без него». По прошествии времени могут возникнуть новые убеждения, а старые могут вновь подтвердиться или измениться, отразив хрупкость человеческой жизни и пределы наших возможностей ее контролировать (Neimeyer, 2003).

Отказ от выполнения задачи III приводит к неспособности адаптироваться к утрате. Люди действуют против самих себя, способствуя сохранению беспомощности, вместо того чтобы развивать необходимые навыки, которые позволят справиться с ситуацией, или дистанцируются от мира, игнорируя предъявляемые окружением требования. Но большинство людей следуют другим путем. Обычно они решают, что теперь должны взять на себя роли, к которым не привыкли, развивать навыки, которых у них до сих пор не было, и двигаться вперед, заново оценивая себя и этот мир. Боулби (Bowlby, 1980) обобщает это, говоря: *«От того, как человек справится с этим [с задачей III], зависит исход периода горевания. Это будет либо прогресс и признание своих изменившихся обстоятельств, пересмотр своих репрезентативных моделей и новое определение жизненных целей, либо состояние остановки роста, когда человек остается в плену у дилеммы, которую он не может решить»* (с. 139).

Задача IV. Сохранить связь с умершим, приступая к построению новой жизни

Когда я работал над первым изданием этой книги, я определил четвертую задачу траура так: «отвести свою эмоциональную энергию от умершего и вложить ее в другие отношения». Так это представлял Фрейд, когда говорил: «Трауру полагается выполнить одно задание на физическом уровне: его функция заключается в том, чтобы отделить свои надежды и воспоминания от умершего». Теперь мы знаем, что люди не стремятся отдалиться от умершего, но, напротив, ищут способ развивать сохраняющуюся связь с ним (Klass, Silverman & Nickman, 1996). Во втором и третьем изданиях этой книги я предположил, что четвертая задача горевания – найти для умершего такое место в своей жизни, которое позволит сохранять с ним связь, но так, чтобы это не мешало продолжать жить собственной жизнью. Мы должны находить способы сохранять в памяти, вспоминать

любимых людей, оставляя их рядом с собой, но продолжая жить. В этом издании я переформулировал четвертую задачу следующим образом: сохранить связь с умершим, приступая к построению новой жизни (Field, Gal-Oz & Vonanno, 2003). Это более точное определение четвертой задачи, чем то, которое было во втором и третьем изданиях этой книги.

В гарвардском исследовании детей, переживших утрату, мы, к своему удивлению, обнаружили большое количество детей, которые сохраняли эмоциональную связь с умершим родителем; они разговаривали с ним, видели его во сне и чувствовали, что он за ними наблюдает. Спустя два года после смерти родителя две трети детей по-прежнему чувствовали, что родитель наблюдает за ними (Silverman, Nickman & Worden, 1992). Класс (Klass, 1999), имея многолетний опыт работы с родителями, потерявшими детей, также замечает потребность этих родителей так или иначе оставаться в контакте с умершими детьми.

Волкан (Volkan, 1985) предполагает: *«Горюющий никогда полностью не забывает умершего, который был так ценен для него при жизни, и никогда полностью не перестает инвестировать в его репрезентацию. Мы никогда не сможем удалить из нашей личной истории тех, кто был нам близок, не причинив вреда нашей собственной идентичности»* (с. 326).

Далее Волкан пишет, что горевание заканчивается, когда горюющий больше не нуждается в чрезмерно интенсивном воскрешении воспоминаний об умершем в ходе повседневной жизни.

Шухтер и Зизук (Shuchter & Zisook, 1986) пишут: *«Готовность оставшегося в живых к новым отношениям зависит не от способности отказаться от умершего супруга, но от способности найти для супруга подходящее место в своей психической жизни, – такого места, которое было бы важным, но оставляло пространство для других людей»* (с. 117).

И тогда задачей консультанта становится помощь горюющему не в том, чтобы отказаться от отношений с умершим, а в том, чтобы найти для умершего подходящее место в своей эмоциональной жизни. Такое место, которое позволило бы пережившему утрату продолжать полноценно жить в этом мире. Маррис (Marris, 1974) пишет, в сущности, о том же: *«Вначале вдова не может отделить свои жизненные цели и свое миропонимание от мужа, который занимал в них такое важное место: ей приходится воскрешать эти отношения, продолжать их, используя символы и вымысел, для того чтобы чувствовать себя живой. Но с течением времени она приу-*

чается так изменять свои представления о жизни, чтобы принять факт его смерти. Постепенно происходит переход от такого разговора с ним, «как будто он сидит рядом со мной в кресле», к мыслям о том, что бы он сказал и сделал, а отсюда – к планированию будущего, своего и детей, с учетом того, чего бы пожелал он. В конце концов желания становятся ее собственными, и она перестает сознательно приписывать их покойному мужу» (с. 37-38).

Родителям, потерявшим детей, часто трудно понять, в чем смысл эмоционального дистанцирования. Если мы говорим о поиске нового места для умершего в душе, то задача оставшегося в живых – развивать связь с мыслями и воспоминаниями так, чтобы они относились к ребенку, но в то же время чтобы после столь значимой потери можно было продолжать свою собственную жизнь. Одна мать в конце концов нашла подходящее место для мыслей и воспоминаний об умершем сыне и смогла привнести в жизни что-то еще. Она написала: *«Совсем недавно я стала замечать, какие возможности в жизни по-прежнему остаются мне доступными. Понимаете, я имею в виду то, что может приносить удовольствие. Я знаю, что буду горевать о Робби до конца жизни и что память о нем будет жить во мне. Но жизнь продолжается, и я – часть этой жизни. В последнее время я иногда вдруг замечаю, что планирую что-то по дому, а иногда я даже общаюсь с друзьями» (Alexy, 1982, с. 503).*

Для меня это представляет движение в сторону выполнения IV задачи. Аттиг (2011) утверждает: *«Мы можем по-прежнему “иметь” то, что “потеряли”, то есть, продолжать любить умерших, хотя и другой любовью. Мы не потеряли их влияние, то, на что они нас вдохновили, их ценности и тот смысл, который воплотился в их жизни. Мы можем активно включать это в новые паттерны своей жизни, где найдется место для изменившихся, но все же сохраняющихся отношений с теми, о ком мы заботились и кого любили» (с. 189).*

Трудно найти слова, чтобы точно передать состояние человека, неспособного завершить четвертую задачу. Наверное, точнее всего будет сказать, что это – не жизнь. Жизнь человека остановилась со смертью близкого и не возобновилась. Держась за прежние отношения так, что они препятствуют возникновению новых, человек сопротивляется решению четвертой задачи. Для некоторых людей утрата настолько болезненна, что они дают себе клятву больше никогда никого не любить. Эта мысль часто по-

вторяется в популярных песнях, и это усиливает ее воздействие, чего она не заслуживает.

Для многих людей четвертая задача наиболее трудна. В процессе горевания они застревают именно на ней, а потом обнаруживают, что их жизнь можно считать остановившейся в момент, когда произошла потеря. Но четвертая задача выполнима. Одной девушке-подростку было крайне трудно справиться со смертью отца. Через два года, когда она начала решать четвертую задачу, девушка в письме матери из колледжа выразила мысль, которую многие люди открывают для себя, обнаружив, что приходят к решению проблемы эмоционального дистанцирования и повторного инвестирования: «Есть другие люди, которых можно любить, – писала она, – и это не значит, что я буду меньше любить папу».

Многие консультанты нашли эти четыре задачи горевания полезными для понимания процесса переживания утраты. Меня лишь беспокоит, как бы начинающие консультанты не посчитали, что эти задачи обязательно идут в некоторой четкой последовательности, и не попали в ловушку под названием «четыре стадии». С течением времени эти задачи могут вновь и вновь пересматриваться и прорабатываться. Также различные задачи могут прорабатываться одновременно. Горевание – текучий процесс, на него оказывают влияние медиаторы, обсуждаемые в следующей главе.

НЕКОТОРЫЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МОДЕЛИ

Я начал работу над развитием модели задач в Гарварде и в Чикагском университете в середине 70-х годов. Вскоре после публикации «Консультирования и терапии горя» в 1982 году, начали появляться другие модели, основанные на информации из этой главы, но пытающиеся по-другому представить процесс горевания. Коротко представлю три из них. Несмотря на то, что есть и другие модели, эти три широко используются в консультировании и терапии горя.

МОДЕЛЬ ГОРЕВАНИЯ «ШЕСТЬ «R» ТЕРЕЗЫ РАНДО

Тереза Рандо – психолог из Род Айленда, чья клиническая практика и исследования в течение долгого времени фокусируются на теме утраты. Вскоре после выхода моей книги, Рандо разработала модель шести «R». Она использовала аллитерацию для того, чтобы помочь терапевтам и горюющим запомнить то, что нужно сделать. Хотя она и не использу-

ет термин «задачи», ему предлагается шесть видов действий или процессов, которые необходимы при адаптации к утрате: (1) распознавание потери (Recognizing the loss); (2) эмоциональная реакция на разлуку через боль, отождествление и пр. (Reacting emotionally to the separation...); (3) воспоминание и повторное переживание утраченных отношений (Recollecting and Re-Experiencing the lost relationship); (4) отпускание старых связей с умершим человеком и старым миром, в котором он существовал (Relinquishing the past attachment...); (5) приспособление к новому миру без забвения старого (Readjusting to a new world without forgetting the old one); (6) инвестирование в этот новый мир (Reinvesting themselves into this new world). Все они совпадают с описанными мною задачами горевания, пусть другими словами и в другом порядке.

ДВУХКОЛЕЙНАЯ МОДЕЛЬ ГОРЕВАНИЯ СИМОНА РУБИНА

Симон Рубин и его коллеги из Израиля для понимания процесса горевания разработали «двухколейную» модель (Rubin, 1999; Rubin, Malkinson & Witztum, 2003, 2011). Этот двухфокусный подход концентрируется на: (а) био-психосоциальном функционировании горюющего и (б) продолжающейся эмоциональной привязанности понесшего утрату с умершим как до смерти, так и после нее. Эти два пути представляют собой отчетливые оси, которые могут пересекаться и прорабатываться синхронно. Обе эти оси важны для горевания, но раздельное фокусирование на них может быть полезным для терапевта в его исследовании и интервенциях в работе с понесшим тяжелую утрату.

Первая «колея» – «функционирование», держит в фокусе несколько вопросов. Какие симптомы и в каком количестве переживает горюющий (в частности, тревога, депрессия или соматизация)? Как выглядит его или ее семья и как они функционируют в межличностном взаимодействии? Способен ли человек работать и инвестировать в свои жизненные задачи? Повлияла ли смерть на его или ее самооценку? И какое значение имеет смерть в жизни горюющего?

Вторая «колея» – отношения, с другой стороны рассматривает близость и отдаленность горюющего с умершим, включая его или ее способность принять факт потери и ее амбивалентность. Как человек справляется с эмоциональной составляющей утраты – это для него слишком много или слишком мало? Как смерть повлияла на самовосприятие горюющего? Может ли человек воспроизвести в памяти того, кого он или она любили?

Личное функционирование (Колея 1) – это только часть реакции че-

ловека на утрату. Продолжающиеся взаимоотношения с комплексом воспоминаний, мыслей, ассоциаций и потребностей, связанных с тем, кто умер (коля 2) также важны для адаптации горюющего к утрате любимого человека. Слишком часто клиницисты чрезмерно фокусируются на раннем и не уделяют внимания возникшему позже. Рубин разработал инструмент оценки того, на каком из этих путей находится человек, что может быть полезным как для клинической работы, так и в исследованиях (Rubin, 2009).

МОДЕЛЬ ДВОЙНОГО ПРОЦЕССА ГОРЕВАНИЯ

Маргарет Штребе и Хэнк Шут и их голландские коллеги (Stroebe & Schut, 1999, 2001a, 2005) разработали модель двойного процесса горевания для понимания того, как горюющие справляются со смертельной утратой. Фокус этой модели направлен на то, чтобы понять как люди справляются с утратой, а не на ее последствия. Она была создана для того, чтобы «лучше отдавать себе отчет в разнообразии стрессового опыта при переживании утраты» (Stroebe & Schut, 1999, с. 197). Они утверждают, что эта модель отличается от модели задач горевания, но я не вижу каких-либо существенных различий. Они идентифицируют стрессоры, связанные с ориентацией на утрату, и стрессоры, связанные с ориентацией на восстановление. Стрессоры, связанные с ориентацией на утрату, сфокусированы на умершем человеке и предполагают работу горя над такими вещами, как страдания, связанные с сепарацией, оценка значения потери и нахождение места для умершего в мире, где его больше нет. Стрессоры, связанные с ориентацией на восстановление, предполагают овладение новыми навыками, изменение идентичности и другие психосоциальные переходы и изменения. Сюда входит выстраивание заново пошатнувшихся представлений о самом себе и о мире. У этих авторов к ориентации на утрату относится все, что я отношу к задачам I, II и IV. Ориентация на восстановление практически идентична моей задаче III.

Штребе и Шут (Stroebe & Schut, 1999) предполагают, что невозможно одновременно находиться и в измерении утраты, и в измерении восстановления. Люди колеблются между двумя измерениями, противостоят одному, избегают другого, передвигаясь туда-сюда. Авторы утверждают, что эти колебания имеют адаптивную регуляторную функцию. Читателю следует заметить, что задачи не линейны и что люди и тоже передвигаются туда-сюда, от одной задачи к другой по мере надобности. Над задачами можно работать одновременно, и над ними работают одновременно, и, может быть, эти задачи лучше было бы описать как слои. Люди могут приступать

к задачам или отступить от них. Здесь очень подходит понятие дозирования. Горюющие часто дозируют для себя тот объем боли, который они позволяют себе испытать в каждый конкретный момент времени. В зависимости от присущего человеку стиля копинга (что будет обсуждаться в следующей главе), существуют способы отрицания утраты и отвлечения от боли (Hogan & Schmidt, 2002). Стиль копинга – важный медиатор в процессе того, как люди решают задачи горевания.

Думаю, если мы считаем, что «невозможно находиться в двух измерениях одновременно», это включает людей в слишком жестко фиксированный паттерн, и предпоследним из таких фиксированных паттернов стали теории стадий, существующие с 1960-х годов. Если мы в чем-то действительно нуждаемся, так это в теории, утверждающей гибкость. Люди горюют не одинаково, поэтому важно подчеркивать индивидуальные различия. Я думаю, что теория задач как раз и дает нам такую гибкость. Несомненно, люди иногда противостоят проблеме, а иногда избегают ее. Лучшая модель – та, которая не замыкает человека на конкретной задаче в конкретный момент времени, исключая работу над другими задачами.

Позвольте мне закончить этот раздел выводом, что самое лучшее, что могут делать клиницисты в своей работе с горюющими пациентами, это использовать какую – либо теорию как для понимания процессов горевания, так и для разработки стратегии интервенций. Лично я предпочитаю использовать модель задач, описанную в этой главе. Но я включил эти три альтернативные теории для того, чтобы читатель мог с ними познакомиться.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- Опишите сходства и различия между «четырьмя фазами» процесса горевания Паркса и «четырьмя задачами» автора этой концепции. Как вы думаете, почему между ними столько общего? Что, как вам кажется, лучше всего объясняет различия?
- Ссылаясь на работу Штребе (Stroebe, 1992), автор пишет: “Горе – это когнитивный процесс, когда горящий имеет дело с мыслями об умершем, которые он реконструирует. Он также реконструирует свой опыт утраты и изменившегося мира, в котором ему теперь предстоит жить”. Считаете ли это мнение верным и как можете подтвердить свою позицию?
- Во введении ко второй задаче горевания автор обращается к преимуществам немецкого слова *Schmerz*. Считаете ли вы значение это слова важным для процесса горевания?
- Автор приводит случай матери, потерявшей молодого сына в авиакатастрофе рейса 103 компании «Пан Америкэн». Она говорит: «Дело не в том, как найти ответ, дело в том, как жить без него». Какую роль играет консультант или терапевт в том, чтобы горящий примирился с этой идеей?
- Автор описывает эволюцию в формулировании четырех задач горевания в разных изданиях данной книги. Какие изменения в формулировках задач кажутся вам важными? Как эти формулировки могут помочь вам в вашей работе с горящими индивидуумами?

ЛИТЕРАТУРА:

Alexy, W. D. (1982). Dimensions of psychological counseling that facilitate the grieving process of bereaved parents. *Journal of Counseling Psychology*, 29(5), 498–507. doi:10.1037/0022–0167.29.5.498

Attig, T. (2011). *How we grieve: Relearning the world* (Rev. ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (Vol. II). New York, NY: Basic Books.

Burke, L., & Neimeyer, R. (2014). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Studies*, 38, 259–267. doi:10.1080/07481187.2013.829372

Didion, J. (2005). *The year of magical thinking*. New York, NY: Knopf.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–260). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1917)

Gardiner, A., & Pritchard, M. (1977). Mourning, mummification, and living with the dead. *British Journal of Psychiatry*, 130, 23–28. doi:10.1192/bjp.130.1.23

Goalder, J. S. (1985). Morbid grief reaction: A social systems perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 833–842.

Gorer, G. D. (1965). *Death, grief, and mourning*. New York, NY: Doubleday.

Havinghurst, R. J. (1953). *Developmental tasks and education*. New York, NY: Longmans.

Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157–1162. doi:10.1176/ajp.137.10.1157

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30–34.

Klass, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Klass, D., Silverman, P., & Nickman, S. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Kosminsky, P., & Jordan, J. (Eds.). (2016). *Attachment-informed grief therapy: The clinician's guide to foundations and applications*. New York, NY: Routledge.

Krupp, G., Genovese, F., & Krupp, T. (1986). To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement. *Journal American Academy of Psychoanalysis*, 14, 337–348. doi:10.1521/jaap.1.1986.14.3.337

Kübler–Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.

Kübler–Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY: Scribner.

Lunghi, M. (2006). Ontology and magic: A conceptual exploration of denial following bereavement. *Mortality*, 11, 31–44. doi:10.1080/13576270500439233

Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297, 716–723. doi:10.1001/jama.297.7.716

Marris, P. (1974). *Loss and change*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.

Neimeyer, R. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R. (2003). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York, NY: Routledge.

Neimeyer, R. (Ed.). (2016). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. New York, NY: Routledge.

Neimeyer, R., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251. doi:10.1177/000276402236676

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.

Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25–45). Washington, DC: American Psychological Association.

Parkes, C. M. & Prigerson, H. (Eds.). (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). New York, NY: Routledge.

Pincus, L. (1974). *Death and the family: The importance of mourning*. New York, NY: Pantheon.

Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death*. Champaign, IL: Research Press. Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Rubin, S. S. (1990). Treating the bereaved spouse: A focus on the loss process, the self and the other. *Psychotherapy Patient*, 6, 189–205. doi:10.1300/J358v06n03_16

Rubin, S. S. (1999). The two–track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23, 681–714. doi:10.1080/074811899200731

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement: Conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies*, 27, 667–690. oi: 10.1080/713842342

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2011). *Working with the bereaved*. New York, NY: Routledge.

Rubin, S. S., Nadav, O. B., Malkinson, R., Koren, D., Goffer–Shnarch, M., & Michaeli, E. (2009). The two–track model of bereavement questionnaire (TTBQ): Development and validation of a relational measure. *Death Studies*, 33, 305–333. doi:10.1080/07481180802705668

Sanders, C. M. (1989). *Grief: The mourning after*. New York, NY: Wiley.

Sanders, C. M. (1999). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.

Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach. *Psychiatric Annals*, 16, 295–305. doi:10.3928/0048–5713–19860501–09

Silverman, P. R., Nickman, S., & Worden, J. W. (1992). Detachment revisited: The child’s reconstruction of a dead parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 494–503. doi:10.1037/h0079366

Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 26, 19–42. doi:10.2190/TB6U–4QQC–HR3M–V9FT

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224. doi:10.1080/074811899201046

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 61, 273–289. doi:10.2190/OM.61.4.b

Volkan, V. (1985). Complicated mourning. *Annals of Psychoanalysis*, 12, 323–348.

Walliss, J. (2001). Continuing bonds: Relationships between the living and the dead within contemporary Spiritualism. *Mortality*, 6, 127–145. doi:10.1080/13576270120051811

Weisman, A. D. (1972). *On dying and denying*. New York, NY: Aronson.

Worden, J. W. (1996). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73–80. doi:10.1002/(SICI)1520–6572(199624)2:4<73::AID–SESS7>3.0.CO;2–9

Zaiger, N. (1985). Women and bereavement. *Women and Therapy*, 4, 33–43. doi:10.1300/J015V04N04_05

ГЛАВА 3. ПРОЦЕСС ГОРЕВАНИЯ: МЕДИАТОРЫ ГОРЕВАНИЯ

Знать задачи горевания недостаточно. Консультанту также важно иметь представление о второй составляющей этого процесса. Это медиаторы процесса горевания. Если вы будете оценивать большое количество горящих людей, то увидите множество вариантов их поведения, и, хотя в этом поведении может проявляться что-то из списка нормальных реакций горя, есть и важные индивидуальные реакции. Для некоторых горевание связано с очень сильными переживаниями, тогда как у других эти переживания характеризуются меньшей интенсивностью. Некоторые начинают горевать в тот момент, когда узнают о потере, другие – через некоторое время. У одних горевание занимает сравнительно небольшой период времени, тогда как у других оно, кажется, будет продолжаться всегда. Чтобы понять, почему разные люди решают задачи горевания по-разному, нужно понять, как различные факторы выступают медиаторами в решении этих задач. Это особенно важно при работе с осложненным гореванием (описанным в пятой главе).

МЕДИАТОР 1. СТЕПЕНЬ РОДСТВА: КЕМ БЫЛ УМЕРШИЙ

Начнем с самого очевидного: если вы хотите понять, какой будет реакция человека на утрату, нужно что-то знать об умершем. Родство определяет отношения этого человека с тем, кто остался в живых. Это может быть жена, ребенок, родитель, сиблинг, другой родственник, друг или любовник. О дедушке или бабушке, умерших естественной смертью, будут, вероятно, горевать не так, как о сиблинге, погибшем в автокатастрофе. Об утрате дальнего родственника горюют не так, как о потере ребенка. О потере супруга горюют не так, как о потере родителя. В случае смерти отца двух детей в их реакциях могут наблюдаться индивидуальные различия. То, кем был отец для 13-летней дочери, может отличаться от того, кем он был для 9-летнего сына. Каждый из двух детей потерял отца, но у них были разные отношения с ним и разные связанные с ним надежды и ожидания.

Степень родства – один из самых сильных определителей прогноза горя. Чем ближе степень родства умершего, тем интенсивнее переживание

горя (Boelen, Van den Bout, de Keijser, 2003). Даже внутри семьи, категория родства может влиять на разницу в переживании горя. В исследовании Клейрена в 1993 года, было показано, как степень родства может позволить делать предположение о том, как будет происходить процесс горевания, где родители и супруги горюют сильнее, чем дети и сиблинги.

МЕДИАТОР 2. ПРИРОДА ПРИВЯЗАННОСТИ

Медиатором в решении задач горя выступает не только то, кем был умерший, но и то, какой была привязанность к нему у оставшегося в живых. Вам следует знать кое-что о следующих факторах:

- 1. О силе привязанности.** Если мы скажем, что сила привязанности определяется силой любви, это будет почти аксиома. Тяжесть реакции горя часто возрастает пропорционально силе любви в отношениях с этим человеком.
- 2. Об эмоциональной безопасности привязанности.** Насколько необходим был умерший оставшемуся в живых для ощущения благополучия? Если оставшийся в живых нуждался в этом человеке для поддержания своей самооценки, для того чтобы чувствовать, что с ним/с ней все в порядке, это предвещает более тяжелую реакцию горя. Потребность многих людей в безопасности и уважении удовлетворяется в браке. После смерти брачного партнера потребность остается, а ресурс оказывается утраченным (Neimeyer & Burk, 2017).
- 3. Об амбивалентности в отношениях.** В любых близких отношениях всегда присутствует некоторая степень амбивалентности. В целом человека любят, но этому сопутствуют и некоторые негативные чувства. Обычно позитивные чувства значительно преобладают над негативными, но бывают в высшей степени амбивалентные отношения, когда позитивные и негативные чувства представлены в равной пропорции, и в этом случае реакция горя бывает тяжелой. Часто при очень амбивалентных отношениях смерть приводит к огромному чувству вины («Сделала ли я для него достаточно?») и одновременно сильной злости на ушедшего за то, что он ушел и покинул.
- 4. О конфликтах с умершим.** Это относится не только к конфликтам на момент смерти, но также и к предшествующей истории конфлик-

тов. Особенно стоит отметить конфликты, происходящие из более раннего физического и сексуального насилия (Krupp, Genovese, & Krupp, 1986). В конфликтных отношениях возможны незаконченные дела: нечто, так и не разрешившееся до смерти. Это особенно вероятно в случае внезапной смерти. Сара, ее муж и мать жили в одном доме. Однажды утром у Сары с матерью была большая ссора перед тем, как мать отправилась на работу. По пути на работу машину матери сбил 18-колесный грузовик, и мать погибла. Сара чувствовала огромную вину как из-за конфликта с матерью в день ее гибели, так и из-за долгой предшествующей истории их конфликтов. Она обратилась к консультанту, чтобы справиться с чувством вины и разобраться в незавершенных отношениях с матерью.

5. **О зависимости в отношениях.** Зависимые отношения могут повлиять на адаптацию человека к смерти близкого, особенно при выполнении задачи III. Для человека, который зависел от умершего в разных повседневных делах, таких как уплата по счетам, вождение автомобиля и приготовление пищи, внешняя адаптация будет сложнее, чем для того, кто в этих делах меньше зависел от умершего.

МЕДИАТОР 3. КАКОЙ БЫЛА СМЕРТЬ

То, как человек умер, влияет на то, как оставшийся в живых будет справляться с каждой задачей горевания. Традиционно смерти делятся на четыре группы по принципу NASH: естественная (Natural) смерть, случайная (Accidental) смерть, смерть от самоубийства (Suicidal) и от убийства (Homicidal). О случайной смерти ребенка горюют не так, как о естественной смерти старика, чья смерть воспринимается как наступившая в более подходящем возрасте. О самоубийстве отца горюют не так, как об ожидаемой смерти молодой матери, оставившей маленьких детей. Существуют свидетельства того, что близкие люди самоубийц, оставшиеся в живых, имеют уникальные, не такие, как у других, проблемы при переживании горя (см. главу 7). Далее рассмотрим другие связанные со смертью факторы, которые могут повлиять на переживание утраты.

Близость

Где (географически) произошла смерть: это случилось далеко от оставшегося в живых или рядом? Смерть, случившаяся на большом расстоянии

от оставшегося в живых, может произвести на него впечатление нереального события. Оставшийся в живых может предполагать, что этот человек по-прежнему находится там, и это влияет на выполнение первой задачи горевания. В исследованиях, посвященных вопросу, легче или тяжелее переносить смерть, произошедшую дома, были интересные открытия (Gomes, Calanzani, Koffman & Higginson, 2015). В Британии Аддингтон-Холл и Карлсен (Addington-Hall & Karlsen, 2000) изучили несколько случаев смерти дома и обнаружили, что среди людей, переживавших утрату, те, кто ухаживал за умирающим дома и испытал больший дистресс, скучали по умершему сильнее, и им требовалось больше времени, чтобы примириться со смертью, когда она произошла. В качестве части проекта «Омега» в центральной больнице Массачусетса Эйвери Вайсман и я провели опрос людей, которые ухаживали за близкими, умершими дома. Мы спрашивали: стали бы они делать это снова? Результаты разделились 50/50. Половина опрошиваемых сделала бы это снова. Они чувствовали, что могли уделить умирающему особое внимание, а их дети могли увидеть: смерть – это часть человеческой жизни. Другие говорили: «Ни за что». Им казались трудными некоторые медицинские процедуры, и они всегда ощущали, что могли бы ухаживать за умирающим лучше (Weisman & Worden, 1980). С тех пор как мы провели это исследование, появились услуги по уходу за терминальными больными на дому, так что последняя проблема сейчас стояла бы не столь остро.

Внезапность и неожиданность

Предвещало ли что-то смерть или она была неожиданной? В нескольких исследованиях выдвигается предположение, что близкие тех, кто умер внезапной смертью, переживают эту смерть тяжелее, чем те, кто был предупрежден заранее, за год-два до смерти (Parkes & Weiss, 1983). В гарвардском исследовании детей, переживших утрату, внезапная смерть (40%), в отличие от ожидаемой смерти (60%), повлияла как на детей, так и на адаптацию семьи. Это было особенно наглядно в первый год после утраты. Когда наступал второй год в жизни семьи без умершего человека, другие медиаторы выступали на первый план, оказывая влияние на адаптацию. Хотя половина детей по-прежнему опасалась за безопасность оставшегося в живых родителя, причиной была, скорее, не внезапность смерти, а плохое функционирование того из родителей, кто остался в живых. В число внезапных смертей входят насильственные смерти, и последние, вероятно, влияют на людей особенно сильно. Что касается естественных смертей, то, чем дольше оставшийся в живых знал о приближающейся смерти близкого человека, тем лучше была его адаптация. Впрочем, разницу в адапта-

ции создавало, согласно гарвардскому исследованию, не столько объективное время (недели и месяцы), сколько восприятие времени ожидания. Тем не менее Доннелли, Филд и Горовиц (Donnelly, Field & Horowitz, 2000) обнаружили, что объективное ожидание было более значимым предиктором симптомов, чем субъективное ожидание; таким образом, здесь требуется дальнейшее исследование.

НАСИЛЬСТВЕННАЯ/ТРАВМАТИЧНАЯ СМЕРТЬ

Воздействие насильственных и травматичных смертей может быть длительным и часто приводит к осложненному гореванию (последствия убийства и самоубийства будут описаны в седьмой главе). В случае такой смерти возникает несколько факторов, которые осложняют задачи горевания. Во-первых, эта смерть бросает вызов чувству самоэффективности и мешает внутренне настроиться на выполнение задачи III. Часто главным вопросом для оставшегося в живых становится такой: «Что я мог сделать, чтобы это предотвратить?». Во-вторых, насильственная смерть с большой вероятностью пошатнет мировоззрение и создаст серьезные затруднения в придании событию смысла, что является частью задачи III. В-третьих, обстоятельства смерти человека делают затруднительным для выжившего выражение своей злости на умершего и обвинение его (задача II). Это в особенности верно в случае убийства, тем более если оставшийся в живых сам случайно убил этого человека. Здесь чувство вины будет, очевидно, ключевым фактором в совладании с потерей. Четвертым последствием такой смерти может стать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Такое часто встречалось после массовой стрельбы в Лас Вегасе в 2017 году.

В нашем гарвардском исследовании утрат мы обнаружили, что насильственная и травматичная смерть (несчастные случаи, самоубийства и убийства) были сопряжены с наиболее интенсивным процессом горя и часто приводили к развитию осложненного горевания (Worden, 1996). Особо следует отметить переживания тех, кто обнаружил или видел тело после совершения суицида или в других драматических сцен смерти (Neimeyer & Burke, 2017). О насильственной смерти можно также посмотреть в работах (Rynearson, 2006; Rynearson, Schut & Stroebe, 2013; Currier, Holland, Coleman & Neimeyer, 2008).

МНОЖЕСТВЕННЫЕ УТРАТЫ

Некоторые люди теряют сразу несколько близких вследствие одного трагического события за сравнительно короткий период времени. На глазах у одного моего знакомого погибла вся его семья, когда строительный кран

упал на машину, в которой находились жена и дети. Когда случается такая множественная потеря, это может оказаться испытанием, превышающим силы выжившего. Происходит «перегрузка утратой» (Kastenbaum, 1969). Горя и боли так много, что человек не способен справиться с чувствами, работа с которыми составляет вторую задачу горевания. Терапевтическая интервенция в этом случае требует отдельного исследования каждой потери, начиная с наименее сложной; следует каждый раз рассматривать, что потеряно, и постепенно запускать процесс горевания. Если человек в результате несчастного случая потерял двух детей, важно исследовать его отношения с каждым ребенком, потому что и отношения, и ожидания в обоих случаях были разными.

В дополнение к потерям, возникающим в результате дорожно-транспортных происшествий, происходит множество событий, способных подвергнуть человека множественным утратам. Это как природные катастрофы (пожары, землетрясения, ураганы), массовые расстрелы (в школах и производимые террористами), авиакатастрофы, войны и геноцид, пандемии, такие как СПИД. В возрастной группе риску множественных утрат могут быть подвержены пожилые люди, теряющие друзей и членов семьи, а также здоровье, физические возможности и условия проживания.

СМЕРТЬ, КОТОРУЮ МОЖНО БЫЛО ПРЕДОТВРАТИТЬ

Когда кажется, что смерть можно было предотвратить, темы вины, обвинений и самообвинений становятся центральными. Эти темы должны быть проработаны как часть задачи II. За смертью, которую можно было предотвратить, часто следует длительное судебное разбирательство, а это может затянуть горевание для всех, кто вовлечен в этот процесс (Gamino, Sewell & Easterling, 2000). Бьюджен (Bugen, 1977) привлекает наше внимание к этому аспекту, показывая, как он влияет в целом на адаптацию к факту смерти с учетом степени эмоциональной близости с умершим. Гуарнациа, Хэйслип и Лэндри (Guarnaccia, Hayslip & Landry, 1999) в своем недавнем исследовании проверили модель этого автора на большой группе взрослых и обнаружили, что когда человек считает, что смерть можно было предотвратить, это оказывается фактором, который очень сильно влияет на интенсивность переживания горя.

НЕПОДТВЕРЖДЕННАЯ СМЕРТЬ

Бывают ситуации, когда оставшиеся в живых не знают точно, жив близкий человек или умер. Мы наблюдали это во время войны во Вьетнаме, когда военнослужащие попадали в списки пропавших без вести. Се-

мы не знали, жив человек или умер. Горюющий оказывается в странном положении, не зная, то ли продолжать надеяться, то ли дать волю горю. Подобная неопределенность возникает и в случае падения самолета в океан. Я работал с некоторыми семьями после того, как в 1983 году был сбит южнокорейский самолет. Ни один из погибших участников полета не был найден. Хотя семьи и знали, что их родные погибли, некоторые продолжали надеяться. Южнокорейское правительство помогло положить конец этой неопределенности, поставив памятник с указанием имен всех пассажиров. После теракта 11 сентября 2001 года некоторые тела не были найдены, и поэтому родственники исчезнувших людей продолжали надеяться, что они когда-нибудь вернутся. Нам нужно больше узнавать о потерях такого рода. Это можно сделать, записывая рассказы семей, которые смогли измениться и двигаться вперед, несмотря на неподтвержденность утраты (Boss, 2000; Tubbs & Boss, 2000).

СТИГМАТИЗИРУЕМАЯ СМЕРТЬ

Дока и другие писали о «нелегитимном» горе (Attig, 2004; Doka, 1989, 2002, 2008). Смерть самоубийцы или смерть от СПИДа часто рассматриваются как стигматизированные (McNutt & Yakushko, 2013). Когда существует клеймо не одобряемой обществом, «позорной» смерти, горюющий может не получать достаточной социальной поддержки (Doka, 1989; Moore, 2011). Стигматизированные смерти относятся к потерям, о которых в обществе молчат, которые в социуме осуждаются. Мы обсудим такие случаи в седьмой главе.

МЕДИАТОР 4. ИСТОРИЯ ГОРЮЩЕГО

Чтобы понять, как человек будет переживать горе, вам нужно знать, переживал ли он утраты раньше и как проходил процесс горевания. Были ли утраты пережиты адекватно или человек приходит к новой потере, не завершив переживание предыдущей?

Здесь также важна история психического здоровья человека. С одной стороны, следует обратить особое внимание на тех, кто встретил утрату с историей заболевания депрессией. Зизук, Паулус, Шухтер и Джэд (Zisook, Paulus, Shuchter & Judd, 1997) считают, что предшествующая смерти близкого большая депрессия может создать повышенный риск значительной депрессии вследствие смерти супруга. С другой стороны, Бирн и Рафаэл (Byrne & Raphael, 1999) не обнаружили, чтобы наличие дисфории в ана-

мнезе предвещала большой депрессивный эпизод у овдовевших мужчин старческого возраста. Такие различия в полученных данных могут частично объясняться различиями в популяциях, временных рамках и используемом инструментарии.

Другой аспект связан с историей семьи. Неоплаканная утрата и горе в семье могут несколько раз передаваться из поколения в поколение и влиять на горе, переживаемое в данный момент (Paul & Grosser, 1965; Walsh & McGoldrick, 1991).

МЕДИАТОР 5. ЛИЧНОСТНЫЕ ПЕРЕМЕННЫЕ

Боулби (Bowlby, 1980) приводит терапевтам и консультантам убедительные доводы в пользу того, что следует принимать во внимание личностную структуру горящего для понимания индивидуальной реакции на потерю. Среди этих личностных переменных важны следующие.

ВОЗРАСТ И ПОЛ

В последнее время наблюдался значительный интерес к тому, как гендерные различия связаны со способностью горевать, и особенно к тем способам переживать горе, которые наблюдаются у мужчин (Doka & Martin, 2010; Martin & Doka, 2000). Они утверждают, что мужчины предпочитают инструментальное горевание, подходя к потере физически и когнитивно. Женщины же, напротив предпочитают интуитивное горевание, воспринимая горе более чувственным способом. Мальчики и девочки действительно социализируются по-разному, и многие различия в том, как мужчины и женщины подходят к решению задач горевания, могут объясняться скорее особенностями социализации, чем внутренне присущими им генетическими различиями. Одно из предположений заключалось в том, что женщины горюют по-другому и в итоге приходят к другим результатам, так как они получают больше социальной поддержки, чем мужчины. Качественно проведенное исследование Штребе, Штребе и Абакумкина (Stroebe, Stroebe & Abakoumkin, 1999) показывает, что дело не в этом. Шут, Штребе, де Кейзер и ван ден Бут (Schut, Stroebe, de Keijser & van den Bout, 1997), однако, находят, что интервенции, эффективность которых подтвердилась, были разными для мужчин и женщин. Мужчины лучше реагировали на интервенции, стимулирующие аффект, а женщины – на интервенции, нацеленные на принятие решения. Иначе говоря, интервенции кажутся противоположными

их типичным гендерным стилям. Наблюдая за мужчинами, потерявшими жен, Ланд (Lund, 2001) обнаружил, что мужчины на шестом десятке были наиболее успешными в совладании с горем. Нам необходимо больше исследований на влияние пола на реакции горевания (Neumer & Burke, 2017).

Стиль копинга

На переживание дистресса влияет индивидуальный выбор копинга: то, насколько подавляются чувства, насколько хорошо человек справляется с тревогой и насколько успешно выдерживает стрессовые ситуации. Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984) определяют копинг как изменение мыслей и действий, используемое человеком, чтобы справиться с внешними и внутренними факторами стрессовой ситуации. Смерть любимого человека, несомненно, создает такую ситуацию. Стили копинга у разных людей разные. Исследования копинга, будь это совладание с ситуацией у больных раком, у переживших утрату или психическую травму, являются главной темой в моей профессиональной работе. Существуют разные парадигмы понимания копинга, но есть одна, которую я считаю особенно полезной и в исследованиях, и в клинических интервенциях. Это модель, ориентированная на решение проблем, в которой копинг может рассматриваться как варианты подхода человека к своей проблеме, к ее облегчению и решению. И для облегчения, и для решения меры принимаются попеременно, и они могут различаться по степени облегчения и по степени разрешенности проблемы. Существует три основных группы функций копинга.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Люди различаются по своей способности решать проблемы. Те, у кого наихудшие навыки решения проблем, злоупотребляют неэффективными стратегиями или все время пытаются делать одно и то же и в конце концов сдаются, если это не помогает. Существуют способы обучения решению проблем для тех людей, которым недостает этих навыков. Один из этих способов – когнитивно-поведенческая методика, авторы которой – Собел и я (Sobel & Worden, 1982).

АКТИВНЫЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОПИНГ

Активный эмоциональный копинг – это наиболее эффективная стратегия для того, чтобы справляться с проблемами и управлять стрессом. В спи-

ске приемов на первом месте по эффективности находится переформулирование. Это способность находить в плохой ситуации что-то позитивное или спасительное. В целом понятие личностного роста в результате переживания горя основано на эффективном использовании этой стратегии. Изучение больных раком и переживающих горе показывает, что наименьший эмоциональный дистресс переживали те, кто мог переформулировать проблемы и найти в трудной ситуации что-то позитивное. Еще одна эффективная стратегия копинга – юмор. Использование юмора требует некоторого дистанцирования от проблемы, что в ближайшей перспективе может оказаться полезным. Давать волю эмоциям, вместо того чтобы их сдерживать, тоже может быть полезно. Однако такое «вентилирование» чувств полезнее всего, когда включает и позитивные, и негативные переживания и не является демонстрацией одного аффекта, когда другие изгоняются прочь. Способность принимать поддержку – еще один аспект активного эмоционального подхода к копингу. Принятие поддержки совсем не обязательно заставляет человека почувствовать себя менее эффективным. Напротив, принятие поддержки – это выбор горящего, который может повысить и эффективность, и самоуважение.

ИЗБЕГАНИЕ ЭМОЦИЙ

Избегание эмоций, возможно, является одной из наименее эффективных стратегий копинга. В определенный момент избегание эмоций может помочь человеку лучше себя чувствовать, но для решения проблемы это не слишком полезно. Избегающий эмоций копинг включает обвинение как самого себя, так и других, отвлечение, которое может быть полезным только в ближайшей перспективе, но не тогда, когда на нем настаивают и далее, а также отрицание. Отрицание, как и отвлечение, может иметь свои краткосрочные преимущества в качестве буфера, смягчающего столкновение с жестокой реальностью, но оно не эффективно в дальней перспективе. Социальная изоляция также может быть полезной в первый момент, но не является эффективным копингом. Использование психоактивных веществ и злоупотребление ими тоже помогает почувствовать себя лучше, но не решает проблемы и может иметь свои нежелательные последствия.

В гарвардском исследовании детей, переживших утрату, наилучших результатов достигли те родители и дети, которые прибегали к активным эмоциональным стратегиям копинга, в особенности были способны переформулированию. Пассивные стратегии (например: «Я с этим ничего не могу сделать») относятся к наименее эффективным (Worden, 1996). Шнайдер,

Элай и Грей (Schnider, Elhai & Gray, 2007) обнаружили, что активный копинг дает наилучшие результаты при переживании утраты вследствие несчастного случая, а избегающий эмоциональный копинг связан с развитием ПТСР и/или осложненного горя.

Возникает вопрос: стабилен стиль копинга отдельного человека или может изменяться? Фолкман (Folkman, 2001) считает, что такие стратегии, как переформулирование и когнитивное избегание, – это обычно более стабильные виды копинга, тогда как другие виды, например навыки решения проблем и использование социальной поддержки, могут модифицироваться. Основываясь на опыте своего исследования, я бы с этим согласился. Мы достигали настоящих успехов, используя когнитивно-поведенческий подход в обучении навыкам решения проблем в группе людей, которым таких навыков не доставало (Sobel & Worden, 1982). А в группе для людей, переживающих утрату, участники могут осваивать более эффективные способы использования социальной поддержки.

Стиль привязанности

Другим важным медиатором, влияющим на то, как человек справляется с задачами горевания, является стиль привязанности (Kosminsky & Jordan, 2016). Стили привязанности закладываются в начале жизни как результат ранних детско-родительских отношений. Их цель – поддерживать или восстанавливать близость с фигурой привязанности (обычно это бывает мать). Отзывчивость фигуры привязанности на нужды ребенка, особенно во время стресса, определяет эти паттерны. Стили привязанности имеют некоторые особенности, которые могут в какой-то степени меняться в случае психотравмирующих событий или под воздействием психотерапии, но в основном являются постоянными (Fraley, 2002). Наличие психологической близости с фигурой привязанности – важный фактор, определяющий, чувствует ли себя человек защищенным или испытывает стресс в отсутствии фигуры привязанности. Обычно стили привязанности возникают как результат опыта отношений со значимыми другими в начале жизни. Привязанности существуют и между взрослыми, но считается, что у них есть важные отличия от детско-родительской привязанности, потому что оба партнера являются фигурами привязанности друг для друга.

Когда отношения с фигурой привязанности прерываются смертью, риск для оставшегося в живых заключается в его стремлении сохранить или восстановить близость с ней. Сепарационный дистресс приводит к поисковому поведению с целью восстановить потерянную связь, но посте-

пенно понесший утрату смиряется с необратимостью потери. Здоровой адаптацией к этой новой реальности для горюющего будет интернализация умершего и включение его/ее в свой жизненный план таким образом, чтобы физическая близость была заменена психологической близостью. Переживающего утрату может эмоционально поддерживать психическая репрезентация умершего при меньшей потребности в его физическом присутствии, которое теперь невозможно. Внутренние модели репрезентаций были описаны в терминах стилей привязанности (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990; Mikulincer & Shaver, 2003, 2007, 2008).

Надежный стиль привязанности

Благодаря хорошей родительской заботе и другим здоровым ранним отношениям, многие люди развивают то, что называется надежной привязанностью. Люди с надежной привязанностью имеют позитивные психические модели, ощущение, что их ценят, что они достойны поддержки, заботы и любви. Пережив потерю важной фигуры привязанности, люди с надежной привязанностью после ее смерти чувствуют боль и горе, но способны переработать эту боль и двигаться вперед, развивая здоровую продолжающуюся связь с потерянным любимым человеком. Раннее сильное горе не захлестывает их настолько, чтобы помешать принять реальность потери (задача I).

Ненадежные стили привязанности

Существует четыре типа ненадежных стилей привязанности, которые могут сформироваться у людей, если родительская забота и ранние отношения были недостаточно хорошими. Это тревожная/озабоченная привязанность, тревожная/амбивалентная привязанность, избегающая/отвергающая и избегающая/пугливая привязанность. (Некоторые исследователи используют другие термины для обозначения тех же самых стилей.) Эти различные стили привязанности влияют на отношения человека с другими в течение всей его жизни и являются важными медиаторами в процессе горевания, когда умирает фигура привязанности. Эти ненадежные стили привязанности являются особенно важными медиаторами, потому что они могут затруднить адаптацию к выполнению задач горевания и влиять на развитие осложненного процесса горевания (Schenck, Eberle & Rings, 2016; Stroebe, Schut & Stroebe, 2006). Давайте рассмотрим эти ненадежные стили подробнее.

Тревожная/озабоченная привязанность. Это отношения, которые вызывают у человека переживание неловкости, делают его слишком чувстви-

тельным к проявлениям неуважения и другим проявлениям пренебрежения в отношениях. Эти люди часто имеют дополнительных любовников (или любовниц) на случай, если те отношения, которые уже есть, окажутся неудачными. Они не уверены в себе, а их самооценка зависит от значимого другого (Медиатор 2). Когда смерть забирает любимого человека, люди с этим стилем привязанности часто демонстрируют высокую степень дистресса, который затягивается и может привести к осложненному – хроническому или затяжному – горю. Их способность регулировать аффект может быть недостаточной, как и способность справляться со стрессом. У них может быть много навязчивых мыслей о потере, а с чрезмерной болью они пытаются справиться с помощью избегающего поведения, – избегания всего, напоминающего об утрате, чтобы смягчить боль (Eisma, 2015). Низкая самооэффективность часто проявляется в том, что они ощущают себя беспомощными и неспособными справиться без помощи близкого человека. «Цепляние» и поиск помощи – поведенческие характеристики этого стиля. Цель терапии людей с этим стилем – помочь им достичь интернализации, почувствовать себя в безопасности, осознать, что физическая близость может быть заменена психологической близостью с умершим (Field, 2006).

Тревожная/амбивалентная привязанность

В амбивалентных отношениях любовь и ненависть сосуществуют практически в равных пропорциях. Люди, формирующие такую привязанность, воспринимают другого человека как ненадежного. Взаимоотношения могут быть бурными, может проявляться гнев, если этим отношениям что-то угрожает. В своей клинической практике я иногда называю это «сердитой привязанностью». В течение нескольких лет я лечил некоторые пары, в которых один партнер вполне обоснованно, по работе, уезжает на несколько дней или недель, а другой сходит с ума от злости на него. На определенном уровне осознания гнев может восприниматься как способ удержаться от разрыва отношений с партнером, чтобы не пришлось переживать тревогу, которая скрывается за этим видом привязанности. Это напоминает поведение ребенка, который сопротивляется восстановлению физической близости с фигурой привязанности. Когда любимый человек умирает, интенсивность гнева и тревоги становится чрезмерной, и для того, чтобы сохранять стабильность, горюющий может сосредоточиться на позитивных чувствах – полной противоположности гнева. Так поступают горюющие, которые идеализируют покойного, лишь бы не сталкиваться с другой стороной своего опыта: с глубинами своего гнева. Когда они говорят о любимом человеке, у консультанта появляется чувство, что никто не может быть так

прекрасен. Интервенции должны быть направлены на осознание и выражение обоих видов чувств: и позитивных, и негативных. Если гнев не найдет выражения и не будет интегрирован в чувство любви к покойному, то человек может испытывать высокую степень депрессии или затяжное горе при чрезвычайной поглощенности навязчивыми мыслями.

Избегающая/отвергающая привязанность

У такого человека, возможно, был неотзывчивый родитель, и поэтому он развил псевдосамодостаточный стиль. Все поведение организовано так, чтобы полагаться только на самого себя и быть независимым. Некоторые из этих людей выглядят ненадежными. Автономия и опора на самих себя представляют для них первостепенную значимость. После смерти близкого человека они могут демонстрировать мало симптомов или минимальные эмоциональные реакции, в основном из-за того, что их привязанность минимальна. У этих людей в высшей степени позитивный взгляд на самих себя и часто негативный взгляд на других людей, к которым они, скорее всего, не станут обращаться в случае стресса. Есть некоторые разногласия по поводу того, возможно ли, что люди с этим стилем привязанности, первоначально демонстрирующие минимальную реакцию на потерю, далее развивают затяжную реакцию горя. Некоторые, например Фрейли и Бонанно (Fralely & Bonanno, 2004), так не думают. Однако, похоже, что люди с этим стилем привязанности развивают соматические реакции либо сразу после смерти близкого человека, либо позже из-за бессознательного стремления отделиться (Stroebe et al., 2006). Из-за защитного отчуждения они не могут проработать последствия утраты для себя, и задача III превращается для них в борьбу.

Избегающая/пугливая привязанность

Люди с этим стилем привязанности с большой вероятностью адаптируются к потере хуже всех. В отличие от людей с избегающей/отвергающей привязанностью, которые ценят собственную состоятельность, они хотят отношений, но имеют за плечами длинную историю осторожных, неуверенных привязанностей из-за страха, что отношения могут быть разорваны. Когда смерть забирает те отношения, которые были ими сформированы, у них с большой вероятностью может развиться тяжелая депрессия. Эта депрессия часто защищает их от гнева, который они могли бы испытывать. Чаще всего в ситуациях утраты они стремятся к социальной изоляции, которая защищает их самость (Meier, Carr, Currier & Neimeyer, 2013).

Когда разрываются здоровые привязанности, это приводит к пережива-

нию горя. Менее здоровые привязанности, если смерть разрывает их, приводят к чувствам гнева и вины (Winnicott, 1953). Проблемы привязанности одинаково важны и для очень зависимого человека, и для человека, которому трудно строить отношения. Людям с диагнозом того или иного расстройства личности трудно справляться с утратой. Прежде всего, это касается людей с пограничным или нарциссическим личностным расстройством (см.: American Psychiatric Association, 2013). Не вполне здоровые привязанности могут приводить к сепарационным нарушениям, которые часто бывают главной проблемой при травматическом горе (Prigerson & Jacobs, 2001).

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ

У разных людей разные когнитивные стили. Некоторые личности более оптимистичны, чем другие. Они скорее скажут, что стакан наполовину полон, а не наполовину пуст. С этим оптимистичным стилем связана способность находить в плохой ситуации что-то позитивное или спасительное. Один пациент, больной раком, сказал: «Это, конечно, несчастье, что так случилось, но оно дало мне возможность помириться с матерью». Проводя гарвардское исследование детей, переживших утрату, мы обнаружили, что оптимизм и способность переформулировать ситуацию определяют более низкий уровень депрессии у оставшихся в живых родителей в течение первых двух лет после смерти члена семьи (Worden, 1996).

Подобным же образом Белен и ван дер Бут (Boelen & van den Bout, 2002) обнаружили, что позитивное мышление находится в обратной зависимости от тревоги и травматического горя, но особенно – от депрессии. Это не удивительно, так как Бек с соавторами (Beck et al., 1979), а также другие исследователи депрессии обнаружили, что депрессивных людей характеризует негативный взгляд на жизнь, на самих себя, на мир и на будущее. Этот пессимистичный взгляд у страдающих депрессией часто приводит к когнитивному стилю, который предполагает использование чрезмерной генерализации. Такие утверждения, как «Я никогда с этим не справлюсь» и «Никто никогда не полюбит меня снова», могут служить примерами такого мышления.

Другой важный когнитивный стиль – склонность к навязчивым размышлениям. Такие люди упорно и постоянно сосредоточены на своих негативных эмоциях, ничего не делая, чтобы их облегчить. В контексте утраты это означает хроническую и пассивную сосредоточенность на симптомах, связанных с горем. Этот когнитивный стиль продлевает переживание не-

гативных эмоций, что препятствует эффективному решению задачи II. Как следствие, это может привести к тому, что депрессивное настроение перерастет в депрессивное расстройство (Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997). Предполагается, что размышления сосредотачиваются на утрате для того, чтобы найти ее значение и прийти к пониманию, но исследования показывают, что такие люди реже приходят к данному результату, чем те, кто не склонен к навязчивым размышлениям (Eisma, 2015). Одно из возможных объяснений сохранения этого когнитивного стиля, несмотря на связанную с ним боль, – то, что эта боль представляется человеку последней и, возможно, единственной связью с умершим. Однако этот когнитивный стиль приводит к двум негативным последствиям: во-первых, горящий не приступает к решению проблем, во-вторых, такое поведение может отдалять от горящего тех людей, которые могли бы обеспечить ему социальную поддержку. В работе с горящими людьми, склонными к навязчивым размышлениям, полезны несколько интервенций. Помогайте им определиться с главной задачей (какую конкретно проблему нужно решить), обучайте их навыкам решения проблем, помогайте расширять социальные контакты так, чтобы это не отталкивало людей, помогайте им искать более подходящие способы решения задачи IV, оставаться в таких отношениях, которые не основывались бы на боли, и помогайте продолжать жизнь без умершего.

Сила Эго: САМОУВАЖЕНИЕ И САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ

При столкновении со смертью всем людям приходится задуматься о собственной ценности и своей способности влиять на то, что с ними происходит. Иногда чья-то смерть бросает вызов самоуважению и самоэффективности человека, затрудняя внутреннюю готовность к решению задачи III (Haine, Ayers, Sandler, Wolchik & Weyer, 2003; Reich & Zautra, 1991). Это особенно касается тех случаев, когда давний негативный собственный образ компенсировался супругом. Если супруг умирает, такая серьезная утрата может воскресить этот скрытый негативный образ (Horowitz, Wilner, Marmar & Krupnick, 1980). Самоэффективность – другой компонент силы Эго. Это понятие подобно понятию локуса контроля Дж. Роттера и подразумевает, насколько человек верит в то, что он контролирует происходящее в своей жизни. Такой медиатор, как предсказуемость, для некоторых людей становится решающим фактором, который определяет, почувствуют ли они себя бессильными и ничего не контролирующими. Бенайт, Флорес и Таширо (Benight, Flores & Tashiro, 2001) обнаружили, что те пожи-

лые вдовы, у которых было более сильное ощущение самоэффективности, чувствовали себя более благополучными эмоционально и духовно; их физическое здоровье также было лучше. В гарвардском исследовании переживания утраты детьми самоуважение и самоэффективность были важными ресурсами в опыте детей, которые лучше всего адаптировались к смерти родителя (Worden, 1996). Команда Хэйна (Haine, et. al., 2003) в своем исследовании детей, переживающих горе (в Аризоне), также обнаружила, что локус контроля и самоуважение являются важными факторами совладания со стрессом (самоуважение в большей степени, чем самоэффективность). Бауэр и Бонанно (Bauer & Bonanno, 2001) обнаружили тесную связь между самоэффективностью и психологическим здоровьем; самоэффективность оказалась предвестником меньшего переживания горя по прошествии времени в группе овдовевших супругов. Эффективность была особенно полезна при оказании помощи горюющим в выполнении задачи III: в поиске смысла утраты и формировании новых структур идентичности.

Внутренняя картина мира: убеждения и ценности

Каждый из нас имеет некоторые предположения о том, насколько этот мир к нам благосклонен и насколько он имеет смысл (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991). Некоторые смерти больше, чем другие, бросают вызов нашим представлениям о мире, вызывая духовный кризис у человека, который не уверен в том, что истинно и что хорошо. Когда это происходит, духовная адаптация (часть задачи III) затрудняется. Я работал с несколькими матерями, чьи маленькие дети, игравшие во дворе, подверглись нападению (во многих случаях бандитскому) и были убиты. Эта бессмысленная гибель детей стала для матерей причиной кризиса, поколебав их веру в предсказуемость мира и место в нем Бога. С другой стороны, некоторые взгляды на мир могут выполнять защитную функцию, позволяя людям включить трагедию в систему их взглядов. Люди, которые твердо верят, что все происходящее – часть более масштабного плана Бога, демонстрируют меньший дистресс после смерти супругов, чем те, кто не имеет подобных убеждений (Wortman & Silver, 2001). Вера в посмертное воссоединение навеки с умершим также может выполнять защитную функцию (Smith, Range & Ulmer, 1991-1992).

МЕДИАТОР 6. СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕМЕННЫЕ

Горевание – социальный феномен, и потребность горевать вместе с другими людьми может быть важной. Степень социальной и эмоциональной поддержки окружающих смягчает неблагоприятное воздействие всякого стресса, включая стресс, испытываемый горюющими (Juth, Smyth, Carey, & Lepore, 2015; Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991; Sherkat & Reed, 1992; Stroebe et al., 1999). Даже хозяева домашних животных демонстрировали меньше симптомов горя, чем те, у кого не было домашних животных (Akiyama, Holtzman & Britz, 1986). Большинство исследований показывают, что те, кто получают неадекватную или противоречивую социальную поддержку, справляются с утратой хуже. Одна из трудностей, связанных с социальной поддержкой, заключается в том, что, хотя она может быть оказана сразу после смерти и недолго после нее, спустя некоторое время (от полугода до года), когда человек начинает осознавать, что он потерял вместе с умершим, люди, присутствовавшие на похоронах, возможно, уже недоступны. А если они и находятся рядом, то уговаривают его просто закончить с этим и жить дальше.

Штребе, Шут и Штребе (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005) рассмотрели четыре лонгитюдных исследования, в которых изучалась связь между социальной поддержкой и депрессией в течение двух лет после смерти близкого человека. Это было тюбингенское лонгитюдное исследование утраты (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin & Schut, 1996), исследование изменений в жизни пар старческого возраста (Cart, House, Kessler, Nesse, Sonnega & Wortman, 2000), изучение родителей детей, умерших насильственной смертью (Murphy, 2000), и изучение копинга у людей, склонных к навязчивым размышлениям (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Во всех четырех исследованиях те, кто получал больше социальной поддержки, имели более низкие показатели депрессии в каждый фиксируемый момент времени. Тем не менее ни одно исследование не показало, что социальная поддержка ускоряет или облегчает адаптацию к потере. Хотя знание о возможности обращения за поддержкой к друзьям и членам семьи может смягчить удар, наносимый утратой, это не обязательно ускоряет процесс горевания. Далее перечислены важные социальные медиаторы:

- 1. Удовлетворенность поддержкой.** Восприятие горюющим социальной поддержки и удовлетворенность этой поддержкой важнее, чем ее доступность. В исследовании приводится много примеров, когда поддержка была доступна, но человек определял ее как неудовлет-

ворительную. Социальная интеграция, время, проводимое с другими людьми, и использование социальной поддержки (когда другим можно довериться) – это два измерения степени удовлетворенности социальной поддержкой (Aoun et al., 2015; Sherkat & Reed, 1992).

2. **Вовлеченность в социальные роли.** Было обнаружено, что различные социальные роли влияют на адаптацию к смерти. Люди, которые играют больше социальных ролей и чьи роли более разнообразны, думается, адаптируются к утрате успешнее других. Некоторые из ролей, включенных в исследование, – родитель, сотрудник организации, друг, родственник. Также рассматривалось участие в жизни сообщества, членство в религиозных и политических группах (Hershberger & Walsh, 1990; M. Stroebe et al., 2013).
3. **Ресурсы религии и этнические традиции.** Каждый из нас принадлежит к различным социальным субкультурам, включая этнические и религиозные. Они задают нашему поведению общее направление и определяют ритуалы. Например, у ирландцев траур проходит не так, как у итальянцев; у старых янки также есть свои обычаи, связанные с трауром. В иудаизме часто соблюдается шива – период в 7 дней, когда семья остается дома, а друзья и родственники приходят, чтобы горевать вместе с ними. За этим следуют другие ритуалы, такие как посещение синагоги и снятие покрывала с памятника по прошествии года. У католиков свои погребальные обряды, как и у протестантов. Чтобы верно предсказать, как человек будет оплакивать умершего, нужно иметь представление о его социальной, этнической и религиозной принадлежности. До сих пор неизвестно, в какой степени участие в ритуалах влияет на переживание утраты. Сам собой напрашивается вывод о том, что это полезно, но здесь требуются исследования.

Последний аспект, который следует упомянуть в числе социальных медиаторов, – та вторичная выгода, которую получает скорбящий. Оставшийся в живых может получить много выгоды благодаря своему положению в социальном окружении, и этот фактор тоже может повлиять на длительность процесса горевания. Однако затянувшееся горе может иметь обратный эффект и оттолкнуть социальное окружение.

При обсуждении социальных медиаторов важно не упустить значение кросс-культурных различий. Розенблатт (Rosenblatt, 2008) напоминает нам, что никакое представление о горе не будет свободно от культуры. Концепции этой книги основаны на культуре, настолько, насколько я обладаю зна-

ниями и результатами исследований. Мы склонны предполагать, что наша культура, наш язык, концепция человеческой природы и жизненный опыт распространяются на всех людей. Но это не так. Культура создает, оказывает влияние, формирует и ограничивает наше понимание и переживание горя. Понимание комплекса запутанности культуры и горя поможет нам лучше поддерживать горюющих людей из разных культур.

МЕДИАТОР 7. СОПУТСТВУЮЩИЕ УТРАТЫ И СТРЕССЫ

К другим факторам, влияющим на переживание утраты, относятся изменения и кризисы в жизни, сопутствующие смерти. Некоторые изменения неизбежны, но есть люди и семьи, которые после смерти одного из членов переживают особенно масштабные нарушения (вторичные утраты), включая серьезные изменения в материальном положении. В процессе гарвардского исследования переживания утраты детьми было выяснено, что те родители, в чьей жизни в связи со смертью мужа/жены произошло больше всего критических изменений (согласно опроснику событий в жизни семьи), переживали самый высокий уровень депрессии, а их дети хуже функционировали в течение следующих двух лет (Worden, 1996).

Особого внимания заслуживают люди, обладающие ограниченными экономическими ресурсами, которые испытывают большую финансовую нагрузку, связанную со смертью. Часто это относится к случаям, когда погибает главный кормилец. На экономическое состояние часто оказывает влияние социоэкономический классовый статус. Низкий уровень образования членов семьи может вызвать ограничения в ознакомлении с медицинской терминологией, что затруднит понимание и возможность обсуждения способов оказания медицинской помощи их любимым в конце жизни (Neymeyer & Burke, 2017)

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ: ПОВЕДЕНИЕ ГОРЮЩЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МНОЖЕСТВОМ ФАКТОРОВ

Здесь я хочу вас кое о чем предупредить. Существует тенденция упрощения решающих факторов и медиаторов горевания, особенно в исследованиях. Например, можно рассматривать влияние внезапной насильственной смерти на возникновение депрессии у оставшегося в живых или исследовать воспринимаемую и получаемую социальную поддержку как сопутству-

ющие факторы. Но такое исследование упускает из вида важные факторы отношений, такие как нюансы привязанности, личные навыки копинга, способность найти в трагедии смысл и многие другие медиаторы в процессе горевания. Поведение горюющего полидетерминировано – это нужно помнить и клиницисту, и исследователю.

В последнее время проявлялся интерес к мифам, связанным с утратой и копингом. Уортман и Силвер (Wortman & Silver, 2001) оспаривают предположение о том, что утрата приводит к сильному дистрессу и депрессии. Любой опытный клиницист знает, что так бывает с некоторыми людьми, но у других людей этого нет. На уровень дистресса явно влияют различные медиаторы процесса горевания. Уортман и Силвер (Wortman & Silver, 2001) соглашаются, что эти медиаторы должны учитываться: *«Важно идентифицировать факторы, которые могут привести некоторых людей к выражению негативных чувств после смерти близкого. Во-первых, те, кто испытывает больше негативных чувств, с большей вероятностью будут их выражать. Некоторые люди могут страдать от потери больше других по разным причинам, включая близость и силу привязанности к умершему, то, как он умер, и то, насколько смерть пошатнула существовавшие прежде представления о себе и о мире... Некоторые виды потери, такие как гибель ребенка по вине пьяного водителя, труднее проработать, чем, например, смерть любимого, но уже пожилого супруга»* (с. 423).

КОГДА ЗАВЕРШАЕТСЯ ГОРЕВАНИЕ?

Спрашивать, когда горевание можно считать законченным, все равно что спрашивать: «Наверху – это насколько высоко?» Готового ответа нет. Боулби (Bowlby, 1980) и Паркс (Parkes, 1972) считают, что горевание завершается, когда человек заканчивает прохождение фазы восстановления. На мой взгляд, процесс горевания кончается, когда решены все его задачи. Мы не можем назвать конкретную дату. В литературе, посвященной переживанию утраты, предпринимались попытки обозначить сроки: через четыре месяца, через год, через два года или никогда. Я сомневаюсь, что при потере близкого родственника года достаточно для полного решения задач горевания, а 2 года – это во многих случаях слишком долго.

Одна из примет того, что горевание приближается к завершению, – способность человека думать об умершем, не испытывая боли. Думать о том, кого вы любили и потеряли, всегда будет грустно, но теперь это другая грусть: она уже не так болезненна, как раньше. Человек может думать

об умершем без физических проявлений, таких как рыдания или ощущение сдавливания в груди. Также горевание можно считать законченным, если человек вновь может вкладывать себя и свои эмоции в жизнь и в свои занятия.

Тем не менее есть люди, у которых процесс горевания не кончается никогда. Боулби (Bowlby, 1980) цитирует слова одной вдовы на седьмом десятке, которая сказала: *«Горе никогда не проходит. Просто со временем его приступы становятся реже»* (с. 101). Большинство исследований показывают, что меньше половины женщин, потерявших мужей, через год возвращаются в свое прежнее состояние. Шухтер и Зизук (Shuchter & Zisook, 1986) обнаружили, что через два года большинство вдов и вдовцов нашли *«маленькую частицу стабильности ...утверждая новую идентичность и находя направление в своей жизни»* (с. 248). Исследования Паркса (Parkes, 2001) показывают, что вдовам для достижения стабильности в жизни может потребоваться 3-4 года. Одно из главных образовательных правил в консультировании горя – предупредить клиентов, что горевание это длительный процесс и что по завершении горевания человек будет не таким, как до его начала. Консультант может даже сказать горюющему, что, хотя процесс горевания идет вперед, оно не проходит линейно: горе может возникать вновь и вновь, и с ним снова и снова нужно работать. Одна вдова, потерявшая также и взрослого сына, сказала мне после длительного и болезненного периода горевания: *«Мои ожидания обмануты. Теперь я вижу, что боль никогда не проходит полностью. Она возвращается, но теперь я лучше помню, что было в промежутках от одного возвращения боли до следующего»*. У меня есть друг, который потерял важного для него человека и чувствовал сильную боль. Вскоре после утраты он сказал мне: *«Я буду рад, когда пройдут четыре недели, и это кончится»*. Отчасти моя работа с ним заключалась в том, чтобы помочь ему понять: боль продлится не четыре недели, она может не пройти и за четыре месяца. Джеффри Горер (Gorer, 1965) считает, что реакция людей на соболезнования до некоторой степени указывает на то, в какой стадии находится процесс горевания. Принятие соболезнования с благодарностью – один из верных признаков того, что человек проделывает работу горя удовлетворительно.

Горевание имеет конец, если мы имеем в виду, что у людей вновь пробуждается интерес к жизни, у них появляется надежда, они снова могут чувствовать удовольствие, они осваивают новые роли. Но в некоем другом смысле горевание никогда не кончается. Возможно, следующая цитата Зигмунда Фрейда покажется вам полезной. Он писал своему другу Бинсвангеру, потерявшему сына: *«Мы находим место для того, кого потеряли. Хотя*

мы знаем, что острое горе после утраты однажды пройдет, мы также знаем, что останемся безутешными и никогда не найдем замену. Чем бы мы ни заполнили образовавшуюся пустоту, даже если мы заполним ее полностью, это все-таки будет чем-то иным. Это единственный способ продлить любовь, от которой мы не желаем отречься» (Freud, 1961, с. 386).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- Как, по вашему мнению, должны происходить изменения в отношении к умершему или в характере привязанности к нему по мере того, как человек прорабатывает задачи горевания? Насколько это представляется важным при оказании помощи человеку, переживающему утрату?
- Взгляды автора, подтвержденные проведенными исследованиями, говорят о том, что использование таких стратегий активного эмоционального копинга, как переформулирование или рефрейминг, наиболее эффективны в работе с процессами горевания. Какие у вас есть доводы «за» или «против»?
- В разделе о стилях привязанности автор предлагает утверждение «Когда разрываются здоровые привязанности, это приводит к переживанию горя. Менее здоровые привязанности, если смерть разрывает их, приводят к чувствам гнева и вины». Какие подтверждения данному высказыванию вы наблюдали в своей работе с пациентами, переживающими утрату? Наблюдали ли вы исключения из этого правила?
- Прочитав о социальной поддержке в разделе Медиатор 6, какие вопросы вы бы задали переживающему утрату индивидууму для того, чтобы оценить доступность и качество его личной системы поддержки?
- Если этап завершения горевания так трудно определить, как вы узнаете тот момент, когда переживающему утрату индивидууму нужно порекомендовать обратиться за более глубокой поддержкой, чем та, которую в данный момент вы можете ему оказать?

ЛИТЕРАТУРА:

Addington – Hall, J., & Karlsen, S. (2000). Do home deaths increase distress in bereavement? *Palliative Medicine*, 14, 161 – 162. doi:10.1191/026921600674991350

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situations*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Akiyama, H., Holtzman, J. M., & Britz, W. E. (1986). Pet ownership and health status during bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 17, 187 – 193. doi:10.2190/8JWU – Q6JT – LL3P – MWW8 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Aoun, S. M., Breen, L. J., Howting, D. A., Rumbold, B., McNamara, B., & Hegney, D. (2015). Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. *PLoS One*, 10(3) e0121101. doi:10.1371/journal.pone.0121101

Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 49, 197 – 215. doi:10.2190/P4TT – J3BF – KFDR – 5JB1

Bauer, J. J., & Bonanno, G. A. (2001). I can, I do, I am: The narrative differentiation of self – efficacy and other self – evaluations while adapting to bereavement. *Journal of Research in Personality*, 35, 424 – 448. doi:10.1006/jrpe.2001.2323

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.

Benight, C., Flores, J., & Tashiro, T. (2001). Bereavement coping self – efficacy in cancer widows. *Death Studies*, 25, 97 – 125. doi:10.1080/07481180125921

Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2002). Positive thinking in bereavement: Is it related to depression, anxiety, or grief symptomatology? *Psychological Reports*, 91, 857 – 863. doi:10.2466/pr0.2002.91.3.857

Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement – related depression and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339 – 1341. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1339

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J. Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150 – 1164. doi:10.1037//0022 – 3514.83.5.1150

Boss, P. (2000). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (Vol. II). New York, NY: Basic Books.

Bugen, L. A. (1977). Human grief: A model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 196 – 206. doi:10.1111/j.1939 – 0025.1977.tb00975.x

Byrne, G., & Raphael, B. (1999). Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed older men. *International Psychogeriatrics*, 11, 67 – 74. doi:10.1017/S1041610299005591

Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journals of Gerontology*, 55B, S197 – S207. doi:10.1093/geronb/55.4.S197

Cleiren, M. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington, DC: Hemisphere.

Currier, J., Holland, J., Coleman, R., & Neimeyer, R. (2008). Bereavement following violent death: An assault on life and meaning. In R. G.

Stevenson & G. R. Cox (Eds.), *Perspectives on violence and violent death* (pp. 177 – 202). New York, NY: Routledge.

Doka K. (Ed). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.

Doka, K. (Ed.) (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.

Doka, K. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 223 – 240). Washington, DC: American Psychological Association.

Doka, K., & Martin, T. (2010). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn* (Rev. ed.). New York, NY: Routledge.

Donnelly, E. F., Field, N. P., & Horowitz, M. J. (2000). Expectancy of spousal death and adjustment of conjugal bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 42, 195 – 208. doi:10.2190/9316 – UGCT – 6B2C – NTQE

Eisma, M., Schut, H., Stroebe, M., Boelen, P., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three – wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 163 – 180. doi:10.1111/bjc.12067

Field, N. (2006). Unresolved grief and continuing bonds: An attachment perspective. *Death Studies*, 30, 739 – 756. doi:10.1080/07481180600850518

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care* (pp. 563 – 584). Washington, DC: American Psychological Association.

Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Metaanalysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123 – 151. doi:10.1207/S15327957PSPR0602_03

Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment – related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30, 878 – 890. doi:10.1177/0146167204264289

Freud, E. L. (Ed.). (1961). *Letters of Sigmund Freud*. New York, NY: Basic Books.

Gamino, L., Sewell, K., & Easterling, L. (2000). Scott and White Grief Study – Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24, 633 – 660. doi:10.1080/07481180050132820

Gomes, B., Calanzani, N., Koffman, J., & Higginson, I. (2015). Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population – based study. *BMC Medicine*, 13, 1 – 14. doi:10.1186/s12916-015-0466-5

Gorer, G. D. (1965). *Death, grief, and mourning*. New York, NY: Doubleday.

Goss, R., & Klass, D. (2005). *Dead but not lost: Grief narratives in religious traditions*. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.

Guarnaccia, C., Hayslip, B., & Landry, L. P. (1999). Influence of perceived preventability of the death and emotional closeness to the deceased: A test of Bugen’s model. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 39, 261 – 276. doi:10.2190/XU27-A7X3-JAVW-P15Y

Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., Wolchik, S., & Weyer, J. (2003). Locus of control and self – esteem as stress – moderators or stressmediators in parentally bereaved children. *Death Studies*, 27, 619 – 640. doi:10.1080/07481180302894

Hayslip, B., Jr., & Peveto, C. A. (2005). *Cultural changes in attitudes toward death, dying and bereavement*. New York, NY: Springer Publishing.

Hershberger, P. J., & Walsh, W. B. (1990). Multiple role involvements and the adjustment to conjugal bereavement: An exploratory study. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 22, 91 – 102. doi:10.2190/K8D3-NTBT-KTMF-58CB

Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). *Pathological*

grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157–1162. doi:10.1176/ajp.137.10.1157

Juth, V., Smyth, J. M., Carey, M. P., & Lepore, S. J. (2015). Social constraints are associated with negative psychological and physical adjustment in bereavement. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7, 129–148. doi:10.1111/aphw.12041

Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. In A. H. Kutscher (Ed.), *Death and bereavement* (pp. 27–54). Springfield, IL: Thomas.

Kosminsky, P., & Jordan, J. (Eds.). (2016). *Attachment-informed grief therapy: The clinician's guide to foundations and applications*. New York, NY: Routledge.

Krupp, G., Genovese, F., & Krupp, T. (1986). To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement. *Journal American Academy of Psychoanalysis*, 14, 337–348. doi:10.1521/jaap.1.1986.14.3.337

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing.

Lund, D. A. (2001). *Men coping with grief*. Amityville, NY: Baywood Publishing.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. Greenberg, D. Cecchetti, & E. Cummins (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry... women do: Transcending gender stereotypes of grief*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

McNutt, B., & Yakushko, O. (2013). Disenfranchised grief among lesbian and gay bereaved individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7, 87–116. doi:10.1080/15538605.2013.758345

Meier, A. M., Carr, D. R., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2013). Attachment anxiety and avoidance in coping with bereavement: Two studies. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 315–334. doi:10.1521/jsep.2013.32.3.315

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 53–152). Washington, DC: American Psychological Association.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2008). An attachment perspective on bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe

(Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 87 – 112). Washington, DC: American Psychological Association.

Moore, R. (2011). The stigmatized deaths in Jonestown: Finding a locus for grief. *Death Studies*, 35, 42 – 58.

Murphy, S. (2000). The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Studies*, 24, 585 – 602. doi:10.1080/07481180050132794

Neimeyer, R., & Burke, L. (2017). What makes grief complicated? Risk factors for complicated bereavement. In K. Doka & A. Tucci (Eds.), *When grief is complicated* (pp. 73 – 94). Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Neimeyer, R., Klass, D., & Dennis, M. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38, 485 – 498. doi:10.1080/07481187.2014.913454

Nolen – Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 545 – 562). Washington, DC: American Psychological Association.

Nolen – Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality & Social Psychology*, 72, 855 – 862. doi:10.1037/0022 – 3514.72.4.855

Nolen – Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61, 115 – 121. doi:10.1037/0022 – 3514.61.1.115

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.

Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (2015). *Death and bereavement across cultures* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.

Paul, N., & Grosser, G. H. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. *Community Mental Health Journal*, 1, 339 – 345. doi:10.1007/BF01434390

Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613 – 645). Washington, DC: American Psychological Association.

Reich, J. W., & Zautra, A. J. (1991). Experimental and measurement approaches to internal control in at – risk older adults. *Journal of Social Issues*,

47, 143 – 158.

Rosenblatt, P. (2008). Grief across cultures. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207 – 221). Washington, DC: American Psychological Association.

Rynearson, E. (2006). *Violent death*. New York, NY: Routledge.

Rynearson, E., Schut, H., & Stroebe, M. (2013). Complicated grief after violent death: Identification and intervention. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 278 – 292). New York, NY: Routledge.

Schenck, L., Eberle, K., & Rings, J. (2016). Insecure attachment styles and complicated grief severity: Applying what we know to inform future directions. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73, 231 – 249. doi:10.1177/0030222815576124

Schnider, K., Elhai, J., & Gray, M. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 344 – 350. doi:10.1037/0022 – 0167.54.3.344

Schut, H., Stroebe, M., de Keijser, J., & van den Bout, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of grief counseling. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 63 – 72. doi:10.1111/j.2044 – 8260.1997.tb01231.x

Schwartzberg, S. S., & Janoff – Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270 – 288. doi:10.1521/jscp.1991.10.3.270

Shapiro, E. R. (1994). *Grief as a family process*. New York, NY: Guilford Press.

Sherkat, D. E. & Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self – esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259 – 275. doi:10.1007/BF00286562

Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach. *Psychiatric Annals*, 16, 295 – 305. doi:10.3928/0048 – 5713 – 19860501 – 09

Smith, P. C., Range, L. M., & Ulmer, A. (1992). Belief in afterlife as a buffer in suicidal and other bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 24, 217 – 225. doi:10.2190/HME4 – G1XE – 9HXL – TJ96

Sobel, H., & Worden, J. W. (1982). *Helping cancer patients cope*. New York, NY: Guilford Press.

Stillion, J., & Noviello, S. (2001). *Living and dying in different worlds*:

Gender differences in violent death and grief. *Illness Crisis & Loss*, 9, 247–259. doi:10.1177/105413730100900302

Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards–de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner oriented self–regulation among bereaved parents: The costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24, 395–402. doi:10.1177/0956797612457383

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48–66. doi:10.1037/1089–2680.9.1.48

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical Psychology Review*, 26, 133–139. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.009

Stroebe, W., Stroebe, M., & Abakoumkin, G. (1999). Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 1–12. doi:10.1002/(SICI)1099-1298(199901/02)9:1<1::AID-CASP478>3.0.CO;2-X

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70, 1241–1249.

Tubbs, C., & Boss, P. (2000). An essay for practitioners: Dealing with ambiguous loss. *Family Relations*, 49, 285–286. doi:10.1111/j.1741–3729.2000.00285.x

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1991). *Living beyond loss: Death in the family*. New York, NY: W. W. Norton.

Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1980). *Psychosocial screening and intervention with cancer patients: Research report*. Boston: Project Omega, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho Analysis*, 34, 89–97.

Worden, J. W. (1996). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73–80. doi:10.1002/(SICI)1520–6572(199624)2:4<73::AID-SESS7>3.0.CO;2-9

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 405–429). Washington, DC: American Psychological Association.

Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R., & Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85–94.

ГЛАВА 4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ГОРЯ: ФАСИЛИТАЦИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГОРЯ

Потеря значимого другого вызывает широкий спектр реакций горя. Мы уже рассматривали их как нормальные в этом случае. Большинство людей способны справиться с этими реакциями и самостоятельно решать четыре задачи горевания, таким образом адаптируясь к утрате. Тем не менее некоторые люди испытывают высокий уровень дистресса, который и приводит их к консультанту. Так как первоначальный дистресс высокого уровня – один из наиболее точных предикторов дальнейшего дистресса, он может означать, что здесь есть риск неадекватного завершения переживания утраты. В таких случаях консультирование может помочь добиться более эффективной адаптации к утрате (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005).

Я различаю консультирование горя и психотерапию горя. Консультирование предполагает помощь людям в облегчении неосложненного или нормального горя для здоровой адаптации к задачам горевания в разумных временных рамках. Термином «психотерапия горя» я обозначаю те описываемые в шестой главе специальные техники, которые используются для помощи людям с патологическими или осложненными реакциями горя.

Кому-то может показаться самонадеянным предложение консультирования тем, кто переживает острое горе. Например, Фрейд рассматривал горе как естественный процесс и написал в «Печали и меланхолии», что в него не нужно вмешиваться. Тем не менее исторически так сложилось, что в переживании горя содействие оказывают семья, религиозные организации, похоронные ритуалы и другие существующие в обществе обычаи. Сегодня мы видим, что некоторые люди, которые стремятся решать задачи горевания, могут обратиться к профессиональному консультанту, чтобы он им помог справиться с мыслями, чувствами и поведением, с которыми им трудно справиться самим. Другие, которые непосредственно не ищут помощи консультанта, могут принять предложение помощи, особенно когда им трудно самостоятельно справиться с утратой. Я рассматриваю консультирование горя как полезное дополнение к более традиционным видам фасилитации переживания горя, которые для некоторых людей могут оказаться недостаточно эффективными или недоступными. Также всегда существует риск того, что в результате формальной интервенции работника

служб психического здоровья переживание горя может показаться патологическим, но при квалифицированном консультировании этого не должно происходить.

Цели консультирования горя

Единая цель консультирования горя – помочь оставшемуся в живых адаптироваться к утрате любимого человека и быть способным приспособиться к новой реальности без него или без нее. Существуют частные цели, которые соответствуют четырем задачам горевания: (1) способствовать приятию реальности утраты; (2) помочь клиенту справиться с болью на эмоциональном и поведенческом уровне; (3) помочь клиенту преодолеть различные препятствия к повторной адаптации после утраты; (4) помочь клиенту найти способ сохранения связи с умершим, при этом чувствуя себя комфортно, заново вкладывая свою энергию в жизнь.

Кто занимается консультированием горя?

Помощь в достижении этих целей могут оказывать разные консультанты. В своей работе «Консультирование горя: как это работает?» (Parkes, 1980) Паркс выделяет три основных типа консультирования горя. Первый тип – профессиональные услуги врачей, медсестер, психологов или социальных работников, оказывающих поддержку человеку, пережившему серьезную утрату. Эти услуги могут оказываться индивидуально или в групповом сеттинге. Второй тип консультирования при переживании горя – услуги специально отобранных и обученных волонтеров, которым помогают профессионалы. Хорошим примером являются программы, в которых вдовы консультируют вдов; одна из них была запущена в Гарвардском университете в рамках программы психиатрической помощи людям по месту жительства (Silverman, 1986, 2004). Третий тип – группы самопомощи, в которых люди, переживающие утрату, помогают друг другу при поддержке профессионалов или без нее. Пример такой организации – «Сочувствующие друзья». Такие услуги тоже могут предоставляться индивидуально или в формате группового консультирования.

С появлением хосписов в США возник интересный феномен: новый интерес к помощи при переживании утраты. Если вы посмотрите на стандарты услуг хосписов, то обнаружите, что важным требованием к их комплексной программе является консультирование и поддержка семей, члены

которых умирают в хосписах, а также затронутых утратой лиц из ближайшего окружения (Beresford, 1993; Connor, 2017; Worden 2002). Хотя услуги хосписов простираются в диапазоне от отделений паллиативного лечения и отдельных лечебных учреждений до программ сопровождения на дому, но каким бы ни был сеттинг и услуги, существует общая договоренность о том, что комплексное сопровождение завершения жизни включает работу с семьей до и после смерти пациента. Большинство программ хосписов используют в консультативной работе как профессионалов, так и волонтеров.

Когда проводить консультирование горя

В большинстве случаев консультирование горя начинается не раньше, чем через неделю после похорон. Обычно в первые двадцать четыре часа обращаться к консультанту слишком рано, кроме тех случаев, когда консультирование оставшегося в живых началось до этой смерти. Человек, переживающий утрату, находится в состоянии оцепенения или шока и не готов работать со своим смятением. В некоторых случаях, когда о надвигающейся смерти известно заранее, консультант может предварительно начать контактировать с членами семьи умирающего, затем связаться с ними вскоре после потери и примерно через неделю после похорон предложить им возможность консультирования. Но здесь тоже нет установленного порядка, и этот временной промежуток не нужно рассматривать как твердое правило. В действительности это зависит от обстоятельств смерти, от роли и сеттинга консультирования в конкретном случае. В нашей исследовательской работе в Гарварде мы обнаружили, что в среднем человеку, переживающему тяжелую утрату, нужно от трех до четырех месяцев для того, чтобы осознать все то, что они потеряли в результате смерти партнера (Parkes & Weiss, 1983; Worden, 1996)

Где следует проводить консультирование горя?

Консультирование горя может (но не обязательно должно) проводиться в профессиональном офисе. Я занимался консультированием горюющих в разных местах: на территории больницы, включая больничный сад и другие неформальные места. Один из вариантов сеттинга, который может эффективно использоваться, – на дому у клиента. Консультанты, работающие с переживающими горе, могут обнаружить, что это – самое подходящее место для их интервенций. Паркс (Parkes, 1980) согласен с этим и пишет: «Телефонные контакты и консультации в офисе не заменят посе-

шения на дому» (с.5). Даже если консультант захочет прояснить с клиентом контракт, цели и задачи их взаимодействия, это не обязательно означает, что их встречи должны состояться в формальном сеттинге офиса. Но, с другой стороны, для терапии горя лучше подходит не домашняя или неформальная обстановка, а профессиональный сеттинг.

Для кого предназначено консультирование горя?

Есть три основных подхода к консультированию переживающих утрату, мы можем назвать их «три философии». Первая философия предполагает, что такое консультирование предлагается всем, кто переживает утрату, связанную со смертью, особенно тем семьям, в которых смерть унесла ребенка или родителя. Эта философия основана на предположении, что смерть – очень травматичное событие для всех, кого она коснулась, и поэтому консультирование нужно предлагать всем. Это понятно, но вопрос стоимости и другие факторы делают невозможным такое универсальное предложение помощи. Более того: наши исследования показывают, что в ней нуждаются не все (Worden, 1996). Большинство людей хорошо справляются без нашей помощи. Паркс (Parkes, 1998) делает меткое замечание: «Нет свидетельств того, что консультирование принесет пользу всем переживающим утрату; напротив, исследования показывают, что людям, обратившимся за консультированием лишь по той причине, что они переживают потерю, консультирование не приносит пользы» (с. 18).

Вторая философия предполагает, что некоторые люди нуждаются в помощи в связи с переживанием утраты. Но нужно подождать, когда у них обнаружатся трудности, когда они осознают, что нуждаются в помощи, и будут ее искать. Эта философия более экономична, но в этом случае человек должен начать испытывать определенную степень дистресса, прежде чем начнет искать помощь. Тем не менее существуют свидетельства того, что люди, которые сами искали консультативной помощи, достигают в консультировании больших успехов, чем те, кому она предлагалась (Stroebe, Hansson, van den Bout, Stroebe & Schut, 2001).

Третья философия основана на модели профилактики в сфере психического здоровья. Если заранее можно предсказать, кто, вероятно, будет испытывать трудности через год-два после утраты, то мы можем что-то сделать с помощью раннего вмешательства, чтобы предотвратить плохую адаптацию. Этот подход использовался Парксом и Вайссом (Parkes & Weiss, 1983) и их коллегами в гарвардском исследовании, в котором были определены значимые признаки для идентификации вдов и вдовцов в возрасте до 45 лет,

относящихся к группе риска.

В этом проекте состояние вдов и вдовцов оценивалось через регулярные промежутки времени на протяжении трех лет после смерти супруга. Позже была идентифицирована группа людей, которые плохо справлялись через 13 месяцев и через 24 месяца, и данные, собранные вскоре после утраты, были использованы для определения важных признаков того, кто из людей относится к группе риска. Далее следует описание типичной вдовы из группы риска, согласно определению, данному в этом плодотворном исследовании. Здесь рассматриваются скорее вдовы, чем вдовцы, потому что в США они численно превосходят вдовцов в отношении 5:1. Ни одна женщина в нашем исследовании не соответствовала всем критериям принадлежности к группе риска. Это «собираемый портрет», но он дает представление о женщине, которая находится в группе риска, чтобы это можно было заметить вовремя, предложить консультирование и помочь ее горю прийти к более адекватному разрешению.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОРЮЮЩИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ГРУППЕ РИСКА

Женщина, которая не сможет справиться с переживанием утраты успешно, скорее всего, молода, с ней, вероятно, живут дети, и рядом нет близких родственников, которые могли бы поддержать ее. Она кроткая, «цепляющаяся» и чрезмерно зависит от своего мужа, либо ее отношение к умершему супругу амбивалентно, а культурное и семейное происхождение не позволяет ей выражать чувства. Смерть мужа создает в ее жизни дополнительный стресс: потерю дохода, возможный переезд, трудности с детьми, которые также пытаются приспособиться к потере. Вначале кажется, что она справляется хорошо, но постепенно подступает сильная тоска и возникает самообвинение и/или гнев. Вместо того чтобы ослабевать, эти чувства с течением времени сохраняются (Parkes & Weiss, 1983).

Идентификация вдовы или вдовца, относящихся к группе риска, было также предпринято Беверли Рафаэл в другом знаковом исследовании. Наблюдая вдов и вдовцов в Австралии, Рафаэл (Raphael, 1977) обнаружила, что следующие характеристики являются значимыми предикторами того, что через год-два этот человек не будет удовлетворительно справляться с ситуацией:

1. Высокий уровень ощущаемого отсутствия поддержки в социальном окружении во время кризиса.
2. Умеренный уровень ощущаемого отсутствия поддержки в социальном окружении в ответ на кризис, связанный с утратой, в сочетании с особенно травматичными обстоятельствами смерти.
3. В высшей степени амбивалентные предшествующие отношения с умершим супругом, травматичные обстоятельства смерти, любые неудовлетворенные нужды.
4. Наличие в жизни сопутствующего кризиса.

В институте Кларка в Торонто Шелдон, Кокрэн, Вэйкон, Лайэл, Роджерс и Фримэн (Sheldon, Cochrane, Vachon, Lyall, Rogers & Freeman, 1981) обнаружили, что в группе из 80 вдов четыре вида предикторов были важны для объяснения приспособления к утрате. Эти четыре группы – социодемографические переменные, личностные факторы, переменные социальной поддержки и значение смерти как события. Среди них социодемографические факторы – молодость и происхождение из низких социальных слоев – рассматривались как сильнейшие предикторы последующего дистресса.

В гарвардском исследовании детей, переживших утрату, мы рассматривали предикторы высокого уровня дистресса у овдовевших мужчин и женщин, оставшихся с детьми школьного возраста. К моменту наступления первой годовщины после утраты наибольший дистресс переживали те женщины, для которых эта смерть оказалась неожиданной и которые также переживали высокий уровень стресса и дистресса в течение четырех месяцев после смерти мужа. Это были те, у кого в семье больше детей до 12 лет и у кого в жизни произошло больше всего значительных изменений и стрессовых событий в первые месяцы после потери (Worden, 1996).

Прогностический метод можно применять не только к супругам, но и к другим членам семьи. Паркс и его коллеги (Parkes et al, 1983) в хосписе Св. Христофора в Англии использовали индекс риска при переживании утраты с восьмью переменными для идентификации членов семей, более других нуждающихся в поддержке. Если несколько из этих факторов присутствуют в течение четырех недель после смерти члена семьи, то человек определяется как нуждающийся в интервенции. Это следующие факторы:

1. Много маленьких детей в семье.
2. Низкий социальный класс.
3. Недостаточная занятость или отсутствие занятости.
4. Высокий уровень гнева.

5. Высокий уровень тоски.
6. Высокий уровень самообвинений.
7. Нехватка отношений в настоящее время
8. Согласно оценке эффективности копинга, человек нуждается в помощи.

Киссан и его коллеги (Kissan & Bloch, 2002; Kissan & Lichtenthal, 2008; Kissan et al., 2006) разработали Индекс рисков переживания тяжелой утраты для выявления семей или членов семей, имеющих низкий уровень адаптации к утрате близкого. Бэквит, Бэквит, Грей, Микско, Холм, Пламмер и Фла (Beckwith, Beckwith, Gray, Micsko, Holm, Plummer & Flaa, 1990) использовали те же самые предикторы в своем хосписе в Северной Дакоте и обнаружили, что люди, находившиеся в группе риска в первый год после смерти супруга, были моложе других, дети в их семьях были младше, их социально-экономический статус ниже, они имели меньше близких отношений и пережили снижение доходов.

Было бы хорошо иметь единый набор предикторов, подходящий для любой популяции переживающих утрату. Но все не так просто. Бывают совпадения, но то, что предсказывает осложненное переживание утраты в одной популяции, может отличаться от того, что предсказывает трудности в другой. Клиницисты, желающие использовать метод предсказания, должны проводить тщательные описательные исследования, производя измерения в начальном периоде переживания утраты, а затем через установленные промежутки времени повторять их с людьми, с которыми не применяются интервенции, чтобы увидеть, являются ли эти показатели лучшими предикторами последующих трудностей. Предикторы следует выбирать в соответствии с важными медиаторами горевания, перечисленными в третьей главе. Мы использовали такой подход в изучении детей школьного возраста, потерявших родителей. Проводя это лонгитюдное исследование, мы идентифицировали детей, которые плохо справлялись с утратой по прошествии двух лет после смерти родителя. Используя информацию, полученную от этих детей и их семей вскоре после смерти родителя, мы создали очень точный инструмент для ранней идентификации таких детей, позволяющий применять ранние интервенции. Этот инструмент и историю его создания вы найдете в моей книге (Worden, 1996).

В попытке разработать концепцию осложненного переживания тяжелой утраты, Приджерсон со своими коллегами создали «Опросник осложненного горя» (the Inventory of Complicated Grief (ICG)). Он, однако, представляет собой описательный инструмент, позволяющий оценить текущее

состояние и переживания горюющего, но не является инструментом предсказания. Это больше похоже на замер температуры у пациента. Подобно использованию «Техасского обновленного опросника горя» (the Texas Revised Grief Inventory (TRGI)) или «Контрольного списка реакций горя Хогана» (the Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC)) для одновременной оценки. ICG, однако, отчасти выполняет и предсказывающую функцию в исследованиях, которые показывают, что есть значительная корреляция между ранними показателями горюющего и показателями, зафиксированными в более позднее время, особенно, когда не происходило никаких интервенций. С помощью таких инструментов можно на ранних стадиях определить горюющих с высокой степенью риска и предложить им помощь для того, чтобы предотвратить ухудшение показателей на более поздних этапах.

Принципы и процедуры консультирования

Какой бы ни была наша философия консультирования горя и каким бы ни был сеттинг, существуют конкретные принципы и процедуры, которые помогают идентифицировать горюющего человека, нуждающегося в интервенции. Следующие указания помогут консультанту оказать помощь клиенту в работе над ситуацией острого горя и достижении хорошей адаптации.

Принцип 1.

Помогите оставшемуся в живых полностью осознать утрату

Когда теряют значимого человека, даже если что – то и предвещало смерть, всегда остается некое ощущение нереальности произошедшего, чувство, что на самом деле этого не случилось. Поэтому первая задача горевания – прийти к более полному осознанию того, что утрата действительно произошла, что близкий человек умер и не вернется. Оставшиеся в живых должны признать реальность произошедшего, прежде чем они смогут работать с чувствами, вызванными утратой.

Как помочь клиенту осознать потерю? Один из лучших способов помочь оставшимся в живых – говорить с ними об утрате. Этот разговор может инициироваться консультантом. Где произошла смерть? Как это случилось? Кто рассказал вам об этом? Где вы были, когда услышали об этом? Как прошли похороны? Что говорилось во время церковной службы? Все эти вопросы направлены на то, чтобы помочь человеку говорить конкретно об обстоятельствах, связанных с этой смертью. Многим людям нужно

мысленно повторять это снова и снова, просматривать события, связанные со смертью, до тех пор, пока не будет достигнуто полное осознание того, что это действительно случилось. Этот процесс может занять некоторое время. В течение нашего исследования многие вдовы говорили, что им требовалось до трех месяцев, чтобы по-настоящему понять произошедшее и наконец поверить, что муж умер и не вернется. Важность разговора об утрате признается и Шекспиром в пьесе «Макбет»:

«Волю дай

Отчаянью. Та скорбь, что не рыдает,

Закравшись в душу, сердце разрывает»

Посещение места захоронения или того места, где погребены или находятся останки, также может привести к осознанию реальности утраты. Узнайте у клиентов, посещают ли они могилу и что это значит для них. Если они не посещают могилу, спросите, что они думают о ее посещении. Посещение могил основывается на культурных традициях и правилах, но оно также дает нам представление о том, каково состояние человека в данный момент для выполнения задачи I. Некоторых людей следует подтолкнуть к посещению могилы; это будет частью совершаемой ими работы горя. Это следует делать осторожно и тактично, а также с учетом уместности такого предложения в данный момент.

Консультант может быть терпеливым слушателем и продолжать поощрять человека к разговору об утрате. Во многих семьях, когда вдова упоминает о смерти, ей на это отвечают: «Не говори мне о том, что произошло. Я знаю, что произошло. Зачем ты сама себя мучаешь, говоря об этом?» Члены семьи могут не понимать, что она нуждается в разговоре об этом, что этот разговор помогает ей лицом к лицу встретиться с реальностью этой смерти. Консультант проявляет больше терпения, чем ее семья, и может способствовать развитию осознания утраты и ее влияния, помогая клиенту вербализовать воспоминания об умершем, как недавние, так и прошлые.

Принцип 2.

ПОМОГИТЕ ОСТАВШЕМУСЯ В ЖИВЫХ ОПРЕДЕЛИТЬ И ПЕРЕЖИТЬ ЕГО ЧУВСТВА

В первой главе я обозначил ряд чувств, которые люди испытывают в период горевания; многие из них могут быть названы негативными. Из-за того, что они болезненны и неприятны, многие из них могут не распознаваться оставшимся в живых или не переживаться с той интенсивностью, которая требуется, чтобы они могли разрешиться. Часто клиенты прихо-

дят к нам, потому что хотят немедленно избавиться от боли. Они хотят получить такую пилюлю, которая помогла бы облегчить страдания. Помочь им принять эту боль и работать с ней – основная часть нашей интервенции. Некоторые чувства для оставшегося в живых наиболее проблематичны. Это гнев, вина, тревога, беспомощность и одиночество.

Гнев

Когда умирает тот, кого вы любите, чувствовать гнев достаточно типично. «Что мне помогало, так это неравнодушные люди, которые слушали меня, пока я просто рвал и метал», – сказал мне один мужчина чуть старше двадцати, чья жена умерла. Я предположил, что гнев, возможно, происходит из двух источников: из фрустрации и регрессивного переживания своей беспомощности. Каким бы ни был источник, многие люди действительно чувствуют сильный гнев, но не всегда понимают, что они злятся на умершего. Злость реальна, и она должна быть куда-то направлена; так что если она не направлена на умершего (реальный объект гнева), то она перенаправляется на других людей: врача, медицинский персонал, на организатора похорон, на священника или члена семьи (Cerney & Buskirk, 1991).

Если гнев не направлен прямо на умершего и не смещен на кого-то другого, то человек может направить его против самого себя и переживать его как депрессию, вину или сниженную самооценку. В крайних проявлениях обращенный на себя гнев может привести к суицидальным мыслям или суицидальному поведению. Компетентный консультант, работающий с переживанием горя, всегда проявит интерес к наличию суицидальных мыслей. Простой вопрос, например: «Было ли вам так плохо, что вы задумывались о причинении вреда самому себе?», скорее приведет к благоприятным результатам, чем подтолкнет к саморазрушительным действиям. Суицидальные мысли не всегда означают направленный на себя гнев. Они могут также происходить из желания воссоединиться с умершим.

Иногда гнев происходит от сильнейшей боли, переживаемой в период горевания, и консультант может помочь клиенту соприкоснуться с этой болью. Но большую часть времени говорить о гневе непродуктивно. Например, во многих случаях, если спросить: «Вы сердитесь из-за того, что он умер?», человек вам ответит: «Как я могу сердиться из-за того, что он умер? Он не хотел умереть. У него случился сердечный приступ». Или же люди ответят вам так, как одна вдова, с которой я работал: «Как я могу сердиться? Он был активным членом христианской общины. Он твердо верил в загробную жизнь, и сейчас ему намного лучше». Но дело в том, что ей самой теперь стало намного хуже. Он оставил ее

с беспокойством о многих проблемах, заботах и тревогах, и нам не понадобилось глубоко копать, чтобы обнаружить источник сильнейшего гнева на него за то, что он умер и оставил ее со всеми этими проблемами.

Некоторые люди не признают гнев, пока вы не спросите об этом прямо. Либо они не отдают себе отчета в этом чувстве на сознательном уровне, либо они верны принятому в культуре запрету плохо отзываться об умершем. Одна непрямая техника, которую я считаю благотворной в таких случаях, – использование ключевого слова «скучать». Я иногда спрашиваю оставшегося в живых: «О чем, связанном с этим человеком, вы сейчас скучаете?». И тогда человек в ответ приведет вам целый список того, что часто может вызвать у него печаль и слезы. Через некоторое время я спрошу: «А о чем в этом человеке вы не тоскуете?» За этим обычно следует пауза и удивленный вид, а потом человек говорит что-то вроде: «Ну, я никогда не думала об этом так, но теперь, когда вы спрашиваете, я скажу. Я не тоскую о том, что он так много пил и вовремя не приходил домой к ужину», и еще многое другое. Тогда клиент начинает признавать, что испытывает и некоторые негативные чувства. Важно не оставлять его с этими негативными чувствами, но помочь найти удачный баланс между негативными и позитивными чувствами по отношению к умершему, чтобы клиент мог увидеть: негативные чувства не исключают позитивные, и наоборот. В этом процессе консультант играет активную роль. Другое полезное слово здесь – «разочарование». Я спрашиваю: «Чем она разочаровала вас?» Очень редко бывает, чтобы в близких отношениях не было и доли разочарования. Слово «несправедливо» здесь также может оказаться полезным.

В некоторых случаях все чувства человека негативны, и тогда бывает важно помочь ему вступить в контакт с позитивными чувствами, которые существуют, даже если их меньше, чем негативных. Сохранение только негативных чувств может быть способом избегания печали, которая начинает осознаваться, когда признается значительность утраты. Признание позитивных чувств – необходимая часть процесса достижения адекватного, здорового разрешения горя. Проблема здесь не в подавлении негативных переживаний, таких как гнев, а в подавлении теплых чувств.

Майку было 23, когда его отец-алкоголик умер. Годами Майк чувствовал, что его отец плохо с ним обращался. «Он развил во мне зависимость, и я приходил к нему снова и снова за тем, чего никогда от него не получал. Когда он умер, я хотел отказаться от него». Через три года после его смерти Майк подружился с мужчиной старше него. Однажды вечером, когда он собирался уходить, этот мужчина дотронулся до него так, как дотрагивался отец, желая ему спокойной ночи. Это прикосновение пробудило очень

живое воспоминание о похоронах отца, об отце в гробу. Вместе с этим образом пришло чувство печали и осознание того, как сильно ему не хватало отцовской любви. Он пытался противиться этому чувству, говоря себе, что это не отец в его фантазии лежит в гробу, но это не помогло. Печаль пересилила. «Чем я могу объяснить, что тоскую по отцовской любви, – сказал он, придя ко мне на терапию, – если я ее никогда не получал?» В ходе нашей работы он достиг большей сбалансированности своих чувств. Постепенно он нашел разрешение своих чувств и облегчение в такой мысли: «Я любил его, а он из-за своего воспитания не мог выразить свою любовь ко мне».

Сосредоточенность только на негативных сторонах может создать для горюющих большой риск осложнений в адаптации к потере и сделать их клиентами, нуждающимися в терапии горя (Neimeyer, 2003). Нет сомнения в том, что сбалансированный взгляд является самым здоровым, и квалифицированному клиницисту необходимо его обрести. Обучаясь терапии, мы узнаем, что в интерпретации важнее всего ее своевременность. Следует быть осторожным, предлагая горюющему человеку, сосредоточенному на негативных чувствах, рассмотреть и позитивные эмоции или заключенный в утрате потенциал роста. Если сделать это слишком рано, многие горюющие люди могут почувствовать, что их не уважают и что их переживание утраты обесценивается (Gamino & Sewell, 2004).

Вина

Чувство вины после утраты может возникнуть по многим причинам. Например, оставшиеся в живых могут испытывать вину, потому что не позаботились о лучшем медицинском обслуживании. Они могут думать, что не надо было соглашаться на операцию, что надо было раньше обратиться к врачу или что они выбрали не ту больницу. Родители, чьи дети умирают, очень подвержены чувству вины из-за того, что не могли прекратить боль или предотвратить смерть. Некоторые люди чувствуют себя виноватыми, потому что они, как им кажется, недостаточно печалются. Какой бы ни была причина, в большинстве случаев эта вина иррациональна и связана с обстоятельствами смерти. Здесь консультант может помочь, потому что иррациональная вина отступает, столкнувшись с проверкой реальностью. Если человек говорит: «Я сделал недостаточно», я спрашиваю: «Что вы сделали?» И человек отвечает: «Я сделал то-то». Потом ему вспоминается что-то еще, потом еще, и он (она) скажет: «Я сделал(а) это, и это, и это». И через некоторое время клиент придет к выводу: «Возможно, я сделал(а) все что можно было в этом случае». Эта техника называется «проверка вины».

реальностью».

Однако существует и реальная вина, и с ней работать намного труднее. В некоторых случаях я использовал техники психодрамы в групповой терапии, чтобы помочь человеку проработать такую вину. Вики, молодая женщина, призналась, что в ночь смерти своего отца она решила остаться со своим молодым человеком и не была дома с семьей. Она чувствовала себя виноватой перед отцом, матерью, братом и перед самой собой. В ходе психодраматической ситуации я попросил ее выбрать участников группы на роли всех членов семьи, включая и ее саму. Затем я попросил ее вступить в контакт со всеми этими людьми, рассказать, что она сожалеет о своем поступке, и услышать ответ от каждого из них. Сессия получилась очень трогательной. Но, возможно, самым трогательным моментом стал ее конец, когда Вики обняла участницу, изображавшую ее саму. В этот момент она пережила что-то вроде внутреннего примирения и исцеления.

М. Штробе со своими коллегами (M. Stroebe, 2014) в своем длительном исследовании вины (само-обвинения и сожаления) рассматривали ее влияние на горе и депрессию. Они обнаружили, что самообвинения и не-сожаление были самыми значительными определяющими последствий горевания, но не депрессии.

Тревога и беспомощность

Люди, оставшиеся в живых после смерти близких, часто бывают очень встревожены и напуганы. Тревога является нормальной реакцией системы привязанности на разлуку с любимым человеком как у взрослых, так и у детей (Shear & Skritskaya, 2012). В значительной степени эта тревога возникает из переживания беспомощности и чувства, что они не справятся сами, что без умершего они теперь просто не выживут. Это регрессивный опыт, который обычно смягчается со временем, а также благодаря пониманию того факта, что, хотя это трудно, они могут справиться. Роль консультанта заключается в том, чтобы, используя когнитивное реструктурирование, помочь им распознать те способы, с помощью которых они справлялись до утраты, а это помогает взглянуть на тревогу и беспомощность в правильном свете.

Другой источник тревоги – рост осознания собственной смертности (Worden, 1976). Личное осознание смерти – это осознание не смерти вообще, не чьей-то чужой смерти, но своей собственной. Это нечто, что есть у каждого из нас где-то на задворках нашего сознания. Время от времени оно выступает на передний план, например, когда умирает наш ровесник или когда мы становимся свидетелями аварии на шоссе.

Большинство из нас очень слабо осознает собственную смертность. Тем не менее при потере значимого для нас человека, близкого друга или члена семьи обычно возникает высокая степень осознания нашей собственной смертности, что приводит к экзистенциальной тревоге. Консультант может повести работу в нескольких направлениях, в зависимости от клиента. С некоторыми клиентами лучше не обращаться к этой теме прямо и оставить все как есть, предполагая, что обостренное осознание смерти будет убывать и исчезнет. С другими полезно обсуждать эту тему прямо, чтобы они говорили о своих страхах и предчувствии собственной смерти. Проговаривание этих тем с консультантом может дать клиентам чувство облегчения, в то время как они делятся грузом своих забот и исследуют возможности. В любом случае консультанту следует тщательно все взвесить, чтобы решить, какой выбор является наиболее подходящим.

Печаль

Бывают случаи, когда консультанту нужно поощрять печаль и плач. Люди часто воздерживаются от плача в присутствии друзей из страха подвергнуть дружбу испытанию и, может быть, потерять ее (потому что тогда придется пережить еще одну утрату). Одна вдова слышала, как ее знакомый сказал: «Прошло три месяца. Наверняка ей уже пора собраться и выйти из этого настроения жалости к себе». Понятно, что это ей не помогло с ее печалью и не дало ей той поддержки, в которой она нуждалась.

Некоторые люди боятся, что если будут открыто плакать, то могут выглядеть недостойно или стеснять окружающих. Стелла внезапно потеряла четырехлетнюю дочь. Похороны проходили в доме ее свекра и свекрови, старых янки, вдалеке от того места, где умерла девочка. Стелла привыкла открыто выражать горе, но свекровь своим стоическим поведением на похоронах так обескуражила ее, что Стелла не только подавила свою собственную печаль, но и велела своей пожилой матери поступать так же, чтобы семья мужа не оказалась в затруднительном положении. Консультирование помогло ей увидеть ситуацию по-другому и позволить себе плакать – делать то, в чем она нуждалась и в чем себе отказывала.

Плач в одиночестве может быть полезным, но он не помогает так эффективно, как плач в присутствии человека, дающего поддержку. *«Просто плакать недостаточно. Переживающий утрату нуждается в помощи, чтобы обозначить смысл слез, и по мере продвижения работы горя... этот смысл будет меняться»* (Simos, 1979, с. 89).

Важно, чтобы консультанта не удовлетворяло только выражение сильных эмоций. В центре внимания при выполнении этой задачи должно быть

переживание аффекта, а не просто его выражение. Фактически некоторые люди, демонстрирующие бурные эмоции в первые месяцы после утраты, могут продолжать демонстрировать такие же бурные эмоции год спустя (Parkes, 2001; Wortman & Silver, 1989). Важен фокус работы. Печаль может сопровождаться осознанием того, что было утрачено, гнев следует должным образом проявить, вину следует оценить и помочь достичь ее разрешения, тревогу следует идентифицировать и помочь с ней справиться. Без такого фокуса консультант не будет эффективен, несмотря на объем и степень пробуждаемых им чувств (van der Hart, 1988). *«Помимо фокуса в этой работе необходим баланс. Переживающие утрату могут достичь некоторого равновесия, которое позволит им пережить боль, осознание утраты, одиночество, страх, гнев, вину и печаль, принять свои страдания и дать этим страданиям выход, знать и чувствовать до глубины души, что с ними случилось, и все же делать это дозированно, так, чтобы чувства их не захлестнули»* (Schwartz – Borden, 1986, с. 500).

Навыки дозирования аффекта являются очень важной частью совладания с утратой. Это и интенсивная конфронтация аффекта, и способность отойти от него на расстояние на некоторое время, чтобы затем вновь приблизиться (M. Stroebe & Schut, 1999, 2010).

Принцип 3.

СОДЕЙСТВУЙТЕ ЖИЗНИ БЕЗ УМЕРШЕГО

Этот принцип предполагает помощь людям при адаптации к утрате путем активации их способности жить без умершего и самостоятельно принимать решения. Для этого консультант может использовать подход, основанный на решении проблем, задавая следующие вопросы: какие проблемы стоят перед оставшимся в живых и как они могут быть решены? Решение проблем – один из важных навыков копинга, упомянутых в третьей главе. У некоторых людей навыки решения проблем развиты лучше, чем у других. Умерший играл разные роли в жизни оставшегося в живых, и способность адаптироваться к утрате частично определяется этим множеством ролей. Одна из ролей, важных для семьи, – принятие решений, и эта роль часто создает проблемы после смерти супруга. Во многих парах решения в основном принимает один из супругов, часто мужчина. Когда он умирает, жена может растеряться, если решения нужно принимать самой. Консультант способен помочь ей освоить навыки эффективного копинга и принятия решений, чтобы она могла взять на себя роль, которую раньше играл

ее муж, для уменьшения ее эмоционального дистресса. Онруст, Куйжперс, Смит и Болмейжер (Onrust, Cuijpers, Smit & Bohlmeijer, 2007) в своем важном исследовании заключили, что повышение мастерства должно быть одним из компонентов эффективной поддержки в уязвимом состоянии вдовствующих людей и их слабой адаптации к жизни без умершего супруга.

Другая важная роль, которой следует уделить внимание при переживании смерти одного из супругов, – это потеря сексуального партнера. Некоторые консультанты не решаются затрагивать этот важный вопрос, а другие, наоборот, могут акцентировать его до такой степени, что оставшийся в живых чувствует себя неловко. Рите, 60-летней домохозяйке, после внезапной смерти ее мужа предложили вступить в группу вдов. Благожелательный, но недостаточно компетентный консультант сказал ей, что группа поможет ей найти новые отношения и удовлетворить сексуальные потребности. Это было не то, что подавленная пожилая женщина хотела услышать, и она отказалась от работы в группе, которая могла бы дать ей хороший опыт поддержки, если бы помощь была предложена в другой форме. Способность обсуждать сексуальные переживания, включая потребность в прикосновениях и объятиях, очень важна. Консультант может предложить способы удовлетворения этих потребностей, которые соответствуют особенностям личности клиента и его ценностям. Есть люди, не имевшие никакого другого сексуального опыта кроме отношений с умершим супругом, и консультанту, возможно, придется обсуждать тревогу по поводу возможного нового сексуального опыта (Hustins, 2001).

Общий принцип заключается в том, что человеку, недавно перенесшему утрату, не следует рекомендовать серьезные жизненные изменения, такие как продажа имущества, смена места работы или профессии или усыновление детей. В период острого горя бывает трудно хорошо обдумать свое решение, поэтому велик риск неадаптивных реакций. «Не переезжайте и не продавайте вещи, потому что вам, возможно, хочется убежать. Работайте с горем в привычной обстановке», – советовала другим одна женщина во время работы группы для вдов.

Другая вдова переехала в Бостон из Нью-Йорка сразу после самоубийства ее мужа. «Я думала, что это поможет мне меньше тосковать о нем», – сказала она мне. Через год жизни в Бостоне она поняла, что это не помогает, и пришла на терапию. Один из факторов, которые она не оценила адекватно, – круг поддерживающих ее людей: он был большим в Нью-Йорке и очень незначительным в Бостоне. Предупреждая горюющих о том, что не нужно принимать скоропалительных решений по жизненно важным вопросам, будьте осторожны, чтобы не заставить клиентов испытывать беспо-

мощность. Вместо этого старайтесь показать им, что они сумеют стать способными к принятию решений и активным действиям, когда будут к этому готовы, и что не нужно принимать важные решения с единственной целью – уменьшить боль.

Принцип 4. ПОМОГИТЕ НАЙТИ В УТРАТЕ СМЫСЛ

Одна из целей консультирования горя – помочь клиентам найти смысл в смерти любимого человека. Консультанты могут облегчить этот процесс. Сам процесс может быть так же важен, как найденный смысл. Шварцберг и Халгин (Schwartzberg & Halgin, 1991) пишут: *«Тот индивидуальный способ, который человек использует для поиска смысла (такие утверждения, как «во вселенной есть некоторый духовный порядок», или «покойница слишком много пила», или «мне нужно что-то понять») могут быть менее значительными, чем сам процесс поиска. Другими словами, способность вновь приписать смысл изменившемуся миру может оказаться более важной, чем конкретное содержание, которое человек находит»* (с. 245).

Некоторые люди, которые не могут найти ответ на вопрос, почему произошла эта смерть, оказываются вовлеченными в благотворительную или политическую деятельность или заботу о других, и их деятельность бывает связана с тем, как именно умер близкий человек. Родители, чей сын-студент погиб при пожаре в доме, где он жил, создали сайт в память о нем, основали стипендию его имени и выступали за изменение процедуры проверки пожарной сигнализации по месту его жительства. В контексте события, которое представляется им нелепой и ненужной смертью, эта деятельность помогла им поверить и показать другим, что их сын умер не зря.

Найти смысл, связанный с фактом утраты, значит рассмотреть не только вопрос, «почему это произошло», но и «почему это произошло именно со мной». Как я изменился после этой утраты? Некоторые потери бросают вызов восприятию человеком самого себя, подрывая представление о том, что он – достойная личность. Это может быть иллюзией, вызванной воздействием утраты, особенно травматичной. Потеря самоуважения часто связана с потерей самооценки, и лучшая интервенция здесь – помочь человеку понять, что есть области, где его усилия по осуществлению контроля могут оказаться успешными. Это позволяет восстановить ощущение контроля.

Принцип 5.

СПОСОБСТВУЙТЕ ПОИСКУ ДРУГОГО МЕСТА ДЛЯ УМЕРШЕГО В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ГОРЮЩЕГО

Воспоминания об умершем и сам процесс запечатления в памяти долгое время был частью иудейско-христианской традиции. Во время тайной вечери Иисус дал ученикам инструкции установления некоего ритуала, сказав: «Сие творите в мое воспоминание». В пьесе «Анастасия» молодая принцесса в последний раз встречается со своей престарелой бабушкой перед поездкой в Париж. Прощаясь, бабушка подарила Анастасии игрушку и сказала: «Пожалуйста, вспоминай меня всякий раз, когда ты будешь играть этой игрушкой». Довольно часто люди, потерявшие любимых хранят памятные подарки в качестве воспоминания. Я знаю одного человека, который хранит пачку писем родителей друг другу для того, чтобы помнить о них и о том, как они друг друга любили. Память – часть процесса горевания.

Однако, часто выжившие испытывают страх, что они забудут любимого человека, которого они потеряли. Несколько клиентов делились со мной своим беспокойством о том, что они со временем забудут от умершем. Консультант может обсудить эти опасения с клиентом и помочь ему найти способы сохранить память об ушедшем с помощью предметов, ритуалов, личностных качеств и разделяемых ценностей. Фонд, который создала семья, упомянутая выше, помог ее членам не только придать смысл трагической смерти сына, но также найти способ увековечить память о нем. Особенно это становится очевидным каждую осень, когда приближается его день рождения и они обращаются к обществу с предложением поддержать работу фонда.

Способствуя перемещению образа умершего в эмоциональной сфере (emotional relocation), консультант может помочь оставшемуся в живых найти в своей жизни новое место для умершего любимого человека, чтобы это позволило оставшемуся в живых двигаться вперед и строить новые отношения. Воспоминания – один из способов постепенно забирать обратно эмоциональную энергию, направленную на умершего. Некоторых людей не нужно к этому подталкивать, но многих необходимо, и это особенно верно в случае тех, кто потерял супруга. Некоторые люди сомневаются, стоит ли создавать новые отношения, так как думают, что это обесценит память об умершем партнере. Другие колеблются, так как чувствуют, что никто никогда не сможет занять место этого человека. В некотором смысле это верно, но консультант может помочь им понять, что, хотя умершего ни-

кем не заменишь, заполнить пустоту новыми отношениями – это хорошо.

Бывают люди, которые, напротив, не колеблются, а сразу «бросаются» в новые отношения, и консультант может помочь высказав мнение о том, насколько подходящим является этот шаг. «Если бы я просто снова смогла выйти замуж, все было бы хорошо», – сказала одна вдова вскоре после смерти мужа. Часто такой шаг вовсе не является лучшим, потому что может замедлить адекватное разрешение переживания горя и с большой вероятностью привести к разводу, который станет новой потерей. Однажды я встретил человека, который нашел вторую жену на похоронах первой. Он начал ухаживать за этой женщиной, имел успех и вскоре заменил ею свою прежнюю жену. Мне это показалось довольно странным и неуместным. Когда человек бросается в новые отношения только для того, чтобы найти замену умершему, это может помочь почувствовать себя лучше, но может и помешать почувствовать всю глубину утраты. А это важно прочувствовать прежде, чем процесс горевания будет завершен. Кроме того, чтобы отношения состоялись, нового человека следует принимать и ценить таким, какой он есть.

Принцип 6.

ДАЙТЕ КЛИЕНТУ ВРЕМЯ ПОГОРЕВАТЬ

Горевание требует времени. Это процесс приспособления к миру, в котором больше нет умершего, и это процесс, развивающийся постепенно. Одним из препятствий может стать то, что члены семьи очень хотят преодолеть утрату и связанную с ней боль и вернуться к нормальной жизни. Дети иногда говорят матерям: «Ну, давай, начинай снова жить. Папа не хотел бы, чтобы ты так все время ходила из угла в угол». Они не понимают, что для приспособления к факту утраты и всего, что из него следует, требуется время. В консультировании горя консультант может помочь донести эту мысль до семьи. Она может казаться совершенно ясной, но, как ни странно, для семейного окружения не всегда очевидной.

Я заметил, что некоторые временные периоды становятся особенно трудными, и призываю тех, кто консультирует горюющих, распознавать эти критические периоды времени и контактировать с клиентом в случае, если у вас нет регулярных встреч. Один из таких моментов – три месяца после смерти. Я несколько месяцев работал с одной семьей, в которой отец боролся с раком. После его смерти я присутствовал на похоронах. Отец был священником, так что его жена и трое детей получили максимум поддержки на похоронах и после них. Тем не менее, когда я общался с женой через

три месяца, она ужасно сердилась из-за того, что никто больше не звонит и что люди ее избегают, и она смещала свой гнев на нового священника церкви, в которой служил ее муж.

Другой критический момент – до и после первой годовщины смерти. Я бы посоветовал связаться с оставшимся в живых примерно во время первой годовщины. В этот период снова всплывают все тяжелые мысли и чувства, и человек часто нуждается в дополнительной поддержке. Консультантам желательно отметить в своем календаре дату смерти и готовиться к контакту с клиентом в эти критические моменты. Многим труднее всего бывает по праздникам. Одна из эффективных интервенций в этом случае – помочь клиенту предвидеть это и заранее подготовиться. «Подумать о Рождестве прежде, чем оно наступило, было действительно полезно для меня», – сказала мне одна молодая вдова с ребенком.

Кроме того, частота ваших встреч с оставшимся в живых зависит от ваших отношений с ним и от консультативного контракта, будь он официальным или нет. Тем не менее я подчеркиваю, что горевание требует времени, и консультант должен быть готовым к тому, что его интервенции, возможно, растянутся во времени, притом что непосредственные контакты с клиентом могут быть нечастыми.

Принцип 7.

ИНТЕРПРЕТИРУЙТЕ «НОРМАЛЬНОЕ» ПОВЕДЕНИЕ

Седьмой принцип – это понимание и интерпретация нормального поведения при переживании горя. После значимой утраты людям может казаться, что они сходят с ума. Это ощущение может быть очень сильным, так как они часто испытывают и переживают нечто, выходящее за пределы их обычного опыта. Если консультант ясно представляет, что такое нормальное поведение горюющего, он может успокоить клиента, объяснив ему нормальность этого нового опыта. Редко бывает, что человек в результате утраты декомпенсируется и впадает в психоз, но такие исключения бывают. Иногда это случается, с теми, у кого ранее бывали психотические эпизоды, а также с теми, кто имеет диагноз пограничного расстройства личности. Тем не менее у людей достаточно часто возникает ощущение, что они сходят с ума, особенно те, кто не переживал большой утраты раньше. И если консультант понимает, например, что галлюцинации, повышенная отвлекаемость и навязчивые мысли об умершем – это нормально, то он может успокоить горюющего. Перечисление типичных проявлений поведения горюющего можно найти в первой главе.

Принцип 8.

ПРИНИМАЙТЕ ВО ВНИМАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Существует большое разнообразие реакций на травму. Насколько важно понимать, что не все одинаково умирают, настолько же важно не ждать, что все горюющие будут горевать одинаково. Горевание – это феномен, отражающий огромное разнообразие индивидуальных особенностей: большие различия в интенсивности реакций горя, в степени ухудшения состояния и длительности периода времени, когда человек испытывает боль от утраты (Schwartzberg & Halgin, 1991). Но семьям иногда бывает трудно это понять. Членам семьи может быть некомфортно, когда поведение одного из них отличается от поведения остальных. Консультант может помочь понять это отличие семье, которая ждет, что все будут горевать одинаково.

В нашем гарвардском исследовании мы обнаружили, что часто родитель, оставшийся в живых, был озадачен тем, как их дети переживали горе более здоровым способом, чем они. Родители наблюдали в детях множество различных способов горевания. Очень важно было показать родителям то, что все дети отличаются друг от друга и их способы справиться с ситуацией могут быть разными. Также, каждый ребенок имел свои, отличные от другого взаимоотношения с умершим родителем.

Для тринадцатилетней девочки умерший отец значит нечто другое, чем для его девятилетнего сына. Прояснение этих различий помогает выжившему родителю справляться с тревогой (Worden, 1996).

Однажды после того как я прочитал лекцию на Среднем Западе, ко мне подошла молодая женщина, которая хотела поговорить о своей семье. Ее родители недавно потеряли ребенка, и она и ее мать горевали об утрате, тогда как отец, как им казалось, не горевал. Ее беспокоило то, что он не может адекватно горевать, следствием чего может быть задержка реакции горя. Разговаривая с ней, я узнал, что отец попросил разрешения нести детский гроб на плечах через весь город до кладбища. Дочь также сказала, что отец, фермер, с момента смерти ребенка постоянно проводит время в поле на своем тракторе. На мой взгляд, ее отец проделывал свою работу горя, но делал это по-своему, и моя догадка впоследствии подтвердилась, когда я получил от нее письмо.

Принцип 9.

ИЗУЧАЙТЕ ЗАЩИТЫ И СТИЛИ КОПИНГА

Девятый принцип предполагает помощь клиентам в исследовании ин-

дивидуальных защит и стилей копинга, потому что серьезная утрата усилит их. (Парадигму понимания стилей копинга можно найти в третьей главе.) Это легче всего делать, если между клиентом и консультантом установилось доверие; тогда клиенты охотнее обсуждают свое поведение. Некоторые из этих защит и стилей копинга предсказывают компетентное поведение; другие – нет. Например, человек, который пытается справиться с горем, злоупотребляя алкоголем или наркотиками, вероятно, не адаптируется к утрате адекватно. *«Польза маленьких доз алкоголя, помогающих лучше заснуть, снижающих чрезмерную тревогу или блокирующих навязчивые размышления, подталкивает горящего человека к поиску утешения в спиртных напитках. Иногда это переходит в неконтролируемое навязчивое употребление. Наибольшему риску подвергаются те горящие, которые ранее лечились от алкоголизма, или те, в чьей семейной истории были алкоголики»* (Shuchter & Zisook, 1987, с. 184).

Консультанту следует быть бдительным и проверять, не злоупотребляет ли клиент алкоголем или наркотиками. Чрезмерное употребление наркотиков или алкоголя может усилить переживание горя и депрессию и помешать процессу горевания. Если проблема налицо или ее можно заподозрить, консультант будет прав, настояв на лечении, которое может включать ресурсы таких групп, как «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы».

В целом активный эмоциональный копинг является самым эффективным способом справляться с проблемами, включая проблему утраты. Сюда входит использование юмора, способность к переформулированию трудной ситуации, адекватные навыки эмоциональной регуляции и способность принимать социальную поддержку. Избегающий эмоциональный копинг обычно менее эффективен, особенно когда речь идет о решении проблемы. Обвинения, отвлечение, отрицание, социальная изоляция и злоупотребление психоактивными веществами могут на некоторое время улучшить самочувствие, но для решения проблем эти стратегии не эффективны.

Тот, кто отстраняется от проблемы и отказывается смотреть на фотографии умершего или хранить предметы, напоминающие о нем, возможно, используют нездоровый стиль копинга. Консультант может обратить внимание клиента на эти стили копинга и помочь ему оценить их эффективность. И тогда они вместе смогут исследовать другие возможные варианты копинга, которые могут оказаться эффективными для снижения уровня дистресса и решения проблем.

Принцип 10.

ВЫЯВЛЯЙТЕ ПАТОЛОГИЮ И ПЕРЕНАПРАВЛЯЙТЕ КЛИЕНТОВ

Десятый, и последний, принцип в нашем списке – идентификация тех, чье состояние особенно серьезно, и перенаправление. Человек, занимающийся консультированием горя, может определить наличие патологии, которая была вызвана утратой или дальнейшим переживанием горя, и, заметив такие трудности, должен перенаправить клиента. Эту роль часто называют ролью куратора. Некоторым людям может оказаться недостаточно консультирования или фасилитации горя, и утрата (или то, как они с ней справляются) может вызвать более трудные проблемы. Небольшая часть переживающих утрату (10%-15%) будет продолжать борьбу и разовьет ту или иную форму осложненного горевания, такую как хроническая или затяжная реакция горя. Некоторые из этих проблем могут потребовать специальных интервенций, обсуждаемых в пятой главе. Так как эти трудности требуют специальных техник и интервенций плюс понимания психодинамики, их использование может быть вне сферы компетенции и навыков консультанта. И даже если он компетентен в этой области, могут требоваться иные стратегии, техники и интервенции. Консультантам по вопросам горя важно распознавать границы своих возможностей и те случаи, когда нужно перенаправить клиента на психотерапию горя или другой вид психотерапии.

Прежде чем мы закончим разговор о принципах и практике консультирования горя, следует упомянуть некоторые банальные истины. Они часто провозглашаются доброжелательными друзьями, а иногда и консультантами. В большинстве случаев эти банальности не полезны. Многие женщины в нашем исследовании говорили: «Когда кто-то подходил ко мне и говорил: “Я знаю, что ты чувствуешь”, мне хотелось просто заорать в ответ: “Ты не знаешь, что я чувствую, ты не можешь этого знать, у тебя не умер муж”. Такие комментарии, как «будь храбрым мальчиком», «жизнь продолжается», «это скоро пройдет», «ты держись молодцом», «это пройдет через год», «у тебя все будет хорошо» и «не вешай нос», обычно совсем не помогают. Даже «мне жаль» часто делает невозможным дальнейший разговор. А есть и люди, которые, пытаясь улучшить состояние собеседника, рассказывают ему о потерях и трагедиях в своей собственной жизни, возможно, не зная, что сравнение трагедий не помогает. Рядом с испытывающими боль людьми мы чувствуем себя беспомощными. Эту беспомощность можно признать, просто произнеся: «Я не знаю, что тебе сказать».

ПОЛЕЗНЫЕ ТЕХНИКИ

Любое консультирование или психотерапия должны опираться на основательное теоретическое понимание личности и поведения человека, а не просто на набор техник. Однако есть несколько техник, которые я называю полезными в консультировании горя, и далее я хочу назвать их.

Язык, пробуждающий чувства

Консультант может использовать жесткие выражения, которые вызывают чувства, например, «ваш сын умер» вместо «вы потеряли своего сына». Этот язык помогает людям, испытывающим трудности с признанием реальности всего, что связано с утратой, стимулирует некоторые болезненные чувства, которые должны быть испытаны. Также может быть полезным разговор об умершем в прошедшем времени («ваш муж был...»).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМВОЛОВ

Пусть горюющий приносит на консультативные сессии фотографии умершего. Это не только помогает консультанту лучше представить, каким был этот человек, но также создает эффект непосредственного присутствия умершего и предоставляет конкретную возможность разговора с ним, а не о нем. Другими полезными символами я считаю написанные умершим письма, аудио- и видеозаписи с ним, принадлежавшие умершему предметы одежды или украшения.

Письмо

Пусть оставшийся в живых напишет письмо (или несколько писем) покойному, выразив свои мысли и чувства. Если письмо сможет выразить то, что надо сказать умершему, это может помочь оставшемуся в живых с его незавершенными делами (Ihrmark, Hansen, Eklunk & Stodberg, 2011). Я поощряю к письменному выражению своих чувств и мыслей, в том числе к написанию умершему прощального письма. Выражение своего опыта посредством письменной речи, создание связного повествования о событиях помогает интегрировать чувства и мысли, что иногда приводит к разрешению ситуации и ослаблению негативных чувств, связанных с этим опытом (O'Connor, Nikoletti, Kristjanson, Loh & Willcock, 2003). Ведение журнала с описанием своего опыта или сочинение стихов также может об-

легчить выражение чувств и придать опыту утраты смысл. Латтанци и Хэйл (Lattanzi & Hale, 1984) написали хорошую статью о различном использовании письменного выражения чувств в работе с переживающими утрату.

РИСОВАНИЕ

Подобно письму, рисование картин, отражающих чувства автора и его опыт отношений с умершим, также может быть полезным. Это очень хорошая техника в работе с переживающими утрату детьми, но она помогает и взрослым. Рисунки меньше подвержены защитным искажениям, чем речь. Ирвин (Irwin, 1991) обозначает четыре преимущества использования изобразительного искусства в работе с горящими. Оно помогает фасилитировать чувства, идентифицировать конфликты, о которых горящий не догадывается, повышать осознание того, что человек потерял, и определять, какой момент процесса горевания переживает человек.

Шут, де Кайзер, ван ден Бут и Штребе (Schut, de Keijser, van den Bout & Stroebe, 1996) использовали рисование в терапии горя при работе с группами в стационаре в Нидерландах и нашли этот метод эффективным. Они используют направленную визуализацию фантазий под музыку, чтобы стимулировать чувства, а потом пациенты рисуют то, что они чувствуют. Это занятие – часть мультимодального подхода, применяемого с этими пациентами.

Турецки и Хейс (Turetsky & Haays, 2003) разработали арттерапевтическую модель профилактики и лечения непроработанного горя в среднем возрасте. Хотя это преимущественно психотерапевтическая интервенция, она оказалась полезной для помощи людям при идентификации непроработанных утрат из более ранней истории жизни, которые в настоящее время нарушают их функционирование и движение к лучшему разрешению ситуации.

РОЛЕВАЯ ИГРА

Помочь переживающим утрату разыграть разные ситуации, которые их пугают или заставляют чувствовать себя неловко, – это один из способов обучения навыкам, что очень полезно в работе с задачей III. Консультант может принять участие в ролевой игре либо как фасилитатор, либо в качестве модели возможного нового поведения клиента.

КОГНИТИВНОЕ РЕСТРУКТУРИРОВАНИЕ

Когнитивное реструктурирование может быть необходимо, потому что наши мысли влияют на наши чувства, особенно скрытые мысли и постоянно продолжающийся разговор с самим собой. Помогая клиентам в идентификации этих мыслей и проверке их реальностью на точность и сверхгенерализацию, консультант может помочь ослабить негативные чувства, запускаемые иррациональными мыслями, такими как «никто никогда не полюбит меня снова» (мысль, которую наверняка невозможно доказать в данный момент). Если вас интересует более подробное рассмотрение этого подхода, почитайте «Управление настроением» Гринбергера и Падески (Greenberger & Padesky, 1995).

КНИГИ ПАМЯТИ

Переживающая утрату семья может совместно вести книгу памяти умершего члена семьи. Эта книга может включать историю семейных событий, фотографии, напоминающие об умершем, стихи и рисунки разных членов семьи, включая детей. Это занятие может помочь вспоминать и в конце концов начать оплакивать более реальный образ умершего человека. Кроме того, дети могут снова и снова возвращаться к этой книге и интегрировать утрату в меняющуюся жизнь растущего человека.

УПРАВЛЯЕМОЕ ВООБРАЖЕНИЕ

Помочь людям представить умершего, закрыв глаза, или визуализировать его присутствие на пустом стуле, а потом предложить им высказать то, что им нужно ему сказать, – часто очень эффективная техника. Сила ее действия заключается не в фантазировании, а в пребывании в настоящем и разговоре с самим человеком, а не о нем. Браун (Brown, 1990) приводит хороший обзор такой работы и техники использования управляемого воображения в работе с переживающими утрату.

МЕТАФОРЫ

Другая техника, которая может быть полезна в консультировании горя, – использование метафоры в качестве наглядного пособия. Шварц-Борден (Schwartz-Borden, 1992) говорит о метафоре как о полезном инструменте для снижения сопротивления боли от утраты, если пациенты не могут

прямо обратиться к чувствам, связанным с этой смертью. Метафоры предлагают более приемлемую символическую репрезентацию, посредством которой горящий может выразить чувства и проработать вторую задачу горевания. Использование метафоры позволяет горящему человеку сосредоточиться на конкретном образе, который может символизировать его опыт в более приемлемом и менее болезненном виде. Один из особенно полезных образов использует Шварц-Боден: ампутация и фантомная боль, ассоциирующаяся с образом утраты.

Цель всех этих техник – способствовать наиболее полному выражению мыслей и чувств, относящихся к утрате, включая сожаление и разочарование. Дополнительные техники и ритуалы переживания горя можно найти в статье Кастла и Филипса (Castle and Phillips, 2003), где также обсуждается, какие из них горящие люди находят наиболее полезными.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Проводилась целая дискуссия о том, нужно ли использовать медикаментозное лечение в работе с нормальным острым горем. В итоге был достигнут консенсус: медикаментозные средства нужно использовать осторожно, сосредоточившись на том, чтобы облегчить тревогу или бессонницу, а не депрессивные симптомы. Покойный Томас П. Хакетт, заведующий психиатрическим отделением в центральной больнице Массачусетса, имел значительный опыт лечения переживающих утрату. Он использовал анксиолитики для лечения как тревоги, так и бессонницы (Hackett, 1974). В любом случае при назначении лекарственных препаратов людям, демонстрирующим реакцию острого горя, особенно важно держать любые летальные дозы вне их досягаемости.

Обычно человеку в состоянии острого горя нежелательно давать антидепрессанты. Для действия антидепрессантов нужно время, они редко облегчают симптомы нормального горя, но могут привести к реакции патологического горя (хотя это еще требует доказательств с помощью контролируемых исследований). Исключением могут быть случаи большого депрессивного эпизода.

Рафаэль, Минков и Добсон (Raphael, Minkov & Dobson, 2001) утверждают, что, хотя наше понимание психологии переживания утраты возросло, для биологических вмешательств нам по-прежнему не хватает твердых оснований. Фармакологические подходы в основном должны осуществляться там, где установлено расстройство, для которого они предназначены.

ны. Я с этим согласен. Психиатрические расстройства, связанные со смертью близкого человека, часто требуют психофармакологического подхода, и это обсуждается в пятой главе, в разделе «Чрезмерные реакции горя».

ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ГОРЯ

Консультирование переживающих утрату может проводиться в формате группы. Оно эффективно само по себе, но также может быть хорошим способом предоставления эмоциональной поддержки, к которой стремится переживающий утрату. Далее следуют указания по организации группы и ее эффективному ведению.

ВЫБЕРИТЕ ФОРМАТ ГРУППЫ

Когда вы начинаете группу, вам нужно принять несколько решений по поводу ее цели и структуры. Какова цель группы? Группы для горящих обычно создаются со следующими целями: эмоциональная поддержка, психологическое просвещение, социальные задачи. Иногда группы начинают работу с одной целью, а потом она постепенно превращается в другую. Группы, которые создаются для эмоциональной поддержки, работая некоторое время с одним составом участников, могут больше быть нацелены на социальную проблематику, хотя и эмоциональная поддержка по-прежнему является полезной. Несмотря на то, что каждая из этих целей по-своему важна, я в большей степени сторонник групп, создаваемых для эмоциональной поддержки.

Как будет структурироваться группа? Бывают группы с определенной датой завершения; это значит, что они существуют в течение обозначенного периода времени, и все участники вступают в них и заканчивают работу в них одновременно. А бывают группы с открытым концом, то есть время окончания их работы не установлено. Люди приходят в группу и покидают ее, когда она удовлетворит их индивидуальные потребности. Каждый из этих двух типов групповой структуры имеет свои плюсы и минусы. В открытых группах трудно помочь новым участникам адаптироваться к ходу их работы, так как они не знают историю группы, важные происшествя и переломные моменты в ее работе, произошедшие до их прихода. Кроме того, по мере прихода в группу новых людей чувство доверия между участниками каждый раз должно формироваться заново.

Как будет организована работа группы? Количество встреч, их дли-

тельность, размер группы, место проведения, стоимость участия – эти и другие важные решения нужно принять до того, как групповые сессии начнутся. В хосписе Пасадены работают закрытые группы от 8 до 10 человек, которые собираются для психологического просвещения и эмоциональной поддержки. Занятия групп проводятся двумя ведущими, и участники встречаются раз в неделю для 90-минутных сессий. Членов группы просят оплатить участие, считая, что это улучшит посещаемость и будет стимулировать людей больше получить от группы.

ОТБОР УЧАСТНИКОВ

Ключевой фактор в организации групповой работы – отбор участников. Здесь многое можно сказать в пользу гомогенности группы, то есть включения в группу людей, чьи утраты схожи. Это может быть, например, группа овдовевших супругов или группа родителей, потерявших детей. Тем не менее некоторые программы для переживающих потерю недостаточно масштабны или связаны с такой сферой работы, что людей, понесших утрату одного типа, оказывается недостаточно. Если это так, то попытайтесь включить в группу хотя бы двух людей, переживающих утрату одного типа. Если в группе для вдов находится один вдовец, постарайтесь найти второго вдовца, чтобы первый не чувствовал себя в этой группе чужим или лишним. То же самое верно в отношении включения в группу минимум двух человек с другим типом утраты.

Вы можете создать одну группу для отцов, жены которых умерли от рака (Yopp & Rosenstein, 2013). В общем, мужчины неохотно собираются в смешанные группы для эмоциональной поддержки. Однако, в ходе исследования мы выяснили, что отцы, перенесшие утрату жены, активно посещают группы, организованные для них, с целью помочь им лучше справиться со своими родительскими обязанностями одинокого отца (Worden, 1996).

Другой фактор при выборе участников группы – то, насколько недавней является утрата. Важно не принимать в группу людей, потерявших близких шесть или менее недель назад. Большинство людей в этом раннем периоде горевания не готовы к групповому опыту. Некоторые группы для переживающих утрату держат места для потенциальных участников и ждут, когда с момента понесенной этими людьми утраты пройдет шесть недель. Недавно овдовевшая женщина может кое-чему научиться у той, которая переживает потерю дольше, и может послужить моделью того, как продвигаться вперед, адаптируясь к утрате (Vlasto, 2010).

Когда отбираются люди с целью участия в группе для горюющих, важно исключить серьезную патологию. Людям с серьезной патологией и тяжелыми эмоциональными проблемами лучше поможет индивидуальное консультирование или индивидуальная психотерапия.

Особые проблемы при отборе потенциальных участников группы могут представлять два вида утрат, поэтому потенциальное членство переживших эти потери людей следует серьезно рассмотреть, прежде чем принимать их в группу. Один тип – множественные утраты. Люди, потерявшие более одного любимого человека в короткий период времени, часто бывают настолько переполнены горем, что не способны участвовать в группе для переживающих утрату. Это могут быть люди, внезапно потерявшие членов своей семьи в результате аварии или несчастного случая (например, при пожаре), или люди, пережившие несколько потерь за короткий период времени.

Утраты, о которых трудно говорить, такие как самоубийство, могут создать проблему в группе для горюющих. Включение в группу одного человека, у которого кто-то из близких покончил с собой, может вызвать у других участников группы большую тревогу, и это следует принимать во внимание при отборе участников. Будет лучше включить в группу по меньшей мере двух человек, потерявших близкого в результате суицида. То же самое касается людей, чьи близкие умерли от СПИДа. Очень эффективными могут быть группы, созданные специально для тех, чьи близкие покончили с собой или умерли от СПИДа.

Проясняйте ожидания

Люди приходят в группу с разными ожиданиями, и если их надежды не оправдываются, то они могут разочароваться и уйти. Когда участник перестает приходить, это не только нежелательно для него самого, но и деморализует группу. Поэтому до первой групповой встречи специалист, занимающийся отбором, может при проведении интервью формировать ожидания и разбираться с ошибочными представлениями и нереалистичными страхами по поводу участия в группе. Недавно к нам обратилась женщина, пожелавшая вступить в нашу группу для горюющих, работающую на базе хосписа, и мы направили ее в другую группу, так как она четко обозначила, что хочет анонимности. В нашей группе мы поощряем максимальное раскрытие участников, поэтому не раскрывающийся участник для этой группы не подошел бы. Мы направили ее в более многочисленную группу, целью которой было в большей степени просвещение, чем эмоци-

ональная поддержка, где она могла, как ей и хотелось, оставаться анонимной. Выбирая людей для участия в группе переживающих утрату, обязательно первым делом выясните, каковы их ожидания.

УСТАНОВИТЕ БАЗОВЫЕ ПРАВИЛА

Базовые правила – это те правила, которые с самого начала устанавливаются ведущим. Эти правила преследуют несколько целей. Они создают структуру, в которой участники могут чувствовать себя безопасно. Знание того, что существуют определенные правила в отношении поведения и манер, может вызывать ощущение поддержки. Кроме того, базовые правила помогают ведущим контролировать ситуацию. Например, если базовое правило гласит, что каждый участник получает равное количество времени для рассказа о своем опыте, а один из участников отнимает у группы не положенное ему количество времени, то ведущий может, опираясь на это правило, сделать высказывания членов группы равными по времени. Или, если кто-то в группе нарушил базовое правило конфиденциальности, ведущий может открыто об этом сказать. Всегда объясняйте базовые правила на первой сессии и возвращайтесь к ним в ходе нескольких первых сессий.

Вот примеры базовых правил для группы психологической поддержки при переживании утраты:

1. От участников ожидается, что они будут посещать все сессии и приходить вовремя.
2. Информация, которой делятся участники, остается в группе. За пределами группы участники не могут говорить друг о друге.
3. Люди могут рассказывать так много или мало о своей утрате, как им хочется.
4. Все получают равное количество времени, чтобы рассказать о своем опыте. Это правило помогает избежать монополизации внимания группы одним из ее участников.
5. В нашей группе не дают совета, пока о нем не попросят. В групповых ситуациях очень легко давать советы, и особенно в группах для переживающих утрату. Обычно о совете не просят и его не ценят.

Если групповые правила установлены и ожидания от работы группы сформированы в ходе отборочных интервью, люди приходят в группу, зная, что здесь они найдут безопасное окружение, что ничей опыт не сочтут бо-

лее или же менее важным и ценным, чем чей-то еще, что у каждого человека будет время сказать так много или мало, сколько ему захочется, и все знают, что им не будут указывать, что они должны чувствовать, и не будут давать ненужных советов.

ОПРЕДЕЛИТЕ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ГРУППЫ

Пятый фактор групповой работы – ее эффективное ведение. Вести группу можно в разных форматах. Некоторые группы проводятся самими переживающими утрату участниками. Например, в группах организации «Сочувствующие друзья» одни потерявшие детей родители проводят группы для других родителей, переживающих смерть ребенка. Другие группы проводят специалисты в области психического здоровья. Третья модель – это ведение группы неспециалистами, но при поддержке профессионалов. Профессиональная поддержка заключается в консультировании ведущего-непрофессионала, если у него возникнут вопросы об отдельных людях или групповом взаимодействии. В хосписе Пасадены группы ведутся обученными профессионалами в области психического здоровья в парах с соведущими-студентами, будущими представителями одной из помогающих профессий.

Среди разных стилей ведения групп некоторые могут быть эффективнее, в зависимости от целей. Одни ведущие более активны, другие более пассивны. Я думаю, что в группе эмоциональной поддержки для переживающих утрату в начале работы группы наиболее эффективным является активный ведущий, а потом, по мере того как внутри группы сформируются связи и собственные лидеры, официальный ведущий может несколько отступить и стать менее активным. В начале групповой работы пассивность лидера может вызвать чувство тревоги, особенно в новой группе. Стиль ведения группы зависит, конечно, и от ее целей. Если эта цель – образовательная, то официальный ведущий может выступать скорее как лектор или носитель информации. Если же целью является эмоциональная поддержка, то роль лидера – фасилитация развития группы, помощь людям в том, чтобы они делились своими историями и получали поддержку и ободрение от других членов группы. Соответственно, группе, созданной для социального взаимодействия, потребуется другой тип ведущего.

При любом обсуждении стиля ведения группы важен вопрос о работе в паре с соведущим. Нужен ли группе один ведущий или больше? Когда группы большие, соведущие важны. Ведущий работает в паре с соведущим, и существенно, чтобы эти двое поддерживали ясное и открытое общение

друг с другом. Я предлагаю им встречаться на короткое время вскоре после сессии для обсуждения проделанной работы. Между ведущими иногда возникает едва уловимое напряжение, которое, однако, может стать разрушительным для группы. Совместное обсуждение прошедших сессий – один из способов это предотвратить.

Важно, чтобы у ведущего в группе не появлялись любимчики. Группа отражает семейную динамику, и люди приносят в нее свой опыт взаимодействия с сиблингами и родителями. Вынесенные оттуда переживания и опыт вновь возникают в групповой работе. Не так уж необычно, что кто-то из участников группы хочет стать особенным человеком в жизни ведущего. Если это происходит, начинаются трудности в общей работе. Ведущему нужно отдавать себе в этом отчет и отклонять приглашения и знаки особого расположения, исходящие от отдельных членов группы. Ведущему также надо знать собственные особенности и уязвимые области, делающие для него некоторые виды таких «делок» желанными. Также важно, чтобы любая личная встреча с участником группы открыто обсуждалась на следующей групповой встрече.

ПОНИМАНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ДИНАМИКИ

Чего люди хотят, когда они собираются вместе, создавая любую группу, будь это группа переживающих горе, политическая группировка или терапевтическая группа? Как и Шутц (Schutz, 1967), я думаю, что есть три потребности, в разной степени осознанные, которые присутствуют в умах людей при их вступлении в группы.

- 1. Принадлежность.** Многие люди, приходя в новую группу, осматриваются и задаются вопросами: «Подхожу ли я?» и «Моя ли это компания?» И если они не могут ответить утвердительно, то, возможно, не придут на следующую сессию. И даже если они придут снова, эта тревога будет присутствовать в течение первых сессий работы группы.
- 2. Контроль.** Вторая забота связана с контролем. «Важен ли я здесь?» «Имею ли я значение для группы?» «Если я говорю, меняет ли это что-то?» «До какой степени я могу влиять на группу?» «Насколько будут влиять на меня другие участники группы?» Так же как людям важно чувствовать, что они «вписываются» в групповую ситуацию, им важно чувствовать, что они до некоторой степени оказывают влияние на других участников. Если они этого не чув-

ствуют, то едва ли пройдут групповое консультирование до конца.

- 3. Теплые чувства.** Третье, чего люди ищут, участвуя в группе, это душевное тепло. Я широко использую это понятие. «Заботятся ли обо мне?» «Действительно ли для людей имеет значение то, что происходит со мной?» Обычно эти потребности начинают удовлетворяться только с развитием групповой идентичности и сплоченности. Степень возникающих в группе теплых чувств бывает разной. В некоторых группах между участниками постепенно возникает сильное чувство взаимной привязанности. Люди действительно заботятся друг о друге и чувствуют, что о них заботятся. В других группах эти переживания значительно слабее.

Обобщая, скажем: люди хотят чувствовать себя в безопасности, люди хотят чувствовать, что они важны. Если в группе возникает деструктивное поведение, важно задаться следующим вопросом: «Чувствует ли этот человек себя в безопасности?» Пытаясь это выяснить, можно смягчить проявления проблемного поведения.

ЭФФЕКТИВНАЯ РАБОТА С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Бывает поведение, которое разрушительно для группы и создает трудности для ведущих. Я обозначу здесь эти трудности, а также дам советы, как поступать в таких случаях.

Установка «Моя утрата значительнее, чем твоя»

В группах людей, переживающих утрату, эта установка время от времени возникает. Я недавно вел группу, в которой были две женщины, потерявшие взрослых молодых дочерей. У одной женщины был муж, у другой не было. Женщина, у которой не было мужа, говорила группе, что ее утрата значительнее, потому что у другой женщины есть муж, а у нее – нет. Один из способов справиться с этим – сказать: «Утрата каждого из вас важна для группы» или «Мы здесь не для того, чтобы сравнивать потери».

Советчик

Леман, Эллард и Вортман (Lehman, Ellard & Wortman, 1986) проводили интервью с горящими о том, что для них в переживании утраты было полезно, а что – не полезно. Среди наименее полезных вещей были названия советов. Справиться с «советчиком» достаточно легко, если в группе существует правило не давать советов, когда о них не просят.

Моралист

Другой трудный участник группы – моралист. Это тот, кто дает советы морального толка, используя такие обороты, как «должен», «следует», «придется». В нашей группе горящих недавно был участник, который прошел программу «12 шагов» и рассуждал в духе этой программы. Хотя он был доброжелателен, его обращения звучали для участников группы слишком поучительно. Несколько участников группы этому противились. Мы помогли ему начать говорить: «Я бы поступил так», вместо: «Тебе нужно».

Молчаливый участник группы

Другая трудность – молчаливый участник. Человек, который не участвует или почти не участвует в работе группы, часто воспринимается другими как критикующий. Самый простой способ избежать этого – помочь каждому участнику рассказать немного о своей утрате на первой групповой сессии. Если вы позволите кому-то промолчать на первой сессии, это только поможет такому человеку и в дальнейшем вести себя подобным образом.

Человек, который откладывает что-то важное до конца групповой сессии

За две минуты до окончания встречи такой человек говорит: «Кстати, мой сын на прошлой неделе попал в аварию». Ведущим лучше предложить участнику начать следующую групповую сессию с разговора об этом, чем затягивать сессию и таким образом позволить участнику борьбу с ними за контроль времени.

Человек, который откровенничает с терапевтом после окончания групповой сессии

Такой человек не делится чем-то важным с группой, а вместо этого подходит после окончания сессии к ведущему, чтобы поговорить с ним. Ведущему нетрудно сказать: «Я думаю, важно, чтобы вся группа это услышала. Давайте начнем с этого следующую сессию. Хорошо?»

Человек, который перебивает других

Часто в группах один участник перебивает другого. Сильный ведущий способен парировать такие выпады и затем, в более подходящее время, позволить перебившему сказать то, что тот хотел.

Человек, который демонстрирует не соответствующий ситуации аффект

Пример этого – человек, который смеется, когда все остальные печальны. Подходящей интервенцией ведущего были бы слова: «Интересно, что вы испытываете, пока мы занимаемся в группе. Я вижу, что вы смеетесь. Хотелось бы знать, что стоит за этим смехом, что вы сейчас чувствуете». За смехом часто прячется переживаемая человеком тревога.

Человек, который делает не соответствующие ситуации замечания

Если это случается, ведущий может сказать: «Я не понял, как это относится к тому, что мы сейчас обсуждаем. Могли бы вы объяснить, как это связано с тем, что у нас сейчас происходит?»

Человек, который слишком много говорит

Иногда участник группы в начале ее работы говорит слишком много, а затем отстраняется и говорит мало или вообще перестает посещать группу. Иногда ведущий может это предвидеть и тактично предупредить участника, который слишком рано стал очень откровенным.

Участник группы, который бросает вызов ведущему и критикует его

Такая ситуация, возможно, создает больше проблем для ведущего, чем для группы, но все же это может заставить группу почувствовать дискомфорт. На одной из наших встреч участник группы обвинил моего соведущего в гомофобии. Вместо того чтобы начать защищаться, ведущий спросил: «Что из сделанного мной сейчас вы восприняли как гомофобию?» Таким образом, вместо того чтобы начать защищаться и тем самым накалять обстановку, он смог использовать слова участника, чтобы фасилитировать дискуссию.

Хотя группы для переживающих утрату – важное средство в консультировании горяющих, некоторые люди предпочитают не участвовать в них. К одной моей знакомой вскоре после внезапной смерти ее девятнадцатилетнего сына обратились члены организации «Сочувствующие друзья». Она посетила одну встречу и ушла, сказав, что никогда больше не захочет участвовать в группе. Тем не менее через год она передумала и сказала мне, что готова посещать группу и извлечь пользу из группового опыта.

Во многих психотерапевтических группах для участников существует базовое правило, запрещающее социальные контакты за пределами группы. На мой взгляд, группам горяющих это условие не требуется. Мы надеемся, что между участниками групп возникнут дружеские отношения и что они сохранятся после окончания существования группы. Одна из за-

дач горевания – стать способным впускать в свою жизнь новых людей и позволить себе строить новые отношения. Дружеские отношения, возникающие между участниками группы эмоциональной поддержки горюющих и продолжающиеся после окончания групповой работы, – это маленькие, но важные шаги вперед в процессе исцеления, который мы стараемся фасилитировать с помощью консультирования. Дополнительная информация об организации работы групп для переживающих утрату вы сможете найти в книге Хоя (Ной, 2007).

ФАСИЛИТАЦИЯ ГОРЯ ЧЕРЕЗ ПОХОРОННЫЙ РИТУАЛ

Ритуальные услуги подвергались серьезной критике, особенно после отчета Федеральной профессиональной комиссии 1984 года. Но хорошо выполненные ритуальные услуги могут быть важным дополнением к помощи горюющим и способствовать здоровому разрешению переживания горя. Позвольте мне рассказать о том, какую пользу может принести похоронный ритуал.

Он может помочь почувствовать реальность утраты. Вид тела покойного помогает осознать реальность и необратимость смерти. Проводятся ли поминки, открыт гроб или закрыт – это вопрос региональных и этнических различий. Тем не менее есть большое преимущество в том, что члены семьи видят тело умершего любимого человека на похоронах или в больнице. Даже в случае кремации (а кремацию, кажется, все чаще предпочитают в качестве альтернативы захоронению) тело в открытом или закрытом гробу все же может присутствовать во время похоронного обряда, после которого совершается кремация. Таким образом, похоронный обряд может быть полезен оставшимся в живых в работе над первой задачей горевания.

Похоронный обряд может дать людям возможность выразить связанные с умершим мысли и чувства. Ранее мы говорили, как важно вербализовать чувства и мысли об умершем. Погребальный обряд, выполненный в духе лучших традиций, может дать такую возможность. Тем не менее существует заметная тенденция идеализировать и чрезмерно восхвалять покойного во время похорон. Лучше всего, если люди могут выразить и то, чего им будет не хватать после утраты любимого человека, и то, о чем они не будут сожалеть, даже если это может показаться неуместным. Похоронный обряд может помочь в процессе горевания, потому что он позволяет людям говорить о покойном.

Похоронный обряд способствует получению социальной поддержки

переживающей утрату семьей в период сразу после потери, и этот вид социальной поддержки может быть чрезвычайно полезным в фасилитации горевания. Обряд также может отразить жизнь покойного. В обстановку похорон можно включить детали, показывающие, что было важно для этого человека. На одних похоронах священнослужителя люди из разных частей его прихода вставляли и зачитывали отрывки из его трудов.

Единственное, что ослабляет воздействие похорон, – то, что они происходят слишком скоро после утраты. Часто ближайшие члены семьи бывают в состоянии оглушенности, оцепенения, и поэтому обряд не оказывает на них того позитивного воздействия, которое он мог бы оказать.

За последние 35 лет похороны изменились, включая более многостороннее понимание ритуала с фокусированием внимания как на сообществе, так и на умершем и его жизни (Lewis & Hoy, 2011). Современные похороны часто включают в себя воздаяние почестей во время церемонии. В том же ключе мы используем концепцию соответствующей смерти (appropriate death) (Weisman, 1988), помогая умирающему сопоставить приближающуюся смерть с его или ее целями, ценностями и стилем жизни, чтобы на похоронах вспоминать о том, что было для него важным в жизни. Это поможет лучшему пониманию важности встречи со смертью, горевания, а также и большему многообразию мнений в сообществе (Irion, 1991).

Работники похоронных служб могут подумать о своей роли в консультировании горюющих. В дополнение к роли советчика и помощника в работе над всеми организационными моментами, сопровождающими смерть, своего рода непрерывный контакт с семьей умершего может быть использован для консультирования. Хотя некоторым может быть неловко продолжать общаться с сотрудником похоронной службы после похорон, другие семьи, возможно, не будут этим смущены и оценят то, что к ним продолжают проявлять интерес. Некоторые крупные похоронные агентства имеют консультантов в штате. У других есть контакты с консультантами по месту жительства, к которым они могут направлять клиентов.

Сотрудники похоронных служб также должны рассмотреть поддержку групп самопомощи для вдов и других категорий лиц, понесших утрату, по месту жительства (Steele, 1975). Во многих регионах это уже делается. Это идеальная возможность для сотрудника похоронной службы быть включенным в важный аспект консультирования горюющих. Похоронные агенты также могут помогать службам просвещения людей по вопросам горя и здорового горевания, поддерживая образовательные программы по месту жительства.

ПОМОГАЕТ ЛИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ГОРЯ?

Со времени последней публикации книги «Консультирование и терапия горя» идет оживленная дискуссия об эффективности консультирования горя. Некоторые люди говорят, что это лучше, чем ничего не делать, а другие утверждают, что некоторым людям оно даже может причинить вред. Эта дискуссия велась Джоном Джорданом и Робертом Неймейером (Jordan & Neimeyer, 2003); потом к ней присоединились другие (Allumbaugh & Hoyt, 1999; Bonanno, 2001; Kato & Mann, 1999; Larson & Hoyt, 2007; Stroebe et al., 2001). Их выводы основывались на результатах исследований и последующем мета-анализе для проверки степени эффективности этих исследований. Довольно низкая степень эффективности заставляет подвергать консультирование горящим сомнению. Но в действительности большая часть рассматриваемых ими исследований по той или иной причине плохи: либо нет контрольной группы, либо использовались выбранные участники вместо добровольцев, отсутствовал отбор, неадекватны или упрощены измерения результата, мал размер выборок или первоначального количества участников, значителен отсев, измерение результата проводилось только по одному показателю, неясен план лечения, не принималось во внимание время, прошедшее с момента смерти, и так далее.

Негативные результаты консультирования горящих (например, вызванные им ухудшения состояния), обсуждавшиеся Неймейером и коллегами (Curtier, Holland & Neimeyer, 2007; Jordan & Neimeyer, 2003), серьезно оспаривались Ларсоном и Хойтом (Larson & Hoyt, 2007) как необоснованные, вследствие ошибок в статистическом анализе.

Хотя в большинстве случаев переживание горя проходит без постороннего вмешательства, консультативные интервенции, думается, лучше всего помогают молодым людям, женщинам и тем, у кого после смерти близкого человека прошло некоторое время, а также потерявшим близких в результате внезапной/насильственной смерти или демонстрирующим признаки хронического горя. Люди, у которых выявлялся высокий уровень дистресса (например, травматичное/осложненное горе) (Prigerson & Jacobs, 2001), принадлежавшие к подгруппе горящих с повышенным риском дисфункции (престарелые вдовцы, потерявшие ребенка родители), а также те, кто сам обращался за помощью из-за связанного с утратой стресса (чрезмерное горе, обсуждаемое в пятой главе), обычно находят интервенции более эффективными.

Вот несколько предложений клиницистам, как сделать свои интервенции более эффективными.

1. Не надо предполагать, что все горюющие нуждаются в консультировании. Паркс (Parkes, 1998) соглашается с этим и пишет: «Нет свидетельств того, что все понесшие утрату получают пользу от консультирования; исследования показывают, что от формального направления людей на консультирование просто потому, что они понесли потерю, пользы нет» (с. 18).
2. Помните, что нет такого единственного вида консультирования, которое подходит всем клиентам, переживающим горе. Горе каждого человека уникально (Caserta, Lund, Ulz, & Tabler, 2016; Neimeyer, 2000).
3. Подстраивайте ваши интервенции под индивидуальные потребности горюющего, основываясь на списке семи групп медиаторов (см. главу 3), которые определяют процесс горевания.
4. Основывайте свои интервенции в консультировании горюющих на единой теории, такой как теория задач горевания.
5. Прежде чем осуществлять какие-либо интервенции, тщательно проведите диагностическую оценку. Мы делаем это в психотерапии до того, как берем пациента в лечение. Это можно делать и в консультировании горюющих, как при индивидуальной, так и при семейной или групповой работе.
6. Придерживайтесь идеи «обслуживания клиентов» (customer service). Спросите клиентов, в чем они нуждаются и чего ждут; в ходе лечения оценивайте, получают ли они то, в чем нуждаются, и если нет, то как вы можете помочь им получить это.
7. Используйте инструментарий для скрининга, если он доступен, например тот, который мы разработали в нашем гарвардском исследовании детей, потерявших родителей, для идентификации детей с риском плохой адаптации к смерти родителя, а затем предлагайте ранние интервенции, чтобы предотвратить негативные последствия в течение двух лет после утраты (Worden, 1996).
8. Если инструментарий для скрининга недоступен, идентифицируйте группы риска по месту жительства и направьте свои усилия на них. Среди них будут престарелые и социально изолированные вдовцы, матери, потерявшие детей, те, кто потерял близких, умерших внезапной/насильственной смертью (включая убийство), люди с историей травмы/насилия, с высокой зависимостью от умершего, с неэффективными стилями копинга, а также с низкой самоэффективностью и самооценкой (Jordan & Neimeyer, 2003).

Если горящий демонстрирует высокий уровень депрессии, гнева, навязчивых размышлений или тревоги, то нужно принять во внимание возможность осложненного горя, и клиенту должна быть рекомендована терапия горя (см. главу 6).

Пытаясь оценить, какое консультирование горя эффективно, Паркс делает обзор нескольких исследований. Он рассматривает профессиональные службы, предлагающие поддержку переживающим утрату, а также волонтерские группы самопомощи. В конце своего исследования Паркс (Parkes, 1980) заключает: *«Представленные здесь свидетельства подсказывают нам, что профессиональные службы и поддерживаемые профессионалами волонтерские группы способны снизить риск психиатрических и психосоматических нарушений в результате утраты. Такие услуги особенно полезны тем переживающим утрату людям, которые ощущают, что не получают поддержки в своих семьях, а также тем, кого по другим причинам можно считать подверженными особому риску»* (с. 6).

Маргарет и Вольфганг Штребе (Stroebe & Stroebe, 1987), а также Беврли Рафаэл (Raphael, 1977) согласны с наблюдением Паркса, что риск психологического или физического нарушения после утраты можно уменьшить с помощью интервенций. Они также утверждают, что люди группы риска получают от этих интервенций наибольшую пользу. Мой собственный клинический опыт подтверждает это заключение.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- Какой из 10 принципов консультирования горя наиболее соответствует вашему уровню знаний, тренинга и опыта? В каком из этих 10 принципов вы чувствуете себя наименее уверенно, учитывая уровень вашего профессионального развития? Каким образом вы планируете повышать свою уверенность в своем дальнейшем обучении или супервизии?
- Второй принцип консультирования горя предполагает выявление эмоций, которые чаще всего испытывают горюющие. С какими из них вы встречаетесь чаще всего, а с какими реже? Можете ли вы добавить к этому списку характерных эмоций что-то еще?
- Что вы думаете о рассуждениях автора о группах поддержки для переживающих утрату? С чем из этого вы согласны, а с чем нет?
- Автор считает, что похоронный ритуал очень полезен как средство содействия консультированию горя. С чем в этой идее вы согласны, а с чем нет? Что можно было бы добавить к процессу похорон, чтобы увеличить эффективность поддержки переживающих утрату людей, семей и сообществ?
- В этой главе автор подчеркивает, что не всем людям нужны или полезны различные интервенции, которые используются при консультировании горя (в том числе и группы поддержки). Как это соотносится с вашим личным опытом наблюдения за скорбящими людьми?

ЛИТЕРАТУРА:

Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. (1999). Effectiveness of grief therapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370–380. doi:10.1037/0022–0167.46.3.370

Beckwith, B. E., Beckwith, S. K., Gray, T., Micsko, M. M., Holm, J. E., Plummer,

V. H., & Flaa, S. L. (1990). Identification of spouses at high risk during bereavement: A preliminary assessment of Parkes and Weiss' Risk Index. *Hospice Journal*, 6, 35–46. doi:10.1080/0742–969X.1990.11882676

Beresford, L. (1993). *The hospice handbook*. Boston, MA: Little Brown.

Bonanno, G. A. (2001). Introduction: New directions in bereavement research and theory. *American Behavioral Scientist*, 44, 718–725. doi:10.1177/0002764201044005002

Brown, J. C. (1990). Loss and grief: An overview and guided imagery intervention model. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 434–445.

Caserta, M. S., Lund, D. A., Ulz, R. L., & Tabler, J. L. (2016). “One size doesn't fit all” – Partners in hospice care, an individualized approach to bereavement intervention. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73, 107–125. doi:10.1177/0030222815575895

Castle, J., & Phillips, W. L. (2003). Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 41–71. doi:10.1080/15325020305876

Cerney, M. S., & Buskirk, J. R. (1991). Anger: The hidden part of grief. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 228–237.

Chow, A. (2010). Anticipatory anniversary effects and bereavement: Development of an integrated explanatory model. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 54–68. doi:10.1080/15325020902925969

Connor, S. (2017). *Hospice and palliative care: The essential guide* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

Currier, J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 253–259. doi:10.1080/15374410701279669

Davis, C., Harasymchuk, C., & Wohl, M. (2012). Finding meaning in traumatic loss: A families approach. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 142–149. doi:10.1002/jts.21675

Field, N., & Horowitz, M. (1998). Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief. *Psychiatry Interpersonal and Biological*

Processes, 61, 279–287. doi:10.1080/00332747.1998.11024840

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), Standard edition of the complete works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 237–260). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1917)

Gamino, L. A., & Sewell, K. W. (2004). Meaning constructs as predictors of bereavement adjustment: A report from the Scott & White grief study. *Death Studies*, 28, 397–421. doi:10.1080/07481180490437536

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York, NY: Guilford Press.

Hackett, T. P. (1974). Recognizing and treating abnormal grief. *Hospital Physician*, 10, 49–50, 56.

Hoy, W. (2013). *Do funerals matter?: The purposes and practices of death rituals in global perspective*. New York, NY: Routledge.

Hoy, W. (2016). *Bereavement groups and the role of social support: Integrating theory, research, and practice*. New York, NY: Routledge.

Hustins, K. (2001). Gender differences related to sexuality in widowhood: Is it a problem? In D. A. Lund (Ed.), *Men coping with grief* (pp. 207–213). Amityville, NY: Baywood Publishing. *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 315–323). New York, NY: Routledge.

Lister, S., Pushkar, D., & Connolly, K. (2008). Current bereavement theory: Implications for art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 245–250. doi:10.1016/j.aip.2008.06.006

Malkinson, R. (2007). *Cognitive grief therapy: Constructing a rational meaning to life following loss*. New York, NY: W. W. Norton.

Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558. doi:10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. (2003). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York, NY: Routledge.

Neimeyer, R., Klass, D., & Dennis, M. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38, 485–498. doi:10.1080/07481187.2014.913454

O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Loh, R., & Willcock, B. (2003). Writing therapy for the bereaved: Evaluation of an intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 195–204. doi:10.1089/109662103764978443

Onrust, S., Cuijpers, P., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2007). Predictors of psychological adjustment after bereavement. *International Psychogeriatrics*, 19, 921–934. doi:10.1017/S1041610206004248

Parkes, C. M. (1980). Bereavement counselling: Does it work? *British Medical Journal*, 281, 3–6.

Parkes, C. M. (1998). Editorial. *Bereavement Care*, 17, 18. doi:10.1080/026826298 08657431

Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25–45). Washington, DC: American Psychological Association.

Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (2015). *Death and bereavement across cultures* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2009). Followup outcome in short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 13, 46–58. doi:10.1037/a0013830

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., . . . Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30. doi:10.1176/ajp.152.1.22

Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Consequences, coping, and care* (pp. 613–645). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10436–026

Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450–1454. doi:10.1001/archpsyc.1977.01770240076006

Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 587–612). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10436–025

Raphael, B., & Nunn, K. (1988). Counseling the bereaved. *Journal of Social Issues*, 44, 191–206. doi:10.1111/j.1540–4560.1988.tb02085.x

Schut, H. (2010). Grief counselling efficacy: Have we learned enough? *Bereavement Care*, 29, 8–9. doi:10.1080/02682620903560817

Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Stroebe, M. (1996). Cross-

modality group therapy: Description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 357–365. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199605)52:3<357::AID-JCLP14>3.0.CO;2-H

Schut, H., Stroebe, M. S., & van den Bout, J. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 705–737). Washington, DC: American Psychological Association.

Schutz, W. (1967). *Joy: Expanding human awareness*. New York, NY: Grove.

Schwartzberg, S., & Halgin, R. P. (1991). Treating grieving clients: The importance of cognitive change. *Professional Psychology Research and Practice*, 22, 240–246. doi:10.1037/0735-7028.22.3.240

Schwartz–Borden, G. (1986). Grief work: Prevention and intervention. *Social Casework*, 67(8) 499–505.

Schwartz–Borden, G. (1992). Metaphor: Visual aid in grief work. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 25, 239–248. doi:10.2190/1QY6-38U7-XRHV-JE9X

Shear, M., & Skritskaya, N. (2012). Bereavement and anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14, 169–175. doi:10.1007/s11920-012-0270-2

Sheldon, A. R., Cochrane, J., Vachon, M. L., Lyall, W. A., Rogers, J., & Freeman, S. J. (1981). A psychosocial analysis of risk of psychological impairment following bereavement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 253–255.

Shuchter, S., & Zisook, S. (1987). The therapeutic tasks of grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Silverman, P. R. (1986). *Widow to widow*. New York, NY: Springer Publishing.

Silverman, P. R. (2004). *Widow to widow: How the bereaved help one another* (2nd ed.). New York, NY: Brunner–Routledge.

Simos, B. G. (1979). *A time to grieve*. New York, NY: Family Service Association.

Stahl, S., & Schulz, R. (2014). Changes in routine health behaviors following late–life bereavement: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 736–755. doi:10.1007/s10865-013-9524-7

Steele, D. W. (1975). *The funeral director's guide to designing and implementing programs for the widowed*. Milwaukee, WI: National Funeral Directors Association.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224. doi:10.1080/074811899201046

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 61, 273–289. doi:10.2190/OM.61.4.b

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48–66. doi:10.1037/1089–2680.9.1.48

Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLOS ONE*, 9, 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0096606

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Turetsky, C. J. (2003). Development of an art psychotherapy model for the prevention and treatment of unresolved grief during midlife. *Art Therapy*, 20, 248–256. doi:10.1080/07421656.2003.10129577

van der Hart, O. (1988). An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy: A brief communication. *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 36, 63–69. doi:10.1080/00207148808409329

Vlasto, C. (2010). Therapists' views of the relative benefits and pitfalls of group work and one-to-one counselling for bereavement. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10, 60–66. doi:10.1080/14733140903171220

Weisman, A. D. (1988). Appropriate death and the hospice program. *Hospice Journal*, 4, 65–77.

Worden, J. W. (1976). *Personal death awareness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.

Worden, J. W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. New York, NY: Guilford Press.

Worden, J. W. (2002). *Grief counseling & grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 349–357. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/05b9/ed5c4a826771b8fd73700536646e8c658f02.pdf>

Yopp, J., & Rosenstein, D. (2013). A support group for fathers whose partners died from cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 169–173. doi:10.1188/13.CJON.169–173

ГЛАВА 5. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ: ОСЛОЖНЕННОЕ ГОРЕВАНИЕ

Прежде чем мы рассмотрим конкретные патологические реакции горя, которые потребуют психотерапии горя, важно понять, почему некоторые люди не могут горевать. Позже мы рассмотрим типы патологического или осложненного горя и увидим, как клиницист может выявлять и диагностировать такие случаи.

ПОЧЕМУ ЛЮДИ НЕ МОГУТ ГОРЕВАТЬ

Рассматривая процесс горевания в первой и второй главах, мы определили семь главных медиаторов, которые могут повлиять на тип, интенсивность и продолжительность горя. Большую часть этих факторов также важно учитывать, когда мы рассматриваем вопрос, почему люди не могут горевать.

ХАРАКТЕР ОТНОШЕНИЙ

Связанные с отношениями факторы определяют тип отношений человека с умершим. Тип отношений, который чаще всего мешает людям адекватно переживать горе, – в высшей степени амбивалентные отношения с невыраженной враждебностью. Неспособность реально оценить эту высокую степень амбивалентности в отношениях с умершим и иметь с ней дело сдерживает переживание горя и обычно предвещает чрезмерное количество гнева и вины, представляющие трудность для оставшегося в живых. Другой тип отношений, создающий трудности, – очень нарциссичные отношения, когда умерший являлся нарциссическим расширением оставшегося в живых. Признать утрату этого человека неизбежно означает признать потерю части себя самого. Поэтому утрата отрицается.

В некоторых случаях смерть может открыть старые раны. Смерть родного или приемного родителя или другого человека, который сексуально злоупотреблял оставшимся в живых, может вновь пробудить прежние чувства. Исследования насилия показали, что жертвы обычно имеют низкую самооценку и самообвиняющий стиль атрибуции. Самообвинения могут активизироваться и до, и после смерти этого человека и свергнуть остав-

шегося в живых в осложненное горевание. Это менее вероятно, если чувства, связанные с насилием, были проработаны ранее. Тем не менее в случаях, если этот человек сталкивался со злоупотреблением раньше, смерть может пробудить мысли и чувства, связанные с этим типом осложненных и конфликтных отношений с насильником.

Иногда мы горюем о том, чего мы хотели, но никогда не имели в отношениях или никогда не будем иметь. Однажды я работал с женщиной, чья мать страдала от болезни Альцгеймера и нуждалась в услугах сиделки на дому. Наблюдая за постепенным ухудшением состояния матери, она остро осознала, что теряет возможность получить любовь и заботу от плохо относившейся к ней матери. После смерти матери она обратилась за лечением в связи с депрессией. Работа горя включала помощь в том, чтобы пациентка смогла оплакать и мать, и исчезновение мечты о получении материнской любви и привязанности, которые она страстно желала получить.

В высшей степени зависимые отношения тоже затрудняют горевание. Марди Горовиц, Нэнси Вилнер, Чарльз Мармар и Джанис Крупник (Horowitz, Wilner, Marmar & Krupnick, 1980) из медицинского колледжа Калифорнийского университета (Сан-Франциско) считают, что зависимость и оральность играют важную роль в предрасположенности человека к патологической реакции горя. Человек, который находился в крайне зависимых отношениях, а потом потерял объект зависимости, переживает изменение образа самого себя. От образа сильного человека, имеющего надежную опору в лице сильного другого, он возвращается к существовавшему ранее образу слабого, беспомощного беспризорника, напрасно молящего о помощи того, кто потерял или покинул его.

Большинство людей, теряющих значимого другого, чувствуют себя в некоторой степени беспомощными и воспринимают свое положение как безнадежное. Но это ощущение отличается от отчаяния человека, находившегося прежде в очень зависимых отношениях. В состоянии беспомощности здорового человека поддерживает более положительный образ самого себя. У нормальной, здоровой личности в представлении о себе существует некоторый баланс позитивного и негативного. У человека, теряющего в высшей степени зависимые отношения, переживание беспомощности и представление о самом себе как о беспомощном человеке имеют тенденцию перекрывать все остальные чувства или любую способность корректировать это негативное самовосприятие и делать его более позитивным.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

Ранее мы видели, что обстоятельства, при которых произошла утрата, являются важными медиаторами силы и разрешения реакции горя. Существуют некоторые специфические условия, которые могут мешать человеку горевать или затруднять удовлетворительное разрешение горя. Первое из этих обстоятельств – неподтвержденная утрата (Boss, 2000). Один из примеров – солдат, пропавший без вести в ходе боевых действий. Жена не знает, жив он или умер и, соответственно, не может адекватно проходить процесс горевания. После войны во Вьетнаме многие женщины в конце концов поверили, что их мужья действительно погибли. Они прошли процесс горевания и справились со своей утратой, но как оказалось, только для того, чтобы вновь увидеть своих мужей, которые находились в плену, были освобождены и вернулись к ним. Это может показаться хорошим сюжетом для Голливуда, но в действительности ситуация создавала для этих пар большие трудности, и некоторые браки в итоге распались.

Противоположная ситуация также способствует тому, что горевание не находит разрешения. Есть женщины, которые до сих пор верят, что их мужья живы и находятся где-то во Вьетнаме, и они держатся за эту надежду и не могут проделать работу горя, пока наверняка не узнают, что муж мертв. Сын одной женщины пропал над Северной Атлантикой, возвращаясь в США в военном самолете. Много лет она верила, что ее сын был найден русскими и живет в России. Вся остальная семья была уверена, что он погиб, и оплакивала утрату. Когда Россия стала открытой для иностранцев, жена одна из первых получила визу и отправилась туда. Женщина искала сына, но, конечно, его там не было. И тогда она впервые смогла переживать горе.

Другая трудность возникает в случае большого количества погибших, например, когда происходит землетрясение, пожар, или разбивается самолет, или при аварии гибнут многие члены семьи. Трагические события 11 сентября 2001 года унесли много жизней. Многие люди тогда потеряли нескольких друзей или членов семьи. Другой пример множественной утраты – массовое самоубийство в Джонстауне, Гайана, когда умерли несколько сотен человек. Обстоятельства и масштаб этой утраты серьезно затруднили адекватное прохождение процесса горевания для оставшихся в живых членов семей. Количество оплакиваемых было слишком велико, и может показаться, что в таком случае лучше не горевать вовсе. Можно привести примеры и менее исключительных случаев множественных утрат. Я лечил женщину, которая потеряла четырех близких членов семьи в течение трех

лет. Она была так переполнена переживаниями, что не горевала открыто, но переживала свое горе как выбивающую из колеи тревогу – этот симптом и привел ее в терапию. Такие случаи можно рассматривать как перегрузку утратой (Kastenbaum, 1969).

Личная история

Люди с патологическими реакциями горя в прошлом с большей вероятностью продемонстрируют патологическую реакцию горя и в настоящем. *«Прежние утраты и сепарации влияют на новые утраты, сепарации и привязанности, а также на способность формировать привязанности в будущем»* (Simos, 1979, с. 27). У людей с историей заболевания депрессией возникает риск развития осложненной реакции горя (Parkes, 1972).

Особый интерес представляет влияние ранней потери родителя на развитие в дальнейшем осложненных реакций горя при переживании других утрат. Несколько исследований было посвящено тому, как это обстоятельство в дальнейшем влияет на возникновение проблем с психическим здоровьем, но в данный момент имеющиеся факты не позволяют сделать выводы. Ранняя утрата родителя может сыграть важную роль, но не менее важную роль играют отношения с родителями в ранний период. В ходе своего лонгитюдного исследования мужчин Вэйлиант (Vaillant, 1985) обнаружил, что оральность и зависимость, осложняющие переживание горя, происходят чаще из опыта жизни с непостоянными, незрелыми или несовместимыми друг с другом родителями, чем из опыта потери хороших родителей. Есть некоторые свидетельства того, что люди, переживающие осложненное горе, ранее испытывали ненадежность своих детских привязанностей и амбивалентные чувства к матери – своему первому объекту любви (Pincus, 1974).

Личностные факторы

Под личностными факторами подразумевается характер человека и то, как он влияет на его/ее способность справляться с эмоциональным дистрессом. Есть люди, не способные выдерживать высокую степень эмоционального дистресса, поэтому они отстраняются, чтобы защитить себя от сильных чувств. Из-за этой неспособности переживать эмоциональный дистресс у них происходит «короткое замыкание» процесса горевания, и часто формируются осложненные реакции горя.

Трудности с гореванием будут и у тех, кто не выносит переживания зависимости. *«Из-за того что разрешение чувства горя требует пережи-*

вания универсального, общего для всех людей, переживания беспомощности перед лицом экзистенциальной потери, люди, чьи основные защиты направлены на избегание переживания беспомощности, могут оказаться среди тех, кто демонстрирует дисфункциональные реакции горя. Таким образом, у людей, которые обычно на первый взгляд функционируют в высшей степени компетентно, серьезная утрата может перевернуть саму основу системы их защит» (Simos, 1979, с. 170).

Другой личностный фактор, который может помешать гореванию, – самовосприятие человека. У каждого из нас есть представление о том, кто мы, и обычно мы стараемся жить в соответствии с нашими представлениями о самих себе. Если часть представления человека о себе заключается в том, что он – самый сильный в своей семье, он будет стараться играть эту роль, даже когда это ему во вред. Такие люди (а обычно это представление о самом себе подкрепляется социумом) часто не позволяют себе переживать чувства, требуемые для адекватного разрешения переживания утраты (Lazare, 1979, 1989).

Джун – женщина среднего возраста, чей отец умер, когда она была еще совсем маленькой. Ее мать взяла на себя роль сильного человека в семье. Обстоятельства так сложились, что она отдала Джун в религиозный интернат для сирот, где говорили только по-французски. Хотя Джун было трудно, она идентифицировалась с силой своей матери, взяла на себя роль сильного человека и справилась. Позже, когда она вышла замуж, а ее муж умер, оставив ее с маленьким детьми, ей пришлось полагаться на ту же самую силу. Но через два года после этой потери она поняла, что не может разрешить связанные с утратой переживания, и пришла на терапию. Одной из вещей, которые ей мешали, была потребность быть сильной ради детей, хотя в других трудных ситуациях эта сила ей помогла. В терапии она смогла абстрагироваться от этой потребности и обратиться к своим более глубоким чувствам, связанным с утратой.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Другой медиатор горевания, который может сыграть крайне важную роль в развитии осложненных реакций горя, включает социальные факторы (Wilsey & Shear, 2007). Горе – это социальный процесс, и с ним лучше всего иметь дело в социальном окружении, где люди могут поддерживать и подбодрить друг друга в их реакциях на утрату. Лазар (Lazare, 1979, 1989) подчеркивает три социальных условия, которые могут предвещать

осложненные реакции горя или вызвать их возникновение. Первое условие – когда об утрате не принято говорить в социуме, что часто случается в случае суицида. Когда человек умирает таким образом, особенно если обстоятельства неоднозначны, часто никто не хочет говорить о том, было это самоубийство или несчастный случай. Семья и друзья нередко молчат об обстоятельствах смерти. Этот молчаливый сговор причиняет большой вред оставшемуся в живых, который может нуждаться в общении с другими для разрешения своего горя.

Расти, единственный ребенок, потерял мать в пятилетнем возрасте. Мать ушла в гараж и покончила с собой, присоединив шланг к выхлопной трубе и задохнувшись выхлопным газом. Отец был в таком смятении, что сразу же уехал на Западное побережье, оставив Расти на попечение родственников, живших на некотором расстоянии от его родного города на Среднем Западе. Никто никогда не разговаривал с ним о смерти матери и в особенности о том, как это произошло. Но проблемы, вызванные этой ранней утратой, и последовавшее за ней расставание с отцом вновь дали о себе знать, когда Расти было около тридцати. У него возникли проблемы в браке, и жена грозила оставить его. В терапии Расти в конце концов позволил себе исследовать свое детство и то, как эта утрата и неразрешенное горе повлияли на его взрослую жизнь.

Как реакция на молчание, окружающее суицид, возникли специальные группы поддержки для семей и друзей тех, кто покончил с собой. Группы поддержки такого типа важны для людей, которые не получают утешения в открытом общении с членами семьи и друзьями (Jordan & McIntosh, 2010).

Второй социальный фактор, осложняющий реакцию горя, – отрицание утраты социумом, другими словами, когда человек и его окружение ведут себя так, как будто утраты не было. Думаю, хороший пример – отношение части людей к абортам. Многие одинокие женщины решают прервать беременность. Здесь одна из проблем заключается в том, что решение часто принимается в одиночестве: мужчине не говорят о беременности, и семье женщины тоже не сообщают, в основном из-за страха. Итак, женщина делает аборт и затем глубоко «хоронит» эту историю в своей голове, как будто ничего не случилось. Но утрата требует, чтобы о ней погоревали, и если этого не происходит, то она всплывает позже, при других обстоятельствах. (Оплакивание аборта будет подробнее описано в седьмой главе.) Социально отрицаемые утраты приводят к тому, что Дока (Doka, 1989, 2002) называет нелегитимным горем, когда чувства горящего не признаны и не дозволены в обществе.

Третье социальное условие, которое может вызвать осложнения, – отсутствие в социуме поддерживающего окружения, состоящего из людей, которые знали умершего и могут поддержать друг друга. В нашем обществе люди часто уезжают далеко от своих друзей и семей. Допустим, человек живет в Бостоне и переживает смерть важного для него близкого, который умер в Калифорнии. Этот человек может получить некоторую поддержку в Бостоне, но это помогает совсем не так, как помогла бы группа людей, знавших умершего. Данный случай отсутствия поддерживающего окружения – чисто географический, но поддерживающее окружение может отсутствовать и по другим причинам. Его может не быть вследствие социальной изоляции (Breen & O'Connor, 2011).

Когда Паркс (Parkes, 1972) изучал поведение вдов, он обнаружил, что те из них, кто испытывал после смерти мужа самый сильный гнев, ощущали себя максимально изолированными. Отношения между гневом и социальной изоляцией были отмечены и в нашем исследовании. Женщина, которая потеряла мужа и которая очень сердита, может также ощущать изоляцию, несмотря на то, что семья и друзья находятся рядом. Это не только осложняет ее горе, но, возможно, способствует и усилению гнева, который она испытывает. Одна молодая вдова осталась с тремя детьми. Она получила значительную поддержку от друзей. Тем не менее спустя шесть месяцев она была очень – очень сердита, потому что никто больше не приходил и не звонил. Я чувствовал, что ее гнев отталкивает людей и делает ее еще более одинокой.

КОГДА ГОРЕ ИДЕТ НЕ ТЕМ ПУТЕМ

Осложненное горевание проявляется в нескольких формах и получило разные названия. Его называют патологическим горем, неразрешенным горем, осложненным горем, хроническим горем, отсроченным или чрезмерным горем. В ранних версиях «Диагностического и статистического руководства» Американской психиатрической ассоциации ненормальные реакции горя обозначались, как «осложненное переживание утраты». Но, пишет Горовиц, какое бы название вы ни выбрали, ненормальное горе или патологическое горе, это означает *«...такую степень силы горя, что человек оказывается переполненным, ведет себя неадаптивно или остается бесконечно в этом состоянии без продвижения в процессе горевания к его завершению... [Это] включает процессы, которые не идут поступательно в направлении ассимиляции или аккомодации, но, напротив, приво-*

дят к стереотипным повторениям или длительным остановкам процесса выздоровления» (Horowitz et al., 1980, с. 1157).

Осложненное горевание – это интенсификация горя до уровня, когда человек либо перегружен, что ведет к неадаптивному поведению, или пребывает на одной стадии горя, без прогресса в сторону завершения горевания. В нормальном процессе горевания переход, хоть и болезненный, но ни является невыносимым, ни преждевременно прерванным (Worden, 1982, 1991, 2001, 2009)

Сила этого определения в исключении боли как определяющего фактора. Горюющий может испытывать сильную боль, но это не является показателем того, что он или она переживают осложненное горевание.

В начале века Фрейд (Freud, 1917/1957) и Абрахам (Abraham, 1927) написали работы, в которых провели различие между нормальным и патологическим горем. При этом их подход заключался главным образом в том, чтобы описать конкретные характеристики нормального горя и характеристики, свойственные патологическому горю. Этот описательный подход обычно не бывает достаточным или удовлетворительным. Последующие полевые исследования указывают на то, что некоторые из указанных Фрейдом и Абрахамом характеристик патологического горя встречаются и среди нормальных реакций горя, обнаруживаемых в случайной выборке. Примером могут служить эпизоды боли, следующие за утратой. Фрейд и Абрахам считали, что эти эпизоды указывают на патологическую реакцию горя, тогда как сейчас мы рассматриваем их как достаточно распространенный опыт. Сегодня мы находим, что существует некоторый континуум, пролегающий между нормальной и ненормальной реакцией горя, между осложненным и неосложненным горем, и что патология проявляется скорее в интенсивности или длительности реакции, чем просто в присутствии или отсутствии конкретного симптома или поведения (Horowitz et al., 1980).

Появление диагноза осложненного горя

В последнее десятилетие предпринимались попытки определить осложненное горе так, чтобы ему можно было дать точное определение и включить его в очередное издание «Диагностического и статистического руководства». Принятие осложненного горя как достоверного расстрой-

ства открыло бы дверь финансированию дальнейших исследований и оплате лечения людей с таким диагнозом третьей стороной. Значительная часть работы, проделанной за эти двадцать лет, касалась определения; это было предложение и уточнение критериев нарушения. Такие исследования инициировались двумя группами: одна – в Питтсбурге (позже это был Йельский университет, а сейчас – Гарвард) под руководством Холли Приджерсон, другая – в Сан-Франциско под руководством Марди Горовица. Одной из коллег Приджерсон была Кэтрин Шир, которая сейчас проводит свое собственное исследование в Университете Колумбия в Нью Йорке.

Идея формулируемого в настоящее время диагноза была предложена Приджерсон и ее коллегами (Prigerson et al., 1995), когда она работала в университете Питтсбурга. Данные, ранее полученные при изучении пожилых людей, были использованы для изучения критериев горя и депрессии с помощью факторного анализа. Неудивительно, что большая часть признаков горя коррелировала с одним фактором, а признаки депрессии – с другим. Группа заключила, что горе и депрессия – разные состояния. Большой прорыв был сделан, когда некоторые признаки горя были идентифицированы как характеризующие осложненное горе (хотя они выявлялись с помощью опросника, используемого для тестирования вообще всех людей, понесших утрату), а другие признаки ясно определялись как опыт нормального горевания. Конкретные признаки горя были выявлены, основываясь на их чувствительности и специфичности в качестве предикторов вредных последствий для душевного и физического здоровья.

В начале их работы появились две идеи. Первая заключалась в том, что при осложненном горе действуют два фактора: травматический дистресс и сепарационный дистресс. Хотя теоретически это интересно, однако два типа дистресса имели тенденцию частично совпадать и высоко коррелировали друг с другом, так что в работе этой идее уделялось меньше внимания. Другая идея заключалась в том, что феномен осложненного горя явно не совпадал с тревогой и депрессией. Исследователи утверждали, что существует три ясно различимых явления: осложненное горе, тревога и депрессия, и у этих явлений мало точек соприкосновения (Prigerson, Bierhals, Kasl & Reynolds, 1996). Некоторые более поздние исследования подтверждают валидность этой точки зрения (Boelen & Van den Bout, 2005; Boelen, Van den Bout & Keijeser, 2003). В другом исследовании также ставится вопрос об этих различиях (Hogan, Worden & Schmidt, 2004, 2005).

По ходу работы формулировка диагноза несколько раз менялась. Вначале это было «осложненное горе», затем название изменили на «травматическое горе», даже если не было признаков того, что утрата произошла

из-за травматичной смерти (Prigerson & Jacobs, 2001). Позже название было вновь изменено на «осложненное горе»; в последнее время это расстройство называют «затяжное горе» (Goldsmith et al., 2008).

В 1999 году ведущие исследователи горя собрались на конференцию для достижения консенсуса, чтобы разработать более четкий набор критериев, пока участники не пришли к согласию по поводу того, какие симптомы и поведение следует включить в диагноз (Prigerson et al., 1999). Эти пункты были изложены согласно стандартному описанию расстройства в DSM и помещены в формальные группы (от критерия А до критерия D) в DSM. Эти критерии включают: трудность для пациента признания смерти на когнитивном, эмоциональном и социальном уровне и выраженное и устойчивое нарушение функционирования, связанное с этой симптоматологией (Boelen, van den Hout & van den Bout, 2006).

При определении этого диагноза одним из вопросов, вызвавших настоящую борьбу, стал вопрос времени. Во-первых, как долго должны наблюдаться эти симптомы, чтобы поставить диагноз? И, во-вторых, сколько времени должно пройти после смерти близкого человека, чтобы поставить диагноз? Существующие в настоящее время критерии устанавливают, что симптом должен сохраняться в течение 6 месяцев. Более ранние версии определения диагноза рассматривали симптомы, длящиеся 2 месяца. Время, которое должно пройти с момента смерти, прежде чем будет поставлен диагноз, тоже стало предметом спора. Те, кто выступает за раннюю диагностику, в течение 6 месяцев после смерти, утверждают, что такое поведение, возникая вскоре после утраты, предвещает горюющему дальнейшие трудности в плане физического и душевного здоровья. Те, кто выступает за позднюю диагностику, возражают, поскольку многие из пунктов Критерия В, такие как оцепенение, дистанцирование от людей и трудности с принятием факта смерти, – это обычный опыт нормальных горюющих; через некоторое время симптомы исчезают без специальных интервенций. Горовиц предполагает, что оценка осложненного горя не должна проводиться раньше первой годовщины смерти; и мне этот аргумент всегда казался очень убедительным.

В 2005 году исследователей призвали провести надежное эмпирическое исследование и оценку диагноза осложненного горя, предложенного для классификатора DSM-V, который планировалось издать в 2010 году. Такое исследование могло бы привести к изменениям и модификациям существующих критериев, и я сомневаюсь, что выводом из этого исследования будет неодобрение диагноза осложненного горя. В этот диагноз уже было вложено слишком много труда, энергии и индивидуальных усилий, чтобы

теперь от него отказаться.

Горовиц (2005) выдвинул альтернативное предложение, обозначенное в статье под названием «Размышления о расстройстве осложненного горя как диагнозе». Он предпочел бы, чтобы осложненное горе было включено в DSM как травматическое расстройство и чтобы все категории DSM, относящиеся к травме, были заново организованы и определены. Он знает, однако, что действующие государственные структуры не дадут этого сделать. Вследствие этого он заключает свое интересное размышление утверждением, что для осложненного горя необходим какой-нибудь диагноз хотя бы уже потому, что люди, чье горевание проходит, могут получить помощь благодаря поставленному диагнозу, клинической формулировке и лечению, оплачиваемому третьей стороной. Важно не то, какое конкретно поведение будет включено в формальный диагноз DSM, а, скорее, клиническая оценка опытного профессионала, который может оценить копинг и защиты и отличить тех горюющих, которые справляются хорошо, от тех, чье горе слишком очевидно выходит из-под контроля, чтобы считаться осложненным, и, таким образом, требовать диагноза и лечения. По этой причине Горовиц хотел бы видеть в DSM формальный диагноз, который помог бы всем: пациенту – получать лечение, врачу – получать за это оплату, а исследованию горя и утраты – продвигаться вперед.

В 2013 году был выпущен DSM-V. В нем было внесено 5 изменений, касающихся горя и горевания и того, как было определено осложненное горевание. Во-первых, были изъяты исключения переживания тяжелой утраты при диагностике тяжелой депрессии у скорбящих. Ранее такой диагноз не мог быть поставлен в течение как минимум двух месяцев с момента смерти. Теперь диагноз депрессия можно поставить и переживающим утрату не так давно. Одним из аргументов в пользу этого изменения было то, что данное исключение никогда не входило в Международную классификацию болезней (МКБ), другое диагностическое руководство, широко применяемое по всему миру.

Во-вторых, из DSM-V убрали исключение горя из категории адаптационных расстройств – решение, которое я категорически приветствую. Расстройства адаптации определяются как ответ на стрессовое изменение жизни, такое, как развод или смерть, которое кажется несоразмерным самому событию за пределами ожидаемой в культурном отношении нормы и снижает способность человека функционировать в ключевых образовательных, социальных, семейных и других важных ролях.

Третье изменение позволило диагностировать расстройство сепарационной тревоги у взрослых. Раньше этот диагноз ставили только детям

и подросткам. В такой диагностике сепарационное тревожное расстройство определяется у взрослых как страх разделения с фигурой привязанности после утраты и сохраняется в течение 6 месяцев.

Четвертое изменение оставило диагноз Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Иногда его можно рассматривать как проявление реакции на тяжелую утрату, возникшую в результате наблюдения или столкновения с травмирующим событием, таким как внезапная или насильственная смерть. Такие переживания могут привести к ряду симптомов, таких как навязчивые воспоминания, флэшбэки, сновидения, а также другие симптомы, длящиеся больше месяца и нарушающие способность человека исполнять ключевые роли (Doka & Tucci, 2017).

Пятое изменение является наиболее важным по своему влиянию на осложненное горевание и DSM. Было решено, что для осложненного горя нет необходимости в отдельной диагностической категории. Этим было признано, что такой диагноз DSM может патологизировать горе и влиять на гипердиагностику и чрезмерное назначение лекарственных средств. Ни патологическое горе (Prigerson, 2009), ни расстройство осложненного горевания (Shear, 2011) не были добавлены в DSM. Однако, комиссия добавила стойкое комплексное расстройство, связанное с тяжелой утратой в качестве допустимого расстройства и поместила его в раздел III в категорию «Условия для дальнейшего изучения». Критерии такого расстройства охватывают элементы расстройства осложненного горя и патологического горя. Это решение служит призывом к профессиональному сообществу продолжить исследования, которые будут определять характеристики такого синдрома. Таким образом, у нас появилось еще одно название для определения осложненного горя для DSM. Важные предложения для определения диагностируемых категорий для осложненного горя, внес Рандо (2012). Они соответствуют критериям как исследователей, так и врачей.

СУЩЕСТВУЮЩАЯ МОДЕЛЬ ОСЛОЖНЕННОГО ГОРЯ

Пока продолжается борьба за формулировку приемлемого диагноза для DSM, существуют люди, которые сталкиваются с осложненным горем и нуждаются в нашей помощи и интервенциях. Кстати, я предпочитаю термин «осложненное горе» термину «ненормальное горе». Ненормально не горе, которое люди испытывают. Их опыт переживания горя – это их личный опыт. Невозможно переоценить индивидуальные различия в переживании горя. Потому что горе каждого отдельного человека не та-

кое, как у других людей (Олпорт, 1957, из лекционных записей). Трудность заключена в процессе горевания. Что-то сдерживает процесс горевания и не позволяет ему продвигаться вперед, к хорошей адаптации к утрате. Человек испытывает сложности на пути к естественным процессам исцеления (Shear, 2010). Задачи горевания и медиаторы горевания дают терапевту и пациенту ключ к тому, что происходит, и предлагают основу для эффективных интервенций (Worden, 2017).

Есть несколько способов описания осложненных реакций горя. Я хочу предложить парадигму, которую нахожу полезной в своей клинической работе и которую вы тоже можете считать полезной. Эта парадигма выделяет четыре направления, по которым идет осложненное горе: (1) хронические реакции горя; (2) отсроченные реакции горя; (3) чрезмерные реакции горя и (4) замаскированные реакции горя. Давайте рассмотрим каждый раздел отдельно.

ХРОНИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Хроническая или затяжная реакция горя чрезмерно длительна и никогда не приходит к удовлетворительному завершению. Реакции на годовщину смерти переживаются через десять и более лет, но сами по себе они еще не означают хроническое горе. Этот тип реакции горя достаточно легко диагностировать, потому что переживающий ее человек очень хорошо осознает, что никак не может пройти через период горевания. Это осознание становится особенно острым, когда горевание продолжается уже несколько лет, и человек чувствует, что оно не завершено. Достаточно типично, что люди приходят через два года или через пять лет после смерти близкого и говорят что-то вроде: «Это никак не кончится» или «Мне нужна помощь, чтобы снова стать прежним». Даже если человек хорошо осознает это состояние, хроническое горе не всегда проходит само собой. Тем не менее при обращении по инициативе клиента его проще диагностировать.

Формулируемый диагноз осложненного горя (которое теперь называют затяжным горем), который обсуждался выше, как раз подходит, потому что предполагается, что хроническое горе можно идентифицировать рано с помощью критериев, указанных в этом диагнозе (либо в оценке клинициста, либо со слов пациента), и ранняя интервенция может помочь горю этих людей не стать хроническим. Прогноз и ранняя интервенция – часть принятого в Гарварде превентивного подхода к душевным болезням, и я разработал инструменты скрининга и для ранней идентификации больных раком пациентов, входящих в группу риска (Weisman & Worden, 1980), и для пережи-

вающих утрату детей, входящих в группу риска (Worden, 1996).

От некоторых пациентов лечение потребует признания факта, что человек умер и никогда не вернется, как бы сильно им ни хотелось, чтобы это было не так (задача I). Нежелание принять тот факт, что близкий человек мертв, понятно, особенно, когда умирает ребенок. Консультанту следует исследовать конкретное значение, которое имел этот ребенок для родителя (кроме очевидного). Рита более двух лет боролась горем после смерти 12-летней дочери. Она потеряла не только ребенка, но и единственного человека, который умел массировать ее шею во время приступа мигрени и облегчать боль.

Другим может быть полезно понять запутанные и амбивалентные чувства, связанные с покойным (задача II). Смерть сына, совершившего самоубийство три года назад, заставила его мать бороться со сложными чувствами по поводу того, что он покончил с собой, а также с воскресшими воспоминаниями о том, как она забеременела подростком, не будучи замужем, какое отвержение семьи и друзей она тогда пережила (Serney & Buskirk, 1991). Некоторые хронические реакции горя могут означать тоску по отношениям, которых не было, но которые могли быть (Paterson, 1987). Я наблюдал это у нескольких пациентов, в личной истории которых был алкоголизм и сексуальное насилие.

Для тех, чьи отношения с умершим были очень зависимыми, частью интервенции могут стать помощь в адаптации к отсутствию любимого человека и формирование новых навыков. Других, стремящихся к привязанности и при этом характеризующихся ненадежным стилем привязанности, утрата оставляет с чувством незащищенности и неспособностью справиться самостоятельно. Они могут нуждаться в помощи и поддержке в формировании новых отношений, которые частично смогут удовлетворить их потребности (задача III).

Через пять лет после внезапной смерти жены молодой человек пришел на терапию, потому что не мог установить отношения с женщинами, хотя с несколькими у него были свидания. С помощью техники «пустого стула» ему было предложено пообщаться с умершей женой и услышать от нее, что она хочет, чтобы его жизнь продолжалась, чтобы он нашел другую жену и был счастлив. После нашей совместной работы он посетил ее могилу, а потом пришел и сказал мне: «Когда я хочу вспомнить ее, я всегда для этого могу сходить на кладбище». Он «переместил» ее из своего сердца в такое место, где мог достойно хранить память о ней и при этом освободиться, продолжать жить и найти новую жену. Что он впоследствии и сделал, создав новую семью. Это явно была эффективная адаптация к четвер-

той задаче горевания: сделать что-то, чего он не мог за предшествующие пять лет хронического горя.

При хронической, или затяжной, реакции горя требуется, чтобы терапевт и клиент решили, какая задача горя не была решена и какие медиаторы горя на это влияют. Затем интервенция фокусируется на решении этих задач.

ОТСРОЧЕННЫЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Отсроченные реакции горя иногда называют сдерживаемыми, подавленными или отложенными. В этом случае у человека, возможно, была реакция в момент утраты, но при утрате этого недостаточно. Однажды в будущем у человека могут возникнуть симптомы горя по поводу новой, недавней смерти, и интенсивность его горевания может оказаться чрезмерной. Что происходит в таком случае? Часть переживания горя, особенно та, которая относится к задаче II, не разрешенная адекватно в период первоначальной утраты, возникает вновь и переживается в период нынешней утраты. В целом человек отчетливо ощущает, что отклик на новую ситуацию является чрезмерным. Один медиатор, который часто ассоциируется с отсроченными реакциями горя, – недостаток социальной поддержки во время утраты.

Интересным примером отсроченного горя является случай женщины, которая потеряла несколько детей при аварии. В то время она была беременна, и ей посоветовали не расстраиваться слишком сильно, потому что чрезмерно интенсивные чувства могут быть опасны для ее беременности. Она последовала совету и почувствовала сильное горе только тогда, когда ее младший ребенок покинул дом (Geller, 1985).

Чувства, переполняющие человека в момент утраты, могут быть причиной того, что он откладывает переживание горя. Так часто бывает в случае суицида. Хотя горе переживается вовремя, это переживание недостаточно для такой утраты, и горе может проявиться позже. Отсроченное горе может также быть вызвано другими типами утраты. Я видел несколько человек, чье горе, связанное с более ранней утратой вследствие смерти близкого, вновь было вызвано к жизни приближающимся или недавним разводом. Отсроченное горе также может возникнуть через годы после пережитого выкидыша.

Множественные утраты могут также стать причиной того, что горевание откладывается из-за масштаба потерь и «перегрузки утратой» (Kastenbaum, 1969). Один из моих клиентов во время Вьетнамской войны

потерял несколько товарищей, попавших в засаду, но в силу обстоятельств не мог горевать. После войны он женился и начал бить свою жену. В ходе консультирования стало ясно, что ему легче было испытывать гнев, чем более глубоко спрятанную скорбь, которая в конце концов проявилась. Работа с горем в офисе и в организации ветеранов войны во Вьетнаме (Вашингтон, округ Колумбия) привела его к завершению переживания этих потерь, и его поведение стало менее агрессивным.

Такие отсроченные реакции горя могут возникать не только в случае последующей утраты, но и когда человек наблюдает, как потерю переживает кто-то другой, при просмотре фильма, телевизионной программы или иной информации из СМИ, где главная тема – утрата. Если вы смотрите печальную пьесу, испытать печаль нормально. Но отсроченная реакция горя характеризуется интенсивностью чувств, которая при дальнейшем рассмотрении часто оказывается неразрешенным горем по прежней утрате. Боулби (Bowlby, 1980) предлагает возможное объяснение тенденции, когда недавнее горе активизирует горе по утрате, пережитой ранее. Теряя кого-то, к кому он в данный момент привязан, человек часто обращается к ранней фигуре привязанности в поисках утешения. Однако если этой фигуры, например родителя, уже нет в живых, боль от прежней утраты будет переживаться вновь (или, возможно, в первый раз).

Мой коллега Джордж Бонанно возражает, считая, что нет такого феномена, как отсроченное горе (Bonanno et al., 2002). Он никогда не встречался с такими случаями, и его исследование не подтверждает валидность этого понятия. При всем уважении к нему, мне придется возразить. Вместе с моими коллегами, такими как Тереза Рандо (1993), я лечил несколько человек, подходивших под данное выше описание. Одной из проблем является соединение понятия отсроченного горя с понятием отсутствующего горя, описанного Хелен Дойч (Deutsch, 1937) в ее классической работе. У большинства тех, кого я лечил, горе не отсутствовало во время утраты, но по той или иной причине, обычно из-за отсутствия социальной поддержки, человек не проживал его адекватно, и оно вновь появлялось гораздо позже, часто в форме глубокой скорби и постоянного плача по поводу меньшей потери. Исследователи, которые пытаются обосновать этот диагноз или признать его недействительным, возможно, нуждаются в более широких временных рамках исследования, а также должны помнить о феномене низкой частотности. Бонанно и его коллеги (Bonanno et al., 2002) обнаружили низкую частотность в 4% случаев отсроченного горя в группе из 205 испытуемых в течение 18 месяцев после смерти супруга. Используя тот же инструментарий, мы обнаружили низкую частотность в 8% случаев в груп-

пе из 70 испытуемых в течение 2 лет после смерти супруга.

ЧРЕЗМЕРНЫЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Третья диагностическая категория имеет дело с чрезмерными реакциями, когда человек, переживающий особенно интенсивную реакцию горя, либо чувствует себя переполненным, либо демонстрирует неадаптивное поведение. В отличие от замаскированного горя, когда человек не понимает, что его симптомы имеют отношение к утрате, люди с чрезмерной реакцией горя осознают, что их симптомы и поведение относятся к утрате, и они приходят на терапию, потому что их опыт превышает их силы и выбивает из колеи. Чрезмерные реакции горя включают основные психиатрические расстройства, развивающиеся вследствие утраты и часто получающие диагноз по DSM.

Клиническая депрессия, которая развивается после утраты, является одним из примеров чрезмерной реакции на горе. Чувство подавленности и безнадежности после утраты – распространенный и обычно временный опыт многих горюющих. Но у большинства из них не наблюдается клиническая депрессия. Тем не менее, если переживание безнадежности «расцветает», превращаясь в иррациональное отчаяние, и сопровождается другими характеристиками депрессии, за этим может последовать диагноз депрессии и потребность в психофармакологическом лечении. Морин оказалась в состоянии глубокой затяжной депрессии после смерти отца. Когда депрессия начала проходить благодаря лечению антидепрессантами, мы смогли обсудить конфликты Морин с отцом. Оказалось, что она испытывала давнюю злость на отца, который большую часть ее детства отсутствовал, и этот гнев подпитывал депрессию. Она сумела идентифицировать эти чувства и все высказать отцу с помощью техники пустого стула. В конце концов она смогла посетить его могилу и прочитать ему письмо, отражавшее как ее негативные, так и позитивные чувства. Интересно, что до этого события у нее никогда не было депрессии, и впоследствии длительное время не наблюдалось депрессивных эпизодов.

Тревога – другая распространенная реакция на утрату. Если тревога проявляется в виде панических атак, фобического поведения или в другом типе тревожного расстройства, я бы также включил эти симптомы в число проявлений чрезмерного горя. Якобс, Хансен, Касл, Остфелд, Беркман и Ким (Jacobs, Hansen, Kasl, Ostfeld, Berkman & Kim, 1990) обнаружили, что тревожные расстройства очень распространены при остром переживании утраты. Более 40% переживающих утрату участников их исследования ов-

доведших супругов сообщали об эпизоде тревожного расстройства в течение первого года после утраты. У большой группы страдающих от тревожных расстройств также наблюдается депрессивный синдром.

Фобии, возникающие в процессе утраты, часто также связаны со смертью (Keyes, 2014). Одна пациентка, имевшая предшествующую историю психиатрического лечения, потеряла отца и затем в течение трех месяцев испытывала значительный страх смерти и вернулась на терапию, чтобы избавиться от этих симптомов. Часто за такой фобией скрывается бессознательная вина и мысль «я тоже заслуживаю смерти», обычно происходящая из амбивалентных отношений с умершим.

У 29-летней женщины развилась социальная фобия после внезапной смерти ее матери. Шесть месяцев спустя она обнаружила навязчивую тревогу в социальных ситуациях, включая те, когда ей нужно было обеспечивать свое существование. У нее были продолжительные амбивалентные отношения с депрессивной, психотической матерью, которой мир представлялся опасным местом. Это заставляло клиентку ходить на цыпочках перед своей хрупкой матерью. После ее смерти дочь патологически идентифицировалась с частью материнских проблем, и симптом защищал ее от ее агрессивных импульсов (Zerbe, 1994).

Агорафобия – другое тревожное расстройство, которое может возникнуть после смерти близкого, и часто у пациента есть предшествующая история этого расстройства (Sahakian & Charlesworth, 1994).

Серьезный алкоголизм или злоупотребление другими психоактивными веществами, которое развивается или обостряется вследствие смерти близкого, также будут включены сюда как чрезмерные реакции горя. Те, кто лечит алкоголизм, должны иногда заниматься исследованием неразрешенного горя, что является частью процесса выздоровления. Некоторые люди могут проследить историю своего злоупотребления алкоголем до опыта переживания горя. Один мужчина, чья жена умерла, сказал: «До ее смерти я просто выпивал в компании. Но после ее смерти я уходил в запой, пытаюсь забыть. Затем я чувствовал себя виноватым и подавленным из-за того, что я все время пьяный, и снова пил» (Hughes & Fleming, 1991, с. 112).

У тех, кто переживает утрату, обычно вследствие катастрофы, может развиться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Я разговаривал с ветеранами войны во Вьетнаме, а также с людьми, выжившими в автомобильных катастрофах, которые демонстрировали классические симптомы ПТСР. Вот один из интересных случаев. Ветеран Второй мировой войны никогда не имел симптомов ПТСР после участия в боевых действиях. Симптомы ПТСР впервые появились через 50 лет, после смерти его

жены (Herrmann & Eryavec, 1994). Подобные травматические реакции можно было видеть у некоторых ветеранов после просмотра фильма «Спасти рядового Райана», который воскресил вытесненные воспоминания. Работа с ПТСР имеет свои специфические подходы, выходящие за рамки нашего обсуждения терапии горя. Тем не менее это травматическое расстройство, если ему предшествует смерть близкого, попадает в категорию «чрезмерное горе».

В литературе сообщается о нескольких случаях маниакального состояния, возникшего после смерти близкого человека. Обычно это случается, если у индивидуума в истории было аффективное расстройство. Я склонен рассматривать такие случаи как форму осложненного горя.

ЗАМАСКИРОВАННЫЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Интересными являются замаскированные реакции горя. Здесь пациенты испытывают симптомы и демонстрируют поведение, которое вызывает у них трудности, но не осознают тот факт, что эти симптомы или поведение связаны с утратой. Они развивают неаффективные симптомы или, как говорит Паркс (Parkes, 1972, 2006), симптомы, которые выглядят как аффективные эквиваленты горя. Хелен Дойч (Deutsch, 1937) в своей работе об отсутствии горя комментирует этот феномен. Она говорит, что смерть любимого человека может породить некоего рода реактивное выражение чувств и что отсутствие этого выражения чувств – всего лишь вариация нормального горя, так же как горе, которое чрезмерно по своей длительности и интенсивности. Далее она утверждает, что если человек открыто не выражает чувства, то это недостаточно проявляемое горе полностью проявится как-нибудь по-другому. Она предположила, что у людей может наблюдаться реакция отсутствующего горя, потому что их Эго недостаточно развито, чтобы выдерживать напряжение работы горя, и они используют какие-то другие механизмы нарциссической самозащиты, дабы избежать прохождения этого процесса.

Замаскированное или вытесненное горе обычно проявляется одним из двух способов. Оно маскируется либо физическим симптомом, либо отклоняющимся или неадаптивным поведением. Люди, которые не позволяют себе непосредственно переживать горе, могут развить медицинские симптомы, подобные тем, которые были у умершего, или какие-то психосоматические нарушения. Например, символом подавляемого горя часто становится боль. Или у пациентов, проходящих лечение по поводу различных соматоформных расстройств, за их симптомами может скрываться пе-

реживание горя.

Зизук и ДеВол (Zisook & DeVaul, 1977) сообщают о нескольких случаях, когда физические симптомы у оставшегося в живых были подобны симптомам, от которых страдал умерший в конце жизни. Они назвали их «факсимиле-заболеванием» (facsimile illness). В одном из таких случаев у молодой женщины возникли боли в груди, идентичные тем, которые были у ее мужа перед тем, как он умер от сердечного приступа. Эти симптомы впервые появились в период годовщины его смерти. В другом случае у женщины были боли в желудке. Семь лет назад умерла ее мать, и первый эпизод боли случился в первую годовщину ее смерти. В обоих случаях органической патологии не было, и проявление симптомов смягчилось после того, как тема горя была проработана в терапии.

С другой стороны, физические симптомы могут быть не единственными манифестациями подавленного горя: горе может также маскироваться под психиатрический симптом, а также проявиться в форме необъяснимой депрессии, того или иного рода отыгрывании или другом неадаптивном поведении. Некоторые исследования предполагают, что делинквентное поведение можно рассматривать как попытку адаптации в случае замаскированной реакции горя (Shoor & Speed, 1963). Рэндал (Randall, 1993) рассказывает о случае с женщиной, у которой развилась нервная анорексия через четыре месяца после катастрофы, в которой погиб ее сын, привязанность к которому была чрезмерно сильной. С 12 лет у сына было нарушение питания, по поводу которого его госпитализировали. Ее интроекция патологии сына была идентифицирована, и с помощью разумного использования связующих объектов терапевт помог ей должным образом освободиться от нее и справиться с расстройством пищевого поведения.

Необходимо отметить важное различие между чрезмерным горем и замаскированным горем. Оба варианта приводят к формальному психиатрическому и/или медицинскому диагнозу. Однако при чрезмерном горе пациент знает, что симптомы начались во время смерти близкого и что они возникли как результат переживания утраты. Тяжесть симптомов дает пациенту формальный диагноз DSM, и лечение по поводу указанного состояния, в том числе часто и медикаментозное, уже началось. Когда в результате первоначального лечения симптомы уходят, фокусом терапии становятся конфликты сепарации. С другой стороны, люди с замаскированным горем не осознают связь своих симптомов со смертью близкого человека, но, как только терапевт поможет пациенту установить эту связь и работать, чтобы идентифицировать лежащие за этим сепарационные конфликты, происхо-

дит значительное улучшение в области физических и психических симптомов.

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕННОГО ГОРЕВАНИЯ

Как терапевт диагностирует реакцию осложненного горевания? В целом есть два способа. Либо к терапевту приходит пациент, который сам поставил себе диагноз, как в случае хронического горя, либо пациент обращается с какой – либо медицинской или психиатрической проблемой, не зная, что в основе его дистресса лежат вопросы привязанности и неразрешенного горя. В последнем случае требуется мастерство клинициста, чтобы определить, что подоплекой его проблемы является неразрешенное горе, тогда как в первом случае диагноз поставить достаточно просто. Я ни разу не встречался со случаем, когда человек приходит на терапию, считая, что его состояние – результат утраты, а на самом деле это было не так. Хороший пример – Мэй. Когда ей было пятьдесят с небольшим, ее сын погиб в авиакатастрофе над Флоридой. Несколько факторов делали для нее трудным горевание о сыне: смерть была внезапной, это случилось далеко от дома, и в силу обстоятельств смерти на похоронах не было тела. Примерно два года спустя Мэй пришла к своему священнику и сказала, что не может перестать горевать. Она не могла заниматься теми делами, которыми занималась до утраты. Она была уверена, что застряла в процессе горевания, и попросила его о помощи. Такая постановка диагноза самому себе очень типична.

При этом многие люди обращаются за медицинской или психиатрической помощью, не зная о динамике горя, и это требует от клинициста помощи в постановке диагноза. Большинство диагностических процедур требуют, чтобы пациент достаточно детально рассказал свою историю, но смерти и утраты иногда бывают проигнорированы, а они могут иметь прямое отношение к текущим проблемам. При проведении диагностической процедуры очень важно узнать историю утрат.

Существует несколько признаков, по которым распознается неразрешенная реакция горя. Их отлично систематизировал Лазар (Lazare, 1979, 1989). Любой из этих признаков сам по себе может быть недостаточным для диагностического заключения. Тем не менее к каждому из этих признаков следует относиться серьезно, и при их появлении следует рассмотреть диагноз осложненного горя.

Признак 1

Во время интервью человек не может говорить об умершем, не переживая свежее и интенсивное горе. Мужчина тридцати с небольшим лет пришел в мой офис не по поводу терапии горя, а из-за сексуальной дисфункции. Во время диагностической процедуры я спросил о смертях и утратах, и он сказал, что его отец умер. Когда он говорил об утрате, его печаль была очень свежа, и это заставило меня подумать, что утрата была совсем недавней. Однако затем он сказал мне, что его отец умер 13 лет назад. Позднее в терапии мы исследовали недостаточно проработанную утрату и ее отношение к сексуальной дисфункции. Итак, когда человек не может говорить о произошедшей в прошлом потере, не выходя из равновесия, нужно рассматривать возможность неразрешенного горя. Обратите внимание: это должна быть свежая, сильная печаль, наблюдаемая через годы после утраты.

Признак 2

Какое-то сравнительно незначительное событие запускает интенсивную реакцию горя. Это обычно является признаком отсроченного горя. В шестой главе я представляю случай молодой женщины, чья беременная подруга пережила смерть ребенка в утробе, и ее преувеличенную реакцию на беду этой подруги, что помогло нам раскрыть историю ее собственного неоплаканного аборта несколько лет назад.

Признак 3

Темы утрат возникают в ходе клинического интервью. В любом хорошем консультировании или терапии важно прислушиваться к возникающим темам и, если дело касается утраты, рассматривать возможность неразрешенного горя.

Признак 4

Человек, переживший утрату, не хочет перемещать материальные предметы, принадлежавшие умершему. Тот, кто сохраняет окружение умершего таким, каким оно было до смерти этого человека, может таить в душе неразрешенную реакцию горя. Прежде чем делать вывод на этом основании, следует принять во внимание культурные и религиозные различия. Если человек выбрасывает все, что принадлежало покойному, сразу после его смерти, это тоже может быть признаком нарушения процесса горевания.

Признак 5

Исследование истории болезни пациента открывает нам, что у него развились такие же физические симптомы, как у умершего близкого человека перед смертью. Часто эти симптомы возникают ежегодно, либо в годовщину смерти, либо во время летних отпусков. Эти симптомы также могут возникнуть, когда клиент достигает возраста, в котором тот человек умер. Этот феномен может наблюдаться, когда ребенок достигает возраста, в котором умер родитель одного с ним пола. Одна молодая женщина начала роман в годовщину смерти матери. В групповой терапии она призналась в этом и испытала симптомы сердечно-сосудистого заболевания; позже мы обнаружили, что они были идентичны симптомам, которые наблюдались у ее матери перед смертью.

Врачам, наблюдающим пациентов с непонятными симптомами, высокой подверженностью болезням или с хронической болезнью, следует заинтересоваться вопросами переживания горя. Простой вопрос о настоящих и прошлых утратах, о том, как люди, по их ощущениям, приспособились к утрате, плачут ли они по-прежнему, хочется ли им плакать, может дать врачу важные подсказки о наличии здесь компонента горя.

Признак 6

Те, пациенты, которые что-то радикально меняют в своей жизни после смерти близкого человека, или те, которые прекращают общаться с друзьями, членами семьи, или те, которые перестают заниматься прежними делами, возможно, проявляют неразрешенное горе.

Признак 7

Пациент представляет вам долгую историю субклинической депрессии, часто связанной с непреходящим чувством вины и низкой самооценкой. Противоположные симптомы также могут служить подсказкой. Человек, испытывающий ложную эйфорию после смерти близкого, возможно, переживает неразрешенное горе.

Признак 8

Навязчивое стремление подражать умершему человеку, особенно если у клиента нет ни сознательного желания вести себя так же, ни умения делать то же самое, происходит из потребности человека компенсировать утрату, идентифицируясь с умершим. *«Так же как испуганному ребенку нужно создать устойчивый внутренний образ матери, взрослый горячою-*

ций нуждается в том, чтобы интернализировать, принять в себя любимый объект, дабы никогда его не потерять» (Pincus, 1974, с. 128). Человек может даже демонстрировать те личностные характеристики умершего, которые он раньше в нем не принимал. С помощью имитации оставшийся в живых может пытаться достичь примирения.

Признак 9

Хотя саморазрушительные действия могут стимулироваться разными ситуациями, одной из них может быть неразрешенное горе, и это стоит принимать во внимание.

Признак 10

Необъяснимая печаль, появляющаяся каждый год в конкретный период времени, также может быть признаком неразрешенного горя. Это чувство может возникать в то время, которое проводилось с умершим, например, по праздникам и годовщинам.

Признак 11

Фобия болезни или смерти часто связана с той болезнью, от которой умер близкий человек. Например, если он умер от рака, то у оставшегося в живых может развиваться канцерофобия, а если от сердечной болезни, то у клиента может наблюдаться патологический страх сердечного приступа. Вариантом этого может быть ипохондрия, когда горюющий верит, что у него такие же заболевания, как у умершего и он постоянно ходит по врачам только для того, чтобы опровергнуть эти диагнозы.

Признак 12

Знание обстоятельств смерти может помочь терапевту определить, нет ли здесь неразрешенного горя. Если клиенты пережили серьезную утрату, всегда спрашивайте их, как они себя чувствовали, когда это случилось. Если они избегали посещения могилы или участия в связанных со смертью ритуалах, они, возможно, носят в себе неразрешенное горе. Это может быть верно и в том случае, если в период утраты у них не было социальной поддержки.

Получив представление о диагностических признаках, позволяющих определить осложненное горе, мы теперь можем перейти к рассмотрению терапии горя. Тем не менее здесь нужно сделать предостережение. Я согласен с Белицки и Джекобсом (Belitsky & Jacobs, 1986), которые выступают за осторожность: «*Диагностические решения в случае утраты должны*

быть осторожными, следует избегать вмешательства в нормальный процесс и ятрогенных осложнений при применении профессиональных интервенций и возникновении сопровождающих их побочных эффектов» (с. 280).

Недавно эту озабоченность вновь высказали Джордан и Неймейер (Jordan & Neimeyer, 2003) в своей широко обсуждаемой статье.

В шестой главе мы рассмотрим конкретные техники, которые терапевт может использовать, чтобы помочь людям с осложненным гореванием разрешить их горе и прийти через четыре задачи горевания к более успешной адаптации к утрате.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- В данной главе автор описал случаи осложненного горевания из своей клинической практики. Какие из них схожи с теми случаями, с которыми работали вы? Какие из описанных в этой главе индивидуумов меньше всего похожи на тех горюющих, с которыми вы имели дело?
- Автор рассматривает различные факторы (характер отношений, обстоятельства и др.), которые могут осложнить процесс горевания. Как это соотносится с вашим опытом?
- Автор приводит две принципиальные причины продолжающихся дебатов об осложненном горевании: финансовая поддержка исследований и оплата терапии третьей стороной. Что вы думаете по этому поводу? Как вы полагаете, изменятся ли эти дебаты после пяти основных изменений, внесенных в DSM-V?
- Автор описывает 4 клинических проявления осложненного горевания. Как вы поняли, какие между ними ключевые различия? Какие из них вы наблюдали в вашей клинической практике или в кругу семьи и друзей?
- Автор описал 12 признаков осложненного горевания. Какие из них вы наблюдали в своей практике? Можете ли вы вспомнить кого-то, у кого в основе предъявленных симптомов было обнаружено неразрешенное горе? Когда вы встретитесь со схожим случаем в следующий раз, какие рекомендации из этой главы вы будете использовать?

ЛИТЕРАТУРА:

Abraham, K. (1927). *Selected papers on psychoanalysis*. London, UK: Hogarth.

Belitsky, R., & Jacobs, S. (1986). Bereavement, attachment theory, and mental disorders. *Psychiatric Annals*, 16, 276–280. doi:10.3928/0048–5713–19860501–06

Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression and anxiety as distinct postloss syndromes. A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175–2177. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2175

Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement related depression and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339–1341. doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1339

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitivebehavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 13, 109–128. doi:10.1111/j.1468–2850.2006.00013.x

Bonanno, G., & Field, N. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798–816. doi:10.1177/0002764201044005007

Boss, P. (2000). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (Vol. II). New York, NY: Basic Books.

Breen, L. J., & O'Connor, M. (2011). Family and social networks after bereavement: Experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy*, 33, 98–120. doi:10.1111/j.1467–6427.2010.00495.

Cerney, M. S., & Buskirk, J. R. (1991). Anger: The hidden part of grief. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 228–237.

Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12–22.

Doka, K. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.

Doka, K. (Ed.). (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.

Doka, K., & Tucci, A. (Eds.). (2017). *When grief is complicated*. Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–260). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1917)

- Geller, J. L. (1985). The long-term outcome of unresolved grief: An example. *Psychiatric Quarterly*, 57, 142–146. doi:10.1007/BF01064333
- Goldsmith, B., Morrison, R., Vanderwerker, L., & Prigerson, H. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32, 352–365. doi:10.1080/07481180801929012
- Herrmann, N., & Eryavec, G. (1994). Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 439–441. doi:10.1177/070674379403900710
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiological perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183–197.
- Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed Complicated Grief Disorder criteria. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 48, 263–277. doi:10.2190/GX7H–H05N–A4DN–RLU9
- Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. A. (2005). Considerations in conceptualizing complicated grief. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 52, 81–85. doi:10.2190/8565–3T0T–6JUD–4XKH
- Horowitz, M. (2005). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 52, 87–89. doi:10.2190/ALWT–JH33–6474–0DT9
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260–273.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157–1162.
- Hughes, C., & Fleming, D. (1991). Grief casualties on skid row. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 23, 109–118. doi:10.2190/MME5–H8FG–1U7D–8JNY
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269–274.
- Jordan, J., & McIntosh, J. (Eds.). (2010). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York, NY: Routledge.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765–786. doi:10.1080/713842360
- Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. In A. H. Kutscher (Ed.), *Death and bereavement* (pp. 27–54). Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Keyes, K., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K., Koenen, K., & Shear, M. (2014). The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric

disorders across the life course in a national study. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 864–871. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081132

Kristensen, P., Weisaeth, L., Hussain, A., & Heir, T. (2015). Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: A longitudinal study after the 2004 tsunami. *Depression and Anxiety*, 32, 49–56. doi:10.1002/da.22269

Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lazare, A. (1989). Bereavement and unresolved grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 381–397). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.

Parkes, C. M. (2006). *Love and loss: The roots of grief and its complications*. New York, NY: Routledge.

Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (2015). *Death and bereavement across cultures* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Paterson, G. W. (1987). Managing grief and bereavement. *Primary Care*, 14, 403–415.

Pincus, L. (1974). *Death and the family: The importance of mourning*. New York, NY: Pantheon.

Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasi, S. V., & Reynolds, C. F., III, Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement–related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484–1486. doi:10.1176/ajp.153.11.1484

Prigerson, H. G., Horowitz, J. M., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM–V and ICD–11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. doi:10.137/journal.pmed.1000121

Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613–645). Washington, DC: American Psychological Association.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65–79. doi:10.1016/0165–1781(95)02757–2

Prigerson, H. G., Reynolds, C. F., III, Frank, E., Kupfer, D. J., George, C. J., & Houck, P. R. (1994). Stressful life events, social rhythms, and depressive

- symptoms among the elderly: An examination of hypothesized causal linkages. *Psychiatry Research*, 51, 33–49. doi:10.1016/0165–1781(94)90045–0
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., III, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., . . . Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73. doi:10.1192/bjp.174.1.67
- Randall, L. (1993). Abnormal grief and eating disorders within a mother–son dyad. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 89–96. doi:10.1111/j.2044–8341.1993.tb01730.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Rando, T. A., Doka, K., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). OMEGA–*Journal of Death and Dying*, 65, 251–255. doi:10.2190/OM.65.4.a
- Rosenman, S. J., & Tayler, H. (1986). Mania following bereavement: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 148, 468–470. doi:10.1192/bjp.148.4.468
- Sahakian, B. J., & Charlesworth, G. (1994). Masked bereavement presenting as agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 177–180. doi:10.1017/S1352465800011966
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: Theory, practice, and outcomes. *Cruise Bereavement Care*, 29, 10–14. doi:10.1080/02682621.2010.522373
- Shear, M. K. (2011). Bereavement and the DSM–V. OMEGA–*Journal of Death and Dying*, 64(2) 101–118. doi:10.2190/OM.64.2.a
- Shoor, M., & Speed, M. N. (1963). Delinquency as a manifestation of the mourning process. *Psychiatric Quarterly*, 37, 540–558. doi:10.1007/BF01617752
- Simos, B. G. (1979). *A time to grieve*. New York, NY: Family Service Association.
- Vaillant, G. E. (1985). Loss as a metaphor for attachment. *American Journal Psychoanalysis*, 42, 59–67. doi:10.1007/BF01262792
- Weisman, A.D. & Worden, J.W. (1980). *Psychological screening and intervention with cancer patients*. Boston: Project Omega, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital.
- Wilsey, S. A., & Shear, M. K. (2007). Descriptions of social support in treatment narratives of complicated grievers. *Death Studies*, 31, 801–819. doi:10.1080/07481180701537261
- Worden, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York, NY: Springer Publishing.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling & grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing.

Worden, J. W. (1996). *Children & grief: When a parent dies*. New York, NY: Guilford Press.

Worden, J. W. (2001). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing.

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling & grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.), New York, NY: Springer Publishing.

Worden, J. W. (2017). Forms of complicated grief. In K. Doka & A. Tucci (Eds.), *When grief is complicated* (pp. 17 – 29). Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Zisook, S., & DeVaul, R. A. (1977). Grief – related facsimile illness. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 7, 329 – 336.

ГЛАВА 6. ТЕРАПИЯ ГОРЯ: РАЗРЕШЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГОРЯ

Цель психотерапии горя несколько отличается от цели консультирования горя. Цель консультирования горя – фасилитация решения задач горевания у недавно перенесшего утрату, чтобы он лучше приспособился к ней. В психотерапии горя цель состоит в том, чтобы выявить и разрешить конфликты сепарации, которые препятствуют завершению решения задач горевания у людей, чье горе является хроническим, отсроченным, чрезмерным или замаскированным под физические симптомы.

Терапия горя наиболее соответствует ситуациям, относящимся к одной или двум из следующих категорий: (1) осложненная реакция горя, проявляющаяся в реакции затяжного горя; (2) проявляющаяся в форме отложенного горя; (3) проявляющаяся в виде чрезмерной реакции на горе или (4) маскирующаяся под соматический или поведенческий симптом. Давайте кратко рассмотрим их по отдельности.

Хроническое горе можно рассматривать как отклонение от культурной нормы по длительности или интенсивности симптомов горя (Stroebe, Hansson & Stroebe, 2001; Stroebe, Schut & Van den Bout, 2013). Люди, которые переживают его, на сознательном уровне понимают, что не приходят к адекватному разрешению своего горя, потому что утрата произошла несколько месяцев, а то и лет, назад. Часто причиной осложненной реакции горя этого типа бывает конфликт сепарации, приводящий к незавершенности одной или более задач горя. Поскольку такие люди понимают, что в этом заключается их проблема, они обычно обращаются за помощью сами. Значительная часть терапии включает выяснение того, какие задачи горя еще не решены до конца, а затем – продвижение вперед в решении этих задач. Понимание медиаторов горевания, перечисленных в третьей главе, может помочь идентифицировать большинство из этих препятствий.

Отсроченное горе не означает отсутствия горя. Возможно, у человека была эмоциональная реакция в момент утраты, но для полноценного переживания этой утраты она была недостаточна. Горевание может оказаться недостаточным из-за нехватки социальной поддержки, вследствие потребности в том, чтобы быть сильным в глазах кого-то другого, либо из-за перегруженности человека слишком большим количеством утрат. Один

пациент видел, как всю его семью расстреляли вражеские солдаты, когда ему было 10 лет. Из-за обстоятельств и большого количества утрат он тогда очень мало горевал. Много лет спустя, когда ему было 54, новая потеря пробудила в нем боль, которая была подавлена все эти годы. Проходя терапию, он смог исследовать эти прежние утраты в безопасной обстановке, которая позволяла дозировать переживание боли.

Чрезмерное горе – это определенное психологическое или психиатрическое нарушение, которое возникает или обостряется под воздействием смерти любимого человека. Переживаемый аффект такой же, как и при любой утрате, но он переживается настолько сильно, что человек не может нормально функционировать и нуждается в лечении. Например, после утраты естественно чувствовать себя разбитым и подавленным. Однако депрессия после смерти близкого, переходящая в большой депрессивный эпизод, уже попадает в категорию чрезмерного горя. Нормально чувствовать тревогу после потери близкого человека. Но тревога, перерастающая в тревожное расстройство (паническая атака, фобия, генерализованное тревожное расстройство) – это пример чрезмерного горя. Люди, попадающие в данную категорию, – это те, у кого наблюдается чрезмерная депрессия, чрезмерная тревога или другой признак, обычно ассоциируемый с нормальным горем, но проявляющийся слишком сильно, так, что человек перестает нормально функционировать, и ему можно поставить психиатрический диагноз. Психиатрические расстройства нужно лечить с помощью стандартных медицинских интервенций для таких случаев. Как только симптом (например, клиническая депрессия) уходит благодаря клиническому или психофармакологическому вмешательству, становится возможным обращение к конфликтам сепарации в рамках терапии горя.

Когда горе маскируется соматическими или поведенческими симптомами, пациенты обычно не знают, что причиной их симптомов является неразрешенное горе. Тем не менее диагностика, например, та, которая описана в пятой главе, обнаруживает неразрешенное горе по причине гораздо более ранней утраты. Люди обычно испытывают осложненную реакцию горя этого вида потому, что в момент утраты горе отсутствовало или его выражение сдерживалось. Следовательно, их горевание никогда не было завершено, и это вызвало осложнения, которые впоследствии проявились как соматические или поведенческие симптомы.

ЦЕЛИ И СЕТТИНГ ТЕРАПИИ ГОРЯ

Цель терапии горя – решить конфликты сепарации и лучше адаптироваться к смерти близкого. Разрешение этих конфликтов требует от пациента встречи с мыслями и чувствами, которых он избегал. Терапевт предоставляет социальную поддержку, необходимую для успешной работы, и в сущности дает пациенту разрешение горевать, которого тот, возможно, не получил в момент утраты. Очевидно, что такое разрешение или поддержка предполагает адекватный терапевтический альянс. Один из способов улучшить этот альянс – заметить и признать трудности, испытываемые некоторыми людьми, когда они вновь сталкиваются со своей прошлой утратой. Чем более явно выражен конфликт с умершим, тем больше будет сопротивление исследованию болезненных мыслей и чувств. Как в любой хорошей психотерапии, сопротивление постоянно отслеживается, и работа с ним является частью терапевтического процесса.

Терапия горя обычно проводится в сеттинге офиса и часто при общении один на один. Однако это не значит, что она не может проводиться в другом сеттинге, таком как групповая терапия, особенно если тема неразрешенного горя возникает, когда человек участвует в терапевтической группе. В Германии Вагнер, Кневельсруд и Меркер (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2005) разработали терапевтический подход для работы с осложненным горем в Интернете. В своей интересной статье они перечисляют техники, а также отмечают, в чем нужно быть осторожным при такой работе, и, кроме того, приводят примеры из опыта работы.

Первый шаг в терапии горя – заключение контракта с пациентом. Обычно психотерапия горя бывает ограниченной во времени. То есть терапевт договаривается с клиентом на 8 или 10 встреч, в ходе которых они исследуют утрату и ее отношение к боли и дистрессу, испытываемым в настоящее время. По моему опыту, если человек жалуется конкретно на неразрешенную реакцию горя при отсутствии осложнений, выходящих за рамки обычного, то в ограниченной во времени терапии можно достичь решения проблемы. Встречи с пациентами обычно проводятся раз в неделю, но иногда более частые сеансы бывают эффективнее.

Иногда в ходе сессий, оговоренных контрактом, открывается более серьезная патология, когда характер нарушения требует длительной терапии, а не просто терапии горя. *«С невротически зависимыми типами личности требуется психотерапевтическая работа – как с требующей внимания реакцией горя, так и с имеющимся расстройством личности»* (Simos,

1979, с. 178). Один из способов идентифицировать лежащую в основе патологию заключается в том, чтобы в ходе предварительного интервью уделять внимание выявлению сопутствующих заболеваний. Первоначальная проверка на серьезную депрессию, тревожные расстройства, наличие психической травмы или расстройств оси II поможет идентифицировать возможные противопоказания для краткосрочной психотерапии. Специалисты, которые проводят терапию в обычном порядке, могут обнаружить неразрешенное горе, и в этом случае терапию горя следует осуществлять в контексте более длительной психотерапии.

Важно помнить, что при этом типе лечения, как и при любом краткосрочном психотерапевтическом лечении, терапевт должен быть хорошо подготовлен, и на сессиях следует сохранять фокус терапии. Один из способов сопротивления клиента – нежелание придерживаться терапевтического фокуса и стремление перейти к темам, не относящимся к горю. В таких случаях терапевту нужно напоминать пациенту о цели работы и исследовать это сопротивление и то, чего пациент стремится избежать. Женщина приходит на терапию горя через 2 года после внезапной смерти сына и заключает с вами контракт на 8 недель. После третьей сессии она начинает жаловаться на то, как к ней относится муж. Я напоминаю ей о нашей договоренности посвятить 8 недель обсуждению смерти ее сына. После окончания этой работы я буду рад видеть ее и ее мужа на супружеской терапии. Супружеская терапия так и не состоялась, поскольку она просто пыталась использовать неблагоприятные отношения с мужем, чтобы избежать разговора о своей злости на сына, которую она начала осознавать.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ ГОРЯ

Хорошая терапия не проводится по шаблону, как по шаблону не пишется и хорошая картина. Все же перечисление терапевтических приёмов может пригодиться. Предполагается, что эти приёмы будут использоваться в пределах теоретических рамок и уровня профессиональной компетентности конкретного терапевта.

Исключите физическое заболевание

Если пациент сообщает о физическом симптоме, важно исключить физическое заболевание. Хотя некоторые симптомы действительно появляются как проявление горя, это касается не всех симптомов. Нельзя начинать

терапию горя, когда физический симптом – это главное, на что жалуется пациент, если только не было сделано заключение о том, что физическое заболевание здесь исключается. Это также важно во время консультирования горящего, если у него возникают жалобы на физическое состояние.

Заключите контракт и установите терапевтический альянс

В этом случае пациент соглашается исследовать свои отношения с человеком или людьми, имеющими отношение к предыдущей утрате. Вера пациента в то, что это пойдет ему на пользу, поддерживается терапевтом, который соглашается, что данный вопрос стоит исследовать. Некоторым пациентам требуется больше объяснений, чем другим, – информации и про горе, и про то, какой смысл в том, что мы просим их делать. Имейте в виду, что это – краткосрочная терапия, имеющая конкретный фокус. Прежние отношения исследуются только в том случае, если они имеют непосредственное отношение к реакции на нынешнюю утрату.

Оживляйте воспоминания об умершем

Разговаривайте о человеке, который умер: кем он был, каким он был, что клиент о нем помнит, что они любили делать вместе и т. д. Очень важно начать выстраивать основу из хороших воспоминаний; это поможет пациенту впоследствии, если он начнет сопротивляться некоторым более негативным чувствам. Это обеспечит равновесие и даст пациенту возможность соприкоснуться с данными негативными областями. Значительное время на первых сессиях уделяется разговору об умершем, особенно о его положительных характеристиках и качествах, о его общих с оставшимся в живых приятных занятиях. Постепенно начинайте говорить о некоторых более смешанных воспоминаниях. Здесь может быть полезна техника, упомянутая в четвертой главе. «О чем в этом человеке вы скучаете?» «О чем в этом человеке вы не скучаете?» «Чего он/она вас лишили?» Наконец, приведите человека к обсуждению воспоминаний о причиненной боли, гневе и разочаровании. Если пациент приходит на терапию, осознавая только негативные чувства, процесс идет в обратном направлении, и позитивные воспоминания и аффекты должны быть найдены, даже если их немного.

Если пациент пережил множественные потери, вам нужно поработать с каждой из них по отдельности. Обычно первой лучше исследовать утрату, в которой, как вам кажется, меньше всего осложняющих факторов. Одна женщина около тридцати лет пришла на терапию после суицида двух

ее братьев. Когда мы исследовали обе эти потери, стало ясно, что первый из покончивших с собой братьев был тем, с кем ее объединяли незавершенные дела и к кому она была особенно привязана. Хотя мы работали с каждой утратой, она сообщила об огромном облегчении, когда смогла говорить о чувствах гнева и вины, связанных с первой потерей.

Определите наиболее актуальную для пациента задачу горевания

Если наиболее актуальной является задача I (принять реальность утраты), и пациентка говорит сама себе: «Я не хочу, чтобы ты был мертвым», или «Ты не можешь быть мертвым, ты просто не здесь», то терапия фокусируется на том факте, что человек умер и что оставшемуся в живых придется признать эту реальность. Важно исследовать те аспекты утраты, которые мешают поверить, что человек умер и не вернется. Часто ответ кроется в природе привязанности к умершему.

Если трудность заключается в решении задачи II (переработать боль, связанную с горем), когда пациент принимает реальность без аффекта, то терапия фокусируется на том, что безопаснее чувствовать по отношению к умершему и позитивные, и негативные эмоции и что можно прийти к балансу этих чувств. Одна из ключевых интервенций, необходимых, чтобы прийти к завершению задачи II, – это переопределение отношений пациента с умершим, например: «Он все-таки любил меня, но из-за своего воспитания не умел это показывать».

Если трудность заключается в первой части задачи III (внешнее приспособление), то решение проблем становится значительной частью терапии горя; пациента учат преодолевать свою беспомощность: он пробует новые умения и приобретает новые роли в ролевых играх, и в целом поощряется возвращение к активной жизни. Это ясно видно на примере случая Маргарет, молодой вдовы, которая до смерти мужа любила ходить в клуб, где люди сидели вокруг пианино и пели песни из телевизионных шоу. Они с мужем ходили туда вместе, и три года спустя после его смерти она все не решалась туда пойти: не потому, что избегала напоминания о муже, а потому, что у нее не хватало социальных навыков, чтобы пойти туда одной. Часть терапии включала помощь Маргарет в том, чтобы вновь приобрести социальные навыки, начиная с ролевой игры и заканчивая столкновением в живую с занятием, которое ее пугало. Я помню, как она была довольна в тот день, когда пришла ко мне и рассказала, что после многих неудачных попыток все-таки сходила в клуб одна.

Тем, кто бьется в поисках смысла утраты (последние две части задачи

III: внутренняя и духовная), терапевт может помочь в этом поиске. Также пациенту можно помочь в исследовании того, как утрата повлияла на его восприятие самого себя. Хорошим подспорьем для пациентов, которые пытаются интегрировать значение утраты в свою нынешнюю жизнь, является книга Роберта Неймейера «Уроки утраты: руководство по совладанию» (Neimeyer, 2003).

И наконец, если пациент борется за выполнение задачи IV, то терапевт может помочь найти какую-нибудь постоянную связь с умершим и таким образом освободиться, чтобы вступить в новую жизнь и создавать новые отношения. Сюда включается разрешение пациенту на то, чтобы он перестал горевать, завел новые отношения, и помощь в том, чтобы он осознал: продолжать жить – не значит оскорбить память об умершем любимом человеке.

Работайте с аффектом (или отсутствием аффекта), вызываемым воспоминаниями

Когда пациент проходит терапию и начинает говорить об умершем, описываемый человек часто оказывается нереально хорошим (например: «лучший муж в мире»). Важно, чтобы в начале терапии терапевт позволял пациенту описывать человека таким образом. Однако, когда покойного описывают именно так, за этим часто скрывается сильная невыраженная злость, и исследование более амбивалентных чувств в отношении умершего и помощь клиенту в том, чтобы соприкоснуться со своим гневом, – это путь к тому, чтобы постепенно проработать этот гнев. Когда злость идентифицирована, пациенту нужно помочь увидеть, что эта злость не устраняет позитивные чувства и проявленной заботы об ушедшем.

Ранее упомянутая женщина, чей сын погиб в авиакатастрофе, описывала его как нереально прекрасного: он был лучшим в армии, он был выпускником колледжа Лиги плюща, он был самым замечательным сыном на свете. Когда мы с ней работали в терапии, она начала соприкасаться с тем, что ее чувства к нему на самом деле амбивалентны. В конце концов она смогла признать на сознательном уровне тот факт, что незадолго до своей смерти он сделал что-то, очень ее рассердившее, а потом он умер, и она подавила свой гнев. Очень важной для нее частью терапии было то, что она повторно пережила этот гнев и увидела, что злость не исключает позитивные чувства, а наоборот, и смогла сказать это своему сыну.

В подобной ситуации оказалась и Лора, женщина около тридцати лет, которая пришла на терапию. В ходе лечения казалось, что какие-то вопро-

сы, касающиеся ее отца, не решены. Он умер, когда ей было 12 лет, и в ее описаниях он был прекрасен, он был лучшим из всех отцов. Для нее очень важно было держаться за эти позитивные чувства, потому что за ними скрывалась сильная злость, о которой ей не хотелось думать. Во время терапии она навестила старую семейную усадьбу на Среднем Западе, где они жили, когда отец был жив. Потом, во время одной из сессий, которая пришлось как раз на юбилей ее отца, произошел взрыв гнева и ярости. Она сказала, что своей смертью он разрушил ее жизнь. Ей пришлось переехать из симпатичного загородного дома в крупный город и делить комнату с братом. Злость на отца существовала подспудно, Лора не знала о ней, но именно эта злость подталкивала ее к дисфункциональному поведению, что и привело ее на терапию. И в этом случае было важно оставить пациентку с некоторым балансом позитивных и негативных чувств.

Если смерть была насильственной, пациент может сосредоточиться только на беспокоящих аспектах смерти и переживать в основном негативные и ухудшающие состояние чувства. Здесь целью терапевта будет помочь пациенту вспомнить более позитивный и утешительный образ покойного. До того как это произойдет, пациенту, возможно, понадобится сосредоточиться на воспоминаниях о произошедшем событии, которые тяжелее всего перенести. Воссоздание их в воображении в сочетании с систематической десенсибилизацией уменьшит боль, связанную с этими образами. Другой полезный способ уменьшения боли, связанной с этими образами, и в итоге установления позитивных образов, – техника ДПДГ (десенсибилизации и переработки движением глаз). Те, кто овладел этим подходом, найдут его полезным для смягчения связанных со смертью травматичных воспоминаний, чтобы они больше не вызвали такого аффекта, как вначале (Solomon & Rando, 2007; Sprang, 2001).

Я работал с женщиной, сын которого застрелился в возрасте 16 лет. После того, как отец нашел его мертвым в гараже, все его воспоминания о сыне сконцентрировались на этой сцене. Он не смог воспроизвести никаких хороших воспоминаний о сыне. После нескольких сессий он смог воссоздать в памяти какие-то позитивные моменты, некоторые из которых даже вызвали у него смех – аффект, который был какое-то время ему недоступен.

Другой аффект, часто возникающий, когда люди вспоминают об умершем, – это вина. (Помните: мы говорим о воспоминаниях о ком-то, после чьей смерти прошли годы. Это терапия горя, а не консультирование.) Разговаривая об умершем, пациент начинает осознавать некую вину, связанную с их прежними отношениями. И опять-таки: когда вина идентифицирова-

на, важно помочь человеку проверить эту вину реальностью. Как и в случае острого горя, вина очень часто иррациональна и не выдерживает проверки реальностью или подобной когнитивной переоценки.

Иногда вина реальна. Карен, молодая мать, чей шестилетний сын умер от длительной и тяжелой болезни, чувствовала себя виноватой из-за того, что не была с ним во время его трудной последней госпитализации. Она прожила с этой виной почти семь лет. Часть ее терапии включала проверку реальностью этой вины, которую она считала реальной. И тогда посредством психодраматической техники она смогла, понимая свои ограничения, попросить у сына прощения. Когда мы имеем дело с реальной виной, важно фасилитировать поиск и получение прощения между пациентом и покойным. В фасилитации этого процесса могут быть полезны ролевые игры и техники, использующие воображение. Например, предложить пациенту говорить то за себя, то за покойного, садясь то на один, то на другой стул, говоря с точки зрения то одного, то другого.

Не каждый горюющий выражает аффект того или иного рода, хотя большинство это делает. В настоящее время ведется дискуссия о том, считать ли отсутствие выражения аффекта здоровым. Толчком к спору послужило исследование, обнаружившее, что те, кто рано демонстрирует сильный аффект, – это люди, которые будут выражать сильный аффект и в дальнейшем, переживая утрату (Bonanno & Papa, 2009; Wortman & Silver, 2001). И снова я бы напомнил читателю, что горе – феномен, множественно детерминированный, и что горе каждого человека уникально. Некоторые люди, демонстрирующие очень мало эмоций после смерти близкого, просто очень мало привязаны к этому человеку. Но другие люди, избегающие аффекта, не хотят задумываться о чертах собственной личности, которые выявляет эта смерть. Избегание аффекта может помочь пережить травмирующие составляющие смерти, особенно если она была насильственной. При этом другие пациенты могут почти не проявлять свое горе, потому что всю жизнь страдают от неотзывчивости окружения, когда им больно. Терапевтам важно помочь горюющим, какой бы аффект они ни переживали, чтобы они могли его выражать и это не приводило бы к выраженной и устойчивой неадаптивности в их повседневной жизни (Prigerson & Maciejewski, 2005 – 2006). Здесь может быть полезной и концепция дозирования аффекта (Stroebe & Schut, 1999).

Исследуйте и обезвреживайте связующие объекты

В терапии горя вы можете встретить случаи, когда в неразрешенности горевания свою роль играют связующие объекты. Это имеющие символическое значение предметы, которые оставшийся в живых хранит и посредством которых он поддерживает внешнюю связь с умершим. Это понятие введено психиатром Вамиком Волканом (Volkan, 1972), который много писал о патологическом горе.

Важно знать о данном феномене и понимать его значение, потому что эти объекты могут препятствовать удовлетворительному завершению процесса горевания. После смерти близкого горюющий может наделить какой-нибудь неодушевленный предмет символическим значением, которое устанавливает связь между умершим и оставшимся в живых. Большинство горюющих осознают, что они наделили предмет символическим значением, и большинство также осознают некоторые аспекты этой символики, хотя и не понимают всего, что символизируется. Обычно объекты выбирают одну из четырех категорий: (1) нечто, принадлежавшее умершему, например, что-то, что он носил, часы или украшения; (2) что-то, с помощью чего умерший усиливал свое восприятие, вроде фотоаппарата, являющегося усилением зрительного восприятия; (3) изображение умершего, например фото; (4) что-то, что было под рукой, когда была получена новость о смерти этого человека или когда горюющий увидел тело (Volkan, 1972).

Например, Донна, молодая женщина, находилась у постели матери, в то время как та умирала от рака. Когда уже было ясно, что смерть близка, она начала машинально копаться в шкатулке с драгоценностями матери, выбирая то, что хотела бы взять на память. После смерти матери Донна постоянно носила украшения и обнаружила, что при этом ей становится немного спокойнее. Позже, в ходе процесса горевания, она чувствовала все меньшую и меньшую потребность в том, чтобы носить украшения матери. Волкан считает, что эти виды связующих объектов используются, чтобы справляться с сепарационной тревогой. Они представляют собой «знак победы» над утратой. Он считает, что связующие объекты отмечают размывание физических границ между пациентом и тем, кого он оплакивает, как будто при их использовании образы двух людей частично или полностью соединяются во внешнем мире.

Для обладателя связующего объекта важно всегда знать, где он. Один пациент всегда носил с собой маленькую мягкую игрушку-зверька. Они с покойной женой когда-то дали этому зверьку имя, и он носил игрушку в кармане. Однажды он летел домой из командировки, пошарил в кармане

и обнаружил, что зверька нет. Его охватила паника, и в отчаянии он поднял сидение и ковровую дорожку, чтобы найти потерянный связующий объект. Он так и не нашел его, и тревога была темой многих терапевтических сессий после этого случая. Волкан (Volkan, 1972) считает, что причиной потребности в таком объекте являются конфликтующие друг с другом желания: устранить умершего и в то же время сохранять его живым. Оба желания слиты в связующем объекте.

Связующие объекты подобны переходным объектам, которые есть у детей, когда они подрастают и отделяются от родителей. Становясь старше, они могут держаться за одеяло, мягкую игрушку или другой предмет, который помогает чувствовать себя безопасно и надежно во время перехода между безопасностью и надежностью, предоставляемыми родителями, и потребностью расти и отделяться от семьи, становясь отдельной личностью. В большинстве случаев ребенок, вырастая, оставляет переходные объекты. Тем не менее, когда они требуются, их отсутствие может вызвать огромную тревогу и возмущение.

Одна пациентка избавилась от всех вещей мужа, кроме двух-трех, которые сама ему подарила. Эти вещи напоминали о позитивных чувствах и счастливом времени, проведенном вместе. Сохраняя их, она берегла себя от того, чтобы вплотную соприкоснуться с негативными чувствами, связанными с многочисленными несчастливыми моментами их совместной жизни. В терапии у нее появилось осознание того, что в этом заключается одна из функций данных связующих объектов.

Следует отметить, что связующие объекты отличаются от подарков на память. Большинство людей хранят какие-то вещи как память об умершем. Но связующие объекты нагружаются значительно большим значением, и их потеря вызывает большую тревогу. Волкан (Volkan, 1972) рассказывает об одном случае, когда человек, хранивший связующий объект, попал в автомобильную катастрофу. В отчаянии он вернулся на место происшествия, попытался найти этот объект, и в конце концов этот предмет оказался единственным, что он смог найти среди обломков.

Важно спрашивать пациентов о предметах, которые они сохранили после смерти близкого человека, и, если вы решите, что они используют какую-то вещь как связующий объект, это стоит привнести в терапевтический процесс. Подобно Волкану, я предлагаю людям приносить эти предметы на терапевтические сессии. Это может быть очень полезно для фасилитации процесса горевания и для обозначения основных конфликтов, заставивших человека застрять в ходе этого процесса. Интересно видеть, что происходит с людьми, когда они завершают курс терапии горя. Часто

они без внешней подсказки оставляют или отдают кому-то объекты, которые раньше были для них очень значимыми. Одна пациентка не выходила из дома без писем, которые муж писал ей, когда был жив. В ходе терапии она по собственной инициативе однажды оставила письма дома. Филд, Николс, Холен и Горовиц (Field, Nichols, Holen & Horowitz, 1999) рассматривают продвижение пациента от получения утешения в привязанности к вещам умершего до сохранения привязанности к нему с помощью теплых воспоминаний. Это более здоровый способ сохранения связи.

Сохранение одежды, которая была на умершем в момент смерти, – другой тип обращения с переходным объектом, который я время от времени наблюдаю у оставшихся в живых. Это особенно верно в отношении случаев внезапной смерти. Одна женщина, чей муж умер совершенно неожиданно, считала важным сохранение его куртки: она хранила ее, пока не смогла проработать свое горе. В гарвардском изучении детей, перенесших утрату, 9-летний мальчик хранил бейсбольную кепку своего отца и в течение года после его смерти носил эту кепку, не снимая ее, даже когда ложился спать. По прошествии года он стал носить эту кепку реже и на ночь вешал ее на столбик кровати в своей комнате. На второй год после смерти отца он все еще хранил кепку, но теперь уже не носил ее, а держал в шкафу.

Другая пациентка и ее муж когда-то вместе купили маленького игрушечного рака и дали ему имя. У них не было детей, и этот рак стал для них чем-то вроде домашнего питомца или талисмана. Когда муж покончил с собой, она решила, что теперь очень важно спать, положив эту мягкую игрушку под подушку, и очень тревожилась, если игрушки с ней не было. Когда мы провели курс терапии горя, она смогла убрать игрушку в ящик стола. Ей хотелось сохранить игрушку из-за счастливых воспоминаний, которые она представляла, но она больше не чувствовала, что нужно иметь ее при себе для утешения. И вновь в этом случае мы видим человека, у которого были очень амбивалентные отношения с покойным мужем, поэтому значительная часть терапии была сосредоточена вокруг этой амбивалентности и ее потребности понять ее и что-то с ней сделать.

Помогите пациенту признать необратимость утраты

Хотя большинство людей справляются с горем в течение первых месяцев после утраты, есть и те, которые долго продолжают верить, что это не навсегда, что когда-нибудь в том или ином образе этот человек вернется. Волкан (Volkan, 1972) называет это хронической надеждой на воссоединение. И в этом случае тоже важно помочь этим пациентам осознать, поче-

му они не могут признать окончательность своей утраты.

Кэрол, молодая женщина, происходившая из очень пуританской семьи, в которой существовали жесткие ограничения, в момент смерти своего отца была уже молодой девушкой, но не могла позволить себе даже через пять лет после его смерти признать, что это навсегда. Для нее это означало бы, что теперь придется самостоятельно делать выбор и руководствоваться собственными потребностями и побуждениями, а это ее пугало. Она избегала личного выбора, поддерживая на каком-то уровне сознания фантазию о том, что ее отец так или иначе по-прежнему присутствует, руководя ей, как марионеткой, и устанавливая различные запреты, ограничивающие ее поведение. С помощью техники пустого стула мы смогли повысить уровень ее понимания данного конфликта, дав ей пообщаться со своим умершим отцом. Постепенно она смогла отпустить его и взять ответственность за свои решения. В конце терапии она написала ему письмо и, прочитав его на кладбище, там и оставила.

Помогайте пациенту планировать новую жизнь без умершего

Придерживаясь задачи III (приспособление к миру без умершего) и ориентации на модель двух процессов, мы помогаем пациенту сосредоточиться на личных целях. Шир (Shear, 2017) использует технику, которая представляется мне полезной: терапевт спрашивает пациента, чего бы он хотел для себя, если бы его горе вдруг волшебным образом исчезло, и потом работает с пациентом над формулированием новых жизненных целей, над тем, что может быть сделано без умершего. Недавно я спросил об этом молодую вдову, у которой были тесные отношения с покойным мужем, умершим после продолжительной и изнурительной болезни. До этого мы с ней уже год работали с ее горем и адаптацией к роли одинокой матери двух сыновей-подростков. Когда сыновья уехали, чтобы учиться в колледже, ее горе было отягощено, и ощущение одиночества усилилось. Она смогла представить, что занимается бизнесом. Ей всегда этого хотелось, но она не имела возможности делать это, потому что рано вышла замуж. Ее энтузиазм проявился наглядно, когда она, в первый раз после его смерти, смогла увидеть в этом основу для новой жизни.

Оцените социальные отношения пациента и помогите их изменить

Другая цель в рамках задачи горевания номер III, еще одна задача восстановления пациента – расширение и развитие социальных отношений.

Многие люди, переживающие утрату, отдаляются от прежних друзей, чувствуя, что тем непонятно их горе, что окружающие пытаются подтолкнуть их к преждевременному завершению горевания. А друзьям иногда бывает не по себе рядом со скорбящим, с его горем, и они перестают звонить или отдаляются, потому что им неловко находиться рядом с горящим другом. Некоторые вдовы, которые раньше участвовали в социальных мероприятиях вместе с мужьями, больше не чувствуют себя комфортно, посещая обеды без спутника. Исследуйте разочарование пациентов в друзьях и с помощью ролевых игр шаг за шагом помогайте им восстанавливать контакты с друзьями, не скрывая от тех ни разочарования, ни своих надежд на новую главу в дружеских отношениях. Некоторые горящие люди и пары находят новых друзей среди тех, кто пережил подобную утрату.

Помогайте пациенту работать с фантазией об окончании горевания

Полезная процедура в терапии горя – помочь пациентам исследовать их фантазии о том, что будет, когда они закончат горевать, и что они будут чувствовать в связи с этим. Что они потеряют, если перестанут горевать? Хотя это довольно простой вопрос, он иногда оказывается очень плодотворным. Некоторые люди боятся, что если они перестанут горевать, то забудут умершего (Powers & Wampold, 1994). Им нужен способ, как найти надежную связь с умершим и должным образом хранить о нем память, развивая сохраняющуюся связь с любимым человеком. А другие боятся, что если перестанут горевать, то люди подумают, будто они недостаточно любили умершего. Эту идею нужно подвергнуть проверке реальностью.

НЕКОТОРЫЕ СООБРАЖЕНИЯ ПО ПОВОДУ ТЕРАПИИ ГОРЯ

Есть несколько специальных вопросов, которые нужно принимать во внимание, когда вы занимаетесь терапией горя. Первый – важность завершения работы горя таким образом, чтобы пациенту не стало хуже, чем было, когда он пришел к вам на терапию. Если проблема, стоящая за неразрешенным горем, заключается в невыраженном гневе, то предельно важно, чтобы пациент идентифицировал и прочувствовал этот гнев, чтобы пациент не ушел от вас, чувствуя себя за этот гнев виноватым. Если терапевт просто помогает гневу проявиться, не проследив за тем, чтобы он адекватно разрешился, то пациент может почувствовать себя хуже, чем раньше. Он может даже обратить гнев на себя и испытать депрессию.

Вторая проблема – сдерживание переполняющих пациента чувств. Паркс (Parkes, 2001) пишет о том, что терапия горя может высвободить аффективный материал, который может быть для клиента чрезмерным. В моем клиническом опыте это иногда случалось. Хотя в ходе терапии пациенты могут переживать глубокую и сильную печаль и гнев, редко бывает, что пациент не может удерживать эти чувства в допустимых пределах. Тем не менее чувства нужно отслеживать. Я использую Шкалу показателей субъективного дистресса – Subjective Units of Distress Scale (SUDS) для мониторинга аффекта, как его интенсивности, так и его разрешения. SUDS – это конкретный отчет о конкретном аффекте, даваемый пациентом по шкале от 0 (отсутствие аффекта) до 100 (наибольшая выраженность конкретного чувства, какую можно представить). Я также обнаружил, что «дозирование» чувств, то есть поощрение пациентов в том, чтобы они пережили чувство столько, сколько могут в данный момент, затем отклонялись от него, чтобы вернуться к нему позже, может быть полезно некоторым клиентам. Это дает пациентам контроль над чувствами, которые иногда грозят их захлестнуть. При терапии горя с опорой на модель двух процессов горевания пациента поощряют колебаться между глубоким чувством горя (задача II) и восстановлением, когда пациент сосредоточен на том, что ему нужно, чтобы перестроить свой мир (задача III) (Stroebe & Schut, 1999, 2010). В данном случае важно, чтобы терапевт был способен выдерживать сильные чувства, которые могут возникать в терапии горя.

Третье соображение – помощь пациентам, испытывающим неловкость, которая нередко переживается во время терапии горя. Если пациенты пережили утрату несколько лет назад, но не оплакали ее должным образом и в терапии начинают соприкасаться с нормальными переживаниями горя, которые не испытывали раньше, они почувствуют значительную, сильную печаль. Это может создать для них трудности в некоторых социальных ситуациях. Одним из таких пациентов была молодая женщина, преподаватель местного университета. Хотя ее отец умер 8 лет назад, она не оплакала его адекватно, а в курсе терапии горя начала чувствовать всю интенсивность той печали, которую не позволяла себе почувствовать раньше. Когда она старалась выполнять свои обязанности в университете, люди подходили к ней и спрашивали: «В чем дело? Ты такая грустная. Ты выглядишь так, как будто кто-то умер». Она чувствовала, что будет глупо и неловко сказать им, что ее отец действительно умер, раз это произошло так много лет назад. Полезно предупреждать пациентов, что они могут сталкиваться с такими социальными ситуациями и что они так или иначе сумеют их пережить. Были случаи, что я с разрешения пациента информировал членов

семьи, с которыми он жил, что сейчас идет терапия горя и что пациент может пережить значительную свежую печаль. Так семья бывает предупреждена о возможных изменениях в поведении, и таким образом можно избежать непонимания.

Чаще всего терапия горя проводится на индивидуальных терапевтических сессиях. Психотерапия горя также может проводиться в группах, если их ведут компетентные терапевты. МакКаллэм, Пайпер, Эйзим и Лакофф (McCallum, Piper, Azim & Lakoff, 1991) предлагают интересный психодинамический подход к работе с осложненным горем в ограниченной во времени групповой психотерапии для переживающих утрату. Также в Нидерландах Шут, де Кайзер, ван ден Бут и Штребе (Schut, de Kiejsjer, van den Bout & Stroebe, 1996) получили хорошие результаты в программе по групповой психотерапии горя в стационаре.

ТЕХНИКИ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ

Одна из техник, которая для меня оказалась в высшей степени полезной в терапии горя, – гештальтистская техника пустого стула (Barbato & Irwin, 1992). Я обнаружил, что пациентам важнее поговорить непосредственно с умершим в настоящем времени, чем рассказывать мне об этом человеке. Разговор с умершим оказывал большее влияние, чем разговор об умершем (Polster & Polster, 1973). Я ставлю в офисе пустой стул и предлагаю пациентам представить, что на нем сидит умерший. Затем я прошу пациента поговорить непосредственно с умершим о своих мыслях и чувствах, связанных с этой смертью и их отношениями. У меня еще не было пациента, который бы отказался это сделать, если во введении к этой процедуре она адекватно объяснялась. Даже те, кто больше всех сомневался, соглашались, если их немного подбодрить. Это очень сильная техника, она полезна для завершения неоконченных дел, для работы с чувствами вины и сожаления и т. д. Вы можете усилить воздействие этой техники, если предложите пациенту пересаживаться со стула на стул и говорить то за умершего, то с умершим. Как любая другая психотерапевтическая техника, эта техника не должна использоваться, если терапевт ей специально не обучен. Очевидно, что эта техника противопоказана в работе с пациентами с шизофреническими и пограничными расстройствами.

Сходная методика, описанная Мелгесом и ДеМасо (Melges & DeMaso, 1980), предполагает, что пациенты сидят на стульях, закрывают глаза и представляют, что они разговаривают с умершим. Это допустимая аль-

тернатива технике пустого стула. Но эту методику делает важной не то, открыты или закрыты глаза пациента, а тот факт, что он может обратиться к умершему непосредственно от первого лица в данный момент. В Центральной больнице Массачусетса я объяснял эту технику своему коллеге, выдающемуся исследователю-биологу, специалисту в области психоаналитической психиатрии. Мне было интересно, как он отреагирует, когда я расскажу ему про эту процедуру в гештальт-подходе, но он засмеялся и поделился со мной своим опытом. Он сказал, что его отец умер два года назад, и что иногда он представляет, будто отец рядом, и разговаривает с ним.

Другая техника, которую можно здесь использовать, – психодраматическое разыгрывание ролей. Иногда у меня бывали пациенты, которые играли роли и самих себя, и умерших, разговаривая от лица то одного, то другого, пока конкретный конфликт не был разрешен. Использование фотографий умершего может фасилитировать движение к целям терапии. Пациент приносит на сессию любимую фотографию, и она используется, чтобы стимулировать возникновение воспоминаний и аффектов, а иногда служит для разговора с умершим в настоящем времени.

Домашняя работа в терапии горя также полезна. Она используется и в других видах психотерапии, особенно в гештальт-терапии и когнитивно-поведенческой терапии. Давая пациенту домашнее задание, которое нужно сделать в перерыве между сессиями, можно увеличить воздействие единственной еженедельной сессии, сделать терапию короче и эффективнее. Это особенно действенно в краткосрочной терапии. Можно использовать самые разные домашние задания. Часто это бывает мониторинг аффекта и обращение внимания на когниции, которые запускают аффект. Пациент может дома писать письма умершему и приносить на сессии, чтобы поделиться написанным с терапевтом. Здесь надо предупредить о двух моментах. Обязательно сопровождайте домашнее задание объяснением, почему вы просите сделать это конкретное задание дома. Кроме того, обязательно требуйте отчет, о том, как было выполнено задание. Если вы не будете требовать от пациентов результатов, они посчитают, что это неважно, и не будут выполнять задания.

При использовании любой техники важна своевременность. Терапевту нужно знать, как распределить время для интервенций. Если вы побуждаете клиента пережить аффект, к которому тот не готов, аффект за этим не последует. Несвоевременные интерпретации окажутся потраченными впустую. Обучение психотерапевтическим интервенциям – всегда трудное дело. Лучшее, что я могу сделать, – это вновь подчеркнуть, что своевре-

менность очень важна из-за сложности самого материала и ограниченного по времени характера контракта.

Сновидения в консультировании и терапии горя

Сновидения переживающих утрату часто идут параллельно процессу горевания и отражают то, с чем горюющий борется в данный момент. Одна из стратегий консультирования – связывать сновидения с задачами горевания. Горюющие часто видят во сне, что умерший жив, только для того, чтобы, проснувшись, убедиться, что он умер и не придет. Такие сновидения можно рассматривать как борьбу за выполнение первой задачи горевания: осознать реальность утраты. Сновидения могут также переопределить взаимоотношения с умершим (Belicki, Gulko, Ruzyski & Aristotle, 2003).

Исследования сновидений показывают, что они также могут помочь горюющему интегрировать неприятные переживания. Это относится ко второй задаче горевания: позволить, чтобы чувства были проработаны. Чувства вины, гнева и тревоги – это распространенные переживания после утраты, но они бывают такими интенсивными, что могут нарушить функционирование горюющего.

Одна женщина испытывала серьезное чувство вины после того, как ее мать умерла в больнице. Несмотря на то, что она ежедневно посещала ее в больнице, та умерла в момент, когда она отошла от ее постели, чтобы купить себе еды. Она обвиняла себя в смерти матери. Во сне она пыталась ее поддержать, но ничего не смогла поделать. Мать все равно упала. Это сновидение помогло ей осознать, что она не могла ничего сделать для того, чтобы продлить жизнь матери, очевидность чего ускользала от нее в течение какого-то времени.

Травматичная смерть может вызвать значительный негативный аффект, о чем свидетельствуют внезапные воспоминания травматического опыта и чрезмерное возбуждение. Сновидения могут помочь человеку интегрировать эти аффекты травмы так, как порой этого не удастся осуществить в состоянии бодрствования.

Приспособление к миру без умершего (задача III) может поставить перед горюющим множество требующих решения проблем. Нередко ему снится, что умерший возвращается, чтобы предложить совет по решению конкретной проблемы. Такой совет, полученный «оттуда», может помочь снизить тревогу и подтолкнуть горюющего к возможным решениям. Придание смысла утрате – также важная часть задачи III, и сновидения могут

быть полезными горюющему для того, чтобы найти в потере смысл.

Как продолжать жить без умершего – это проблема многих борющихся за выполнение задачи IV. Один молодой человек, чья жена внезапно умерла, обнаружил, что теперь не может строить отношения с женщинами. Он встречался с другими женщинами, но прерывал все отношения, которые начинали развиваться. Через пять лет это стало той проблемой, с которой он обратился к консультанту. В ходе консультирования у него было несколько сновидений, в которых умершая жена появлялась и давала ему разрешение жить дальше и найти новую любовь. Он ценил это разрешение, но не хотел, создав новые отношения, забыть жену. Однажды, придя на ее могилу, он понял, что может всегда прийти туда, когда захочет вспомнить жену, и это дало ему что-то конкретное, на что можно опереться как на способ вспоминать о ней.

Так как горевание – это процесс, человек может «застрять» на любом его этапе. Сновидения могут быть полезным инструментом не только для того, чтобы показать, где именно человек остановился, но и для того чтобы идентифицировать, что может быть причиной этого «застревания». Одной матери, чья молодая дочь погибла в аварии, серия сновидений показала, как она ищет свою дочь, хочет вернуть ее и увидеть, что с ней все в порядке. Она не могла продолжать продвигаться вперед по жизни, пока не узнает, что с дочерью все нормально. Во многих сновидениях она видела свою дочь, которая всегда находилась на расстоянии и выглядела счастливой, но при этом мать не чувствовала полной уверенности. К концу процесса консультирования ей приснилось сновидение, в котором она схватила воздушный шар, и он поднял ее высоко на облако, где жила ее дочь. Дочь была удивлена, увидев ее, и у них состоялся разговор, в котором дочь сообщила, что с ней все в порядке. Почувствовав облегчение, мать спросила, как она может спуститься вниз. «Шагай, мама, ты окажешься там, где тебе нужно», – ответила дочь. После этого сна мать поняла, что с дочерью все хорошо и что ей самой надо вернуться на землю и продолжать свою жизнь. Многим горюющим очень хочется знать, что у любимого человека все в порядке, и многие сновидения переживающих утрату отражают это желание.

НЕКОТОРЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

Консультанты, которые поощряют клиентов делать записи своих сновидений и потом обсуждать их на консультативных сессиях, должны помнить следующее.

Покойный не обязательно должен появляться в сновидениях, чтобы сны соответствовали ходу процесса горевания. Тем не менее, если умерший появляется во сне, это обычно важно для горюющего, и его появление в сновидении (живым или мертвым) или действий, в которых он участвует, нельзя игнорировать.

1. Не игнорируйте фрагменты сновидений. Часто клиент не чувствует, что детали важны. Но если консультант и клиент сообща пытаются понять ход процесса горевания, то соединение фрагментов сновидения вместе, как кусочков пазла, может быть полезно.
2. Пусть сновидец сам расскажет вам о значении сновидения (Barrett, 2002). Использование сновидений в работе горя – не то же самое, что аналитическая работа, когда сны интерпретирует терапевт. Женщина, которая поднялась на шаре, чтобы навестить жившую на облаке дочь, упомянула, что шар был золотым. Она рассказала, что в семье было принято дарить золотые украшения на дни рождения и юбилеи. Золото означало, что это – особенное для семьи событие. Смысл, который она увидела в этом сновидении, был таков: дочь подарила ей подарок, чтобы она могла продолжать свою жизнь.
3. Когда клиент видит серию сновидений, ищите стоящие за этими снами темы, которые их объединяют. Часто одна и та же тема проглядывает сквозь каждый сон, хотя метафоры и образы сновидений могут быть разными (Belicki, Gulko, Ruzycki & Aristotle, 2003).
4. Довольно часто клиенты видят сновидения об умершем в то время, которое близко к годовщине его смерти. Так бывает с теми, кто не видел постоянно снов об умершем. Прочие годовщины (дни рождения, свадьбы, другие решающие моменты в жизни) также могут «запустить» такое сновидение. Приучайте клиентов обращать внимание на такие сны и использовать их для понимания того, на каком этапе процесса горевания они находятся в данный момент.

Все привязанности разные, и сновидения иногда могут помочь увидеть характер привязанности. Горе одной матери, чья молодая взрослая дочь внезапно была убита, продолжалось годами. Ее семья, чье горевание уже завершилось, не могла понять, почему она горюет так долго. В серии сновидений мать ждала материнской заботы от этой дочери (самой старшей) – той заботы, которой она никогда не получала от собственной матери. Это привело ее к важному осознанию природы своих отношений с дочерью и пониманию того, что отпустить дочь значило для нее отказаться от надежды когда – либо самой получить материнское тепло.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Обычно бывает три вида изменений, которые помогают оценить эффективность терапии. Это изменения в субъективном опыте, изменения в поведении и облегчение симптома.

Субъективный опыт

Люди, прошедшие курс терапии горя, сообщают, что они стали другими. Они говорят о росте самооценки и уменьшении чувства вины. Они делают, например, такие комментарии, как: «Боль, разрывавшая меня на куски, прошла»; «Я чувствую, что теперь я действительно похоронила свою мать»; «Я теперь могу говорить о своем отце, не захлебываясь слезами».

Другой субъективный опыт, о котором сообщают пациенты, – это рост связанных с умершим позитивных чувств. Теперь они могут думать о нем и рассказывать о положительных чувствах и позитивном опыте (Lazare, 1979, 1989). Одна женщина, чье горевание о матери проходило очень трудно, в конце лечения сказала мне: *«Теперь я просто скучаю по ней. Раньше это была настоящая мука. Ее смерть вызывала у меня множество детских воспоминаний о разочаровании и безнадежности. Я больше не сержусь так сильно. Бывают такие дни, когда я даже не думаю о матери, и это меня удивляет».*

Изменения в поведении

Многие пациенты демонстрируют очевидные изменения поведения без подсказки со стороны терапевта. Изучая то, что их ограничивает, они начинают проявлять социальную активность или завязывать новые отношения. Пациенты, которые ранее избегали религиозной деятельности, обращаются к ней. Те, кто избегал посещения могилы, теперь без подсказки посещают ее. Одна женщина, которая никогда ничего не меняла в комнате своего сына, пришла на последнюю сессию терапии и сказала: «Я собираюсь убрать в комнате сына и отнести его вещи в подвал. Не думаю, что это повредит доброй памяти о нем, если я сделаю из его комнаты небольшой кабинет». Я никогда не предлагал ей это, но подобные изменения в поведении часто наблюдаются у тех, кто прошел терапию горя от начала до конца. Одна вдова самостоятельно пришла к тому, чтобы снять обручальное кольцо. Она сказала: «Я больше не замужняя женщина». Другая женщина, которая перестала вывешивать флаг, которым был накрыт гроб ее сына, сно-

ва стала вывешивать его по праздникам.

Облегчение симптомов

Также существуют измеряемые признаки облегчения симптомов после завершения терапии горя. Пациенты сообщают, что у них стало меньше физических болей, а также об облегчении симптома, первоначально приведшего их на терапию. У одной пациентки были серьезные трудности из-за рвоты. Это очень напоминало симптомы болезни ее отца в последние два дня его жизни, которые она наблюдала в пятилетнем возрасте. Эти симптомы естественным образом исчезли, когда она прошла курс терапии горя и проработала незавершенность отношений со своим покойным отцом.

Существует ряд клинических инструментов, которые могут быть использованы в работе с пациентами, чтобы помочь им сделать более точной оценку того, на каком этапе горевания они находятся со своим симптомом. В дополнение к использованию методик вроде SUDS для измерения уровня дистресса терапевты могут использовать опросник депрессии Бека или шкалу-опросник депрессии CES-D. Симптоматический опросник SCL-90 измеряет уровень депрессии и тревоги, а также уровень общего благополучия. Горе может оцениваться с помощью TRIG (Техасский обновленный опросник горя), HGRC (Контрольный список реакций горя Хогана) и, конечно, последней версии ICG (Опросник осложненного горя).

Я хочу здесь подчеркнуть, что терапия горя действительно помогает. В отличие от многих других случаев психотерапии, когда терапевт может быть не уверен относительно ее эффективности, психотерапия горя может быть очень эффективной. Субъективный опыт и доступные наблюдению поведенческие изменения делают эту целенаправленную терапевтическую интервенцию заслуживающей доверия.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ

- Автор утверждает, что терапия горя отличается от консультирования горя тем, что терапия горя стремится помочь человеку, переживающему утрату, идентифицировать и разрешить конфликты сепарации, которые препятствуют решению задач горевания. Наблюдали ли вы это в своей работе с горяющими индивидуумами? Встречались ли вы с подобным в кругу семьи или друзей?
- В этой главе приведены четкие различия между связующими объектами, переходными объектами и памятными вещами. Как вы понимаете эти различия? Есть ли у вас примеры этого в вашей практике или личной жизни?
- Психодрама и домашние задания – всего лишь две техники из тех, которые были рассмотрены в этой главе. Какие из перечисленных техник вы используете в своей работе и какие из них вы находите наиболее эффективными? Какие техники вы бы хотели попробовать и почему?
- По мнению автора этой книги консультирование и терапия горя могут быть очень эффективными в работе с переживающими утрату. Какие виды симптоматического облегчения, изменений поведения и субъективного восстановления благополучия вы наблюдали в своей работе с горящими пациентами? Как вы думаете, какие факторы внесли вклад в этот успех?

ЛИТЕРАТУРА:

Barbato, A., & Irwin, H. J. (1992). Major therapeutic systems and the bereaved client. *Australian Psychologist*, 27, 22 – 27. doi:10.1080/00050069208257571

Barrett, D. (2002). The “royal road” becomes a shrewd shortcut: The use of dreams in focused treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 55 – 64. doi:10.1891/jcop.16.1.55.63701

Belicki, K., Gulko, N., Ruzycki, K., & Aristotle, J. (2003). Sixteen years of dreams following spousal bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 47, 93 – 106. doi:10.2190/D78C – BCFE – NQNY – EMGV

Bonanno, G. (2009). *The other side of sadness*. New York, NY: Basic Books.

Field, N., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 212 – 218.

Hoy, W. (2016). *Bereavement groups and the role of social support: Integrating theory, research, and practice*. New York, NY: Routledge.

Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lazare, A. (1989). Bereavement and unresolved grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 381 – 397). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

McCallum, M., Piper, W. E., Azim, H. F., & Lakoff, R. S. (1991). The Edmonton model of short – term group therapy for loss: An integration of theory, practice and research. *Group Analysis*, 24, 375 – 388. doi:10.1177/0533316491244003

Melges, F. T., & DeMaso, D. R. (1980). Grief – resolution therapy: Reliving, revising, and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51 – 61.

Neimeyer, R. (2003). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York, NY: Routledge.

Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25 – 45). Washington, DC: American Psychological Association.

Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Powers, L. E., & Wampold, B. E. (1994). *Cognitive – behavioral*

factors in adjustment to adult bereavement. *Death Studies*, 18, 1–24. doi:10.1080/07481189408252640

Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM–V. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 52, 9–19. doi:10.2190/ANKH–BB2H–D52N–X99Y

Rynearson, E. (2001). *Retelling violent death: Resilience and intervention beyond the crisis*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

Rynearson, E. (2006). *Violent death*. New York, NY: Routledge.

Rynearson, E., Schut, H., & Stroebe, M. (2013). Complicated grief after violent death: Identification and intervention. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 278–292). New York, NY: Routledge.

Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Stroebe, M. (1996). Cross–modality group therapy: Description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 357–365. doi:10.1002/(SICI)1097–4679(199605)52:3<357::AID–JCLP14>3.0.CO;2–H

Shear, M.K. (2017). Recognizing and treating complicated grief. In K. Doka & A. Tucci (Eds.), *When grief is complicated* (pp. 127–148). Washington, DC: Hospice Foundation of America (pp. 127–148).

Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2016). Complicated grief treatment: An evidence–based approach to grief therapy. *Journal of Rational–Emotive & Cognitive–Behavior Therapy*, 35, 6–25. doi:10.1007/s10942–016–0242–2

Simos, B. G. (1979). *A time to grieve*. New York, NY: Family Service Association. Solomon, R., & Rando, T. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning. *Journal of EMDR Practice & Research*, 1, 109–117. doi:10.1891/1933–3196.1.2.109

Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11, 300–320. doi:10.1177/104973150101100302

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., & Stroebe, W. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 3–22). Washington, DC: American Psychological Association.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224. doi:10.1080/074811899201046

Stroebe, M. S., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 61, 273–289. doi:10.2190/OM.61.4.a

Stroebe, M. S., Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.). (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. New York, NY: Routledge.

Volkan, V. (1972). The linking objects of pathological mourners. *Archives of General Psychiatry*, 27, 215–221. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750260061009

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2005). Internet – based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 409–432. doi:10.1080/15325020590956828

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 405–429). Washington, DC: American Psychological Association.

ГЛАВА 7. ГОРЕВАНИЕ В СЛУЧАЕ ОСОБЫХ ВИДОВ УТРАТЫ

Существуют виды и обстоятельства смерти, которые требуют особого понимания и модификаций вмешательств, выходящих за рамки процедур, описанных в предыдущих главах. Это смерть вследствие суицида, внезапная смерть взрослого, внезапная смерть ребенка, выкидыши и мертворожденные дети, аборты, ожидаемая смерть, смерть от СПИДа. Все они создают проблемы для оставшихся в живых. Консультанту нужно знать особенности этих ситуаций и связанные с ними проблемы, а также понимать, что это значит для консультативной работы.

Суицид

Примерно 750 000 человек в год теряют члена семьи или любимого в результате совершенного этим человеком самоубийства. Они не только остаются с переживанием утраты, но также получают «в наследство» чувства стыда, страха, отвержения, гнева и вины. Эдвин Шнейдман, считающийся отцом движения за профилактику суицида в Соединенных Штатах, сказал: *«Я думаю, что человек, совершающий самоубийство, оставляет свои психологические «скелеты» в «шкафу» эмоций оставшегося в живых: он обрекает оставшегося в живых на переживание множества негативных чувств. Более того, оставляет с его навязчивыми мыслями о своей реальной или возможной роли в подталкивании человека к суициду или вины за то, что не смог его предотвратить. Это может быть тяжелым грузом»* (Cain, 1972).

Ричард МакГи, который руководил большим центром по профилактике суицида во Флориде, считает, что «суицид – это самый тяжелый кризис утраты, столкнуться с которым и эффективно разрешить его любой семье бывает особенно трудно» (Cain, 1972, с. 11). Мой собственный клинический опыт работы с оставшимися в живых близкими тех, кто совершил суицид, подтверждает эти наблюдения. Тот, кто занимается консультированием горящих, должен осознавать, в чем этот опыт уникален, чтобы сделать свои интервенции максимально эффективными. Существуют свидетельства того, что горе потерявших близкого человека вследствие суицида может быть

более интенсивным и длиться дольше, чем горе от других утрат (Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski & Thompson, 1992). Есть и авторы, утверждающие, что горевание по умершему от суицида не отличается от других случаев горевания (Cleiren & Diekstra, 1995). При этом другие пишут, что потеря человека вследствие суицида – это комбинация горя и посттравматического стресса (Callahan, 2000). Несмотря на эти различия во взглядах, существует согласие по поводу того, что в случае утраты человека из-за суицида возникают три вопроса, которые не возникают в случае других потерь: «Почему человек это сделал?»; «Почему я не смог это предотвратить?»; «Как мог он (она) так поступить со мной?» (Jordan, 2001, 2010).

Из всех переживаний, которые испытывают близкие тех людей, кто покончил с собой, преобладающее чувство – стыд. В нашем обществе по-прежнему существует связанная с суицидом стигматизация (Houck, 2007; Peters, Cinningham, Murphy & Jackson, 2016). Оставшимся в живых приходится переживать стыд после того, как член их семьи покончил с собой, и на их переживание стыда могут влиять реакции окружающих. «Никто не хочет со мной поговорить, – сказала мне одна женщина, чей сын покончил с собой. – Они ведут себя так, как будто ничего не случилось». Это дополнительное эмоциональное давление не только влияет на взаимодействие оставшегося в живых с обществом, но также может резко изменить отношения внутри семьи (Kaslow & Aronson, 2004). Часто между членами семьи существует молчаливое согласие по поводу того, как вести себя с теми, кто знает, что произошло, и с теми, кто не знает.

В случае если суицидальная попытка не удастся, совершивший эту попытку часто стигматизируется (Cvinar, 2005). Одна женщина бросилась с моста высотой 155 футов и выжила, что редко случается при падении с такой высоты. Но после этого она столкнулась с такой негативной реакцией окружающих людей и пережила столько стыда, что повторила свою попытку. Она снова прыгнула с этого моста, и погибла.

Вина – другое распространенное чувство оставшихся в живых родственников самоубийцы. Они часто берут на себя ответственность за поступок умершего, и их грызет чувство, что они должны были или могли сделать нечто, чтобы предотвратить эту смерть. Это чувство вины бывает особенно тяжелым, когда самоубийство совершается в контексте межличностного конфликта умершего и оставшегося в живых.

В первой главе мы писали, что вина – нормальное чувство оставшегося в живых после любой смерти, но в случае суицида это чувство может усугубиться. Близкие покончившего с собой чувствуют вину чаще, чем близкие умерших по другим причинам (McIntosh & Kelly, 1992). Из-за силы

этого переживания люди могут испытывать чувство, что заслуживают наказания, и взаимодействовать с обществом таким образом, что оно, в свою очередь, их наказывает. Дети, которые начинают нарушать закон, злоупотреблять алкоголем или наркотиками, могут служить примером такого самонаказания. Стремление быть наказанными может приводить к явным изменениям в паттернах поведения переживающих горе людей.

Иногда оставшиеся в живых с таким стремлением доходят до крайностей, чтобы получить то наказание, которое, как им кажется, они заслуживают. Я видел одну женщину в терапии, которая наказывала себя, постоянно переедая, пока не достигла веса в 300 фунтов. Но так как этого было недостаточно, она доходила до того, что брала молоток и ломала собственные кости. Потом, когда они срастались, она ломала их снова. Проблема возникла после самоубийства ее младшего брата. Она чувствовала за произошедшее некоторую естественную ответственность, но груз вины утяжелили ее бабушка с бабушкой, прямо сказав, что в этой смерти виновата она. Она была молода, и ее неспособность проверить вину реальностью привела к длинной череде саморазрушительных действий.

Иногда чувство вины проявляется в виде обвинения. Некоторые люди, чувствуя себя виноватыми, проецируют вину на других, обвиняя их в этой смерти. Поиск виноватого может быть обусловлен попыткой проконтролировать трудную для понимания ситуацию и найти в ней смысл.

Оставшиеся в живых родственники самоубийцы обычно чувствуют сильный гнев. Они воспринимают эту смерть как отвержение. Когда они повторяют: «Почему, почему, почему?», это обычно значит: «Почему он так поступил со мной?» Сила гнева часто заставляет их чувствовать себя виноватыми. Женщина среднего возраста, чей муж покончил с собой, почти полгода ходила туда-сюда по дому, крича: «Черт возьми, если бы ты сам себя не убил, я бы убила тебя за то, что ты заставил меня пережить». Ей надо было освободиться от этого гнева; проверка через два года показала, что с ней все было в порядке.

С таким гневом коррелирует низкая самооценка. Эрих Линдемманн и Ина Мэй Гриэр (Lindemann & Greer, 1953) подчеркивали это, говоря: «Потерять человека, который совершил самоубийство, значит быть отвергнутым» (с. 10). Оставшиеся в живых часто считают, что, если бы покойный подумал о них, он бы не убил себя. Это «отвержение» может стать приговором самоуважению оставшегося в живых, приводя к снижению самооценки и сильной реакции горя (Reed, 1993). В таких случаях консультирование может оказаться особенно полезным.

Страх – еще одна частая реакция на суицид. Фабероу и коллеги

(Farberow et al, 1992) обнаружили более высокий уровень тревоги у тех из оставшихся в живых, чьи близкие умерли вследствие самоубийства, чем среди родственников тех, кто умер естественной смертью. Часто первым возникает страх перед собственными саморазрушительными импульсами. Многим кажется, что над ними тяготеет судьба или рок. Это в особенности касается сыновей тех, кто покончил с собой. *«Для них типично ощущение, что их жизнь лишилась энергии. Они, как правило, чувствуют себя не имеющими корней в большей степени даже в обществе, для которого в целом характерна оторванность от своих корней. Они брезгливо отворачиваются от прошлого, они смотрят в будущее с тупым оцепенением, так как опасаются, что, возможно, тоже покончат с собой»* (Cain, 1972, с. 7).

Однажды я наблюдал группу молодых людей, которые в раннем подростковом возрасте пережили самоубийство своих отцов. Все эти молодые люди, за которыми я наблюдал вплоть до возраста двадцати или тридцати с небольшим, считали, что самоубийство – это, возможно, и их будущая судьба. Близкие тех, кто совершил самоубийство, часто сами бывают озабочены мыслями о самоубийстве. Но если одних эти мысли пугают, то другие справляются с ними, занимаясь волонтерской работой по предотвращению самоубийств в таких группах, как «Самаритяне».

В случаях, когда в семье было несколько самоубийств, члены этой семьи могут тревожиться, не передается ли это по наследству. Одна молодая женщина из-за этого страха пришла на консультирование, прежде чем выйти замуж. Двое из ее сиблингов покончили с собой, и она боялась, как бы ее дети не проявили суицидальные наклонности, если она, будучи матерью, не справится с их воспитанием. Она чувствовала, что ее родители не смогли справиться с братьями.

Искаженное мышление – еще одна черта близких людей покончившего с собой. Очень часто оставшимся в живых, особенно детям, важно видеть в поступке умершего не самоубийство, а несчастный случай, что создает в семьях своего рода искаженную коммуникацию. Семья создает миф о том, что на самом деле случилось с умершим, и каждый, кто бросает вызов этому мифу, называя вещи своими именами, вызывает гнев окружающих, нуждающихся в том, чтобы видеть в произошедшем несчастный случай или какое-то другое, более естественное, событие. Это вид искаженного мышления может быть полезным некоторое время, но в длительной перспективе он не продуктивен.

Важно помнить, что самоубийцы часто происходят из семей с такими серьезными социальными проблемами, как алкоголизм или насилие над ре-

бенком. Это значит, что амбивалентные чувства у членов семьи могли существовать и ранее, и суицид только обостряет эти чувства и эти проблемы. Чтобы максимизировать эффективность консультирования горюющих, консультант должен принимать во внимание связанные с самим фактом самоубийства социальные и семейные трудности.

Проблема эвтаназии сейчас обсуждается активнее, чем во времена первых изданий этой книги (Pearlman et al., 2005; Wagner, Keller, Knave, & Maercker, 2011). Предварительные исследования показали, что участие в эвтаназии может иметь благоприятные последствия для оставшегося в живых. Тем не менее, если человек не являлся участником планирования или совершения эвтаназии, его реакции могут быть подобны реакциям при обычном суициде (Werth, 1999). Очевидно, эта тема требует дальнейшего исследования.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ БЛИЗКИХ САМОУБИЙЦЫ

При консультировании близких покончившего с собой важно помнить, что утрата вследствие самоубийства – это одна из упомянутых ранее утрат, о которых не принято говорить (Lazare, 1979, 1989). И близкие, и другие люди сомневаются, стоит ли говорить о такой смерти. Консультант или терапевт может заполнить пробел, вызванный нехваткой разговоров с людьми на эту тему. Интервенции в работе с близкими покончившего с собой могут быть следующими.

Проверка вины и стыда реальностью

Этот прием, описанный в четвертой главе, в работе с близкими покончившего с собой может занять больше времени. Здесь тоже значительная часть вины может быть нереалистичной; она отступит под влиянием проверки реальностью и принесет человеку облегчение. Одной женщине, которая чувствовала вину в связи со смертью брата, удалось помочь, когда она прочитала письмо, которое отправила брату незадолго до его самоубийства. Письмо было среди его вещей, и чтение его помогло ей понять, что она предлагала ему свою помощь. Но бывают случаи, когда человек действительно виноват, и здесь консультанту нужно суметь помочь ему проработать это реальное чувство вины. Когда пациент больше склонен обвинять кого – то другого, консультант может осуществить проверку реальностью. Если обвинение принимает форму поиска козла отпущения, то эффектив-

ным способом разрешения этой ситуации могут стать семейные сессии. Некоторые оставшиеся в живых чувствуют вину за то, что испытали облегчение. Длительная история хронических проблем с умершим, включающая отклоняющееся поведение и предшествующие суицидальные попытки, кончается, поскольку этот человек умер (Hawton & Simkin, 2003).

Корректируйте отрицание и искаженное восприятие

Оставшимся в живых нужно столкнуться с реальностью самоубийства, чтобы они были способны осознать и проработать этот факт. Использование в работе с ними таких жестких выражений, как «убил себя» или «повесился», может фасилитировать этот процесс. Людей, ставших свидетелями самоубийства, иногда преследуют навязчивые образы этой сцены и другие признаки ПТСР (Callahan, 2000). Для людей, которые при этом не присутствовали, воображаемая сцена самоубийства иногда может быть хуже реальной. Исследование выразительных образов может быть трудным, но их обсуждение поможет в процессе проверки реальностью. Со временем эти образы обычно тускнеют, но если это не происходит, может потребоваться специальная интервенция.

Другая задача – коррекция искажений и переопределение образа умершего, приближение его к реальности. Многие оставшиеся в живых склонны видеть умершего как абсолютно хорошего или абсолютно плохого, и этой иллюзии необходимо бросить вызов. Я работал с одной молодой женщиной, чей отец покончил с собой. В ходе терапии для нее было важно переопределить образ «суперпапы» в образ суперпапы, который страдал клинической депрессией, не видел выхода и в отчаянии покончил с собой.

Исследуйте фантазии о будущем

Используйте проверку реальностью, чтобы исследовать имеющиеся у оставшихся в живых фантазии о том, как эта смерть повлияет на их будущее. Если фантазии отчасти соответствуют реальности, исследуйте способы справиться с этой реальностью, стараясь вместе с оставшимся в живых ответить на вопросы, которые могут у него возникать, например: «Когда у меня будут дети, как я скажу им, что их дядя покончил с собой?»

Работайте с гневом

Работа с гневом и яростью, порождаемыми такой смертью, требует выражения этих чувств при одновременном укреплении контроля оставшегося в живых над этими эмоциями. Одна женщина, чей муж покончил с собой, сказала на последней консультативной сессии: «Самое трудное уже позади. Возможность злиться – это облегчение, и вы дали мне на это разрешение. Я по-прежнему чувствую горе, но понимаю, что это нормально».

Проверка реальностью и переживание покинутости

То, что оставшийся в живых чувствует себя покинутым, – возможно, один из самых опустошающих результатов самоубийства. Люди, которые теряют любимых в результате их естественной смерти, чувствуют себя покинутыми, даже если смерть не планировалась и не была результатом самоубийства. Но если смерть была выбором умершего, переживание покинутости становится сильнее. Это чувство отчасти основано на реальности, но степень его реалистичности следует оценивать в ходе консультирования.

Помогайте в поиске смысла этой смерти

Любая утрата активизирует экзистенциальный поиск смысла, что относится к задаче III. К тому же близкие тех, кто покончил с собой, сталкиваются с внезапной, неожиданной и насильственной смертью (Range & Calhoun, 1990; Silverman, Range & Overholser, 1994)). Появляется потребность в ответе на вопрос, почему любимый человек лишил себя жизни, и в особенности стремление определить, каким было его душевное состояние перед смертью. Оставшимся в живых часто приходится объяснять суицид другим людям, тогда как это событие находится за гранью их собственного понимания (Moore & Freeman, 1995). В одном исследовании Кларк и Гудни (Clark & Goldney, 1995) обнаружили, что вскоре после утраты многие оставшиеся в живых не могут понять, что значит эта трагедия. Некоторые приходят к пониманию со временем, что приводит к некоторому облегчению и способности к позитивным изменениям в жизни. Другие остаются в состоянии горькой опустошенности. Некоторые нашли полезной медицинскую модель психической болезни и суицида, особенно нейротрансмиттерную теорию депрессии. Придание смысла суициду – это сложный и отнюдь не линейный процесс (Begley & Quayle, 2007).

Вот некоторые дополнительные соображения по поводу интервенций:

1. Сразу же, до того как возникнут искажения, начните контактировать с семьей. Семейные мифы возникают рано. Лучше говорить «умер вследствие самоубийства», чем «совершил самоубийство», что имеет криминальный оттенок и предполагает стигматизацию (Parrish & Tunkle, 2003).
2. В консультировании замечайте имеющийся потенциал отыгрывания. Клиенты могут добиваться, чтобы консультант их отверг, дабы подтвердилось их негативное самовосприятие. Нужно также заниматься мониторингом суицидального риска и риска других психиатрических проблем. Джордан и МакМенами (Jordan & McMenamy, 2004), цитируя Шнейдмана, напоминают нам о том, что поственция – это профилактика.
3. Многие оставшиеся в живых близкие самоубийц чувствуют, что их не может понять никто из тех, кто сами не имеют опыта подобной утраты (Wagner & Calhoun, 1991). Если имеется достаточное количество людей, оплакивающих потерю подобного рода, рассмотрите возможность создания группы для них по месту жительства. Делиться переживаниями с пережившими подобную утрату очень полезно. Если вы ведете общую группу для горюющих и в ней есть один человек, потерявший близкого в результате суицида, постарайтесь включить в группу еще одного такого же, чтобы у горюющего не возникло ощущения, будто никто в группе не может понять его утрату. Митчелл, Гейл, Гарэнд и Веснер (Mitchell, Gale, Garand & Wesner, 2003) использовали нарративный подход в восьминедельной группе поддержки для потерявших близких в результате суицида и добились хороших результатов. Фокусом являлась проработка темы смерти, а не самоубийства как такового.
4. Консультирование должно привлекать семью и более широкую социальную систему, если это возможно (Jordan, 2001). Но не следует опасаться, что все семьи начнут разрушаться. Некоторые семьи, переживая такой кризис, сильнее сплачиваются (McNiel, Hatcher & Reubin, 1988). Советы по интервенциям в работе с семьями, пережившими суицид одного из членов, вы сможете найти в книге Каслоу и Аронсона (Kaslow & Aronson, 2004).

Хотя у оставшихся в живых после суицида родственников много сходных переживаний, консультанту следует постоянно помнить, что опыт горя множественно детерминирован и что описанные в третьей главе медиаторы горевания могут объяснить значительные различия.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ

Такие смерти случаются неожиданно и требуют специального понимания и интервенций. Хотя смерть по причине суицида попадает в эту категорию, существуют и другие виды внезапной смерти, например, гибель во время аварии, сердечный приступ, убийство, и их нужно здесь рассмотреть. В некоторых исследованиях наблюдали людей в течение нескольких месяцев после такой утраты, чтобы оценить разрешение переживания данной утраты. В большинстве этих исследований выводы были одни и те же: внезапную смерть труднее оплакать, чем смерть, приближение которой можно было заранее предвидеть по каким-то признакам (Parkes, 1975). В течение последних десяти лет мы наблюдали рост количества внезапных смертей, особенно насильственных. Терракты, стрельба в школах, стрельба из автомобиля, землетрясения и авиакатастрофы – случаи, которые об этом свидетельствуют.

Есть несколько особенностей, которые следует учитывать при работе с оставшимися в живых близкими людьми внезапно умерших. Внезапная смерть часто оставляет впечатление нереальности произошедшего. Когда телефон звонит, и кто-то узнает, что любимый человек внезапно умер, это создает ощущение нереальности, которое может долго сохраняться. Довольно часто после такой потери оставшийся в живых переживает оцепенение и бродит как в тумане. После внезапной смерти оставшихся в живых часто преследуют ночные кошмары и навязчивые образы, даже если они не были свидетелями смерти (Rynearson, 2001). Адекватное консультативное вмешательство может помочь разобраться с этими последствиями внезапной смерти, осуществить проверку реальностью и поработать с вызванными травмой навязчивыми образами.

Вторая особенность, часто наблюдаемая в случаях внезапной смерти, – обострение чувства вины. Чувство вины обычно следует за любой смертью. Но в случае внезапной смерти часто возникает чувство вины, которое проявляется в таких мыслях, как «если бы только...». Например: «Если бы только я не отпустила их на вечеринку»; или «Если бы только я был с ним». Один из важнейших моментов консультативной интервенции – сосредоточиться на этом переживании собственной виновности и помочь проверить реальностью вопрос о своей ответственности за это событие. После внезапной смерти у детей обычно возникает чувство вины, связанное с исполнением враждебного желания. Не так уж редко бывает, что дети желают смерти своим родителям или сиблингам, и внезапная смерть человека, которому этого желали, может вызвать у ребенка сильное чувство вины

(Worden, 1996).

Родственной чувству вины является потребность обвинять, и в случае внезапной смерти потребность кого – то обвинить в случившемся может быть очень сильной (Kristensen, Weisaeth & Heir, 2012). Поэтому достаточно типично, когда кто – то из членов семьи становится козлом отпущения, и, к несчастью, мишенями для таких реакций особенно легко становятся дети.

Четвертая характеристика внезапной смерти – это участие представителей медицины и закона, особенно в случае аварий и убийств. Для тех, чьи близкие были убиты, решение задач горевания затруднено или вообще невозможно, пока не будут урегулированы юридические аспекты этого дела. В одной семье была убита взрослая молодая дочь; судебный процесс после ее смерти затянулся на десять лет, и ему не было видно конца. Ее отец сказал: «Обычно, когда в семье кто-то умирает, да, это смерть, это горе, но, конечно, ваша жизнь продолжается. Однако пока это длится, горю нет конца, и не наступает время, когда вы оставляете это позади» (Kerr, 1989). Некоторые люди чувствуют, что системы, которые призваны помогать, виктимизируют их. Иногда случаи внезапной смерти нужно расследовать, и поскольку вполне вероятно, что кто-то виновен, расследование может привести к дознанию и суду. Всем известна медлительность работы судебной системы, и до полного завершения этой процедуры может пройти много времени. Эти проволочки могут выполнять одну из двух функций. Они могут откладывать процесс горевания, а вследствие этого горюющим придется отвлечься на детали судопроизводства, и это будет мешать им в первую очередь предаться собственному горю. Тем не менее бывает, что это судебные помехи играют и положительную роль. Когда судебное решение сформулировано и дело закрывается, это может помочь людям продвинуться вперед в процессе горевания.

Пятая особенность ситуации внезапной смерти – переживание беспомощности, возникающее у оставшегося в живых. Такого рода смерть бросает вызов нашему ощущению контроля и представлению о том, что в мире есть порядок. Часто эта беспомощность связана с невероятной яростью, и оставшиеся в живых хотят на кого – то обратить этот гнев, чтобы дать ему выход. Иногда жертвой нападок оставшегося в живых становится персонал больницы, или же оставшийся в живых хочет убить кого – то, имеющего отношение к этой смерти. Близкие внезапно умершего нередко могут обвинять кого-то в преступлении. Такое выражение гнева может помочь противостоять переживаемому ими чувству беспомощности. Консультанту также нужно осознавать, что желание возмездия может быть защитой как

от реальности, так и от боли, связанной с этой смертью (Rynearson, 1994, 2001, 2006).

У оставшегося в живых также может наблюдаться явная ажитация. Стресс вследствие внезапной смерти близкого может вызвать реакцию борьбы – или – бегства или привести к ажитированной депрессии. Внезапное повышение уровня адреналина обычно связывают с этой ажитацией.

Незаконченное дело – другая характерная забота оставшихся в живых, чьи близкие умерли внезапно. После этой смерти у них остается сожаление о том, чего они не успели сказать, о совместных делах с умершим, до которых так и не дошли руки. Консультативные интервенции могут помочь оставшемуся в живых сосредоточиться на этих незаконченных делах и найти какой – то способ их завершения.

И последняя отличительная особенность внезапной смерти – огромная потребность в понимании случившегося. Во второй главе говорилось о том, что после любой смерти люди задумываются, почему это произошло. Придание смерти смысла – важная часть задачи горевания номер III. Этот поиск смысла можно объяснить необходимостью совладать с ситуацией, если смерть была травматичной. Конечно, помимо потребности в определении причины есть потребность найти виновного. В этот момент некоторые люди обнаруживают, что только Бог может быть мишенью для их обвинений, и довольно часто говорят: «Я ненавижу Бога», когда после внезапной смерти близкого пытаются понять, что к чему.

Еще две особенности насильственной смерти – это проблемы амбивалентных и множественных утрат. Амбивалентные утраты – это те, в которых нужно ждать подтверждения смерти. Это может быть особенно стрессовым для ближайших родственников и может задержать и замедлить процесс горевания. На войне, во время террористических актов и стихийных бедствий тела часто не предоставляются. Это может вызвать чувство беспомощности, депрессию, соматизацию и конфликты в отношениях (Boss, 2000).

Множественные утраты возникают тогда, когда несколько близких друзей или родственников погибают в одном и том же происшествии. Потери нескольких членов семьи часто встречаются во время стихийных бедствий и массовой стрельбы. Это может вызывать у горюющего чувство, что он перегружен или застрял в своем горе. Процесс переживания утраты блокируется. Психолог Роберт Кастенбаум называет это перегрузкой тяжелой утратой (Kastenbaum, 1996). Техники работы с множественными утратами можно найти в главе 6.

Теперь давайте рассмотрим интервенции, которые могут быть полез-

ными после чьей-то внезапной смерти. Интервенция в таких случаях становится кризисной, и, соответственно, в таком случае подходят принципы кризисных интервенций. Представляет исторический интерес тот факт, что работы о кризисных интервенциях фактически начинаются с книги Линдемманна (Lindemann, 1944), написанной в то время, когда он работал с горящими родственниками тех, кто погиб во время пожара в Кокосовой Роще.

Некоторым консультантам придется работать прямо в ситуации кризиса. Во многих случаях это бывает в больнице. Помощь нужно предлагать уверенно. Люди в состоянии оцепенения не могут попросить о помощи. На вопрос, нужна ли им помощь, мы можем получить негативный ответ. Более продуктивной интервенция будет, если сказать семье: «Я работаю с людьми, которые пережили такую утрату, и я здесь, чтобы говорить с вами об этом и работать с вами». Нам следует обращаться к членам семьи, в похоронные агентства и так далее. Одалживать силу собственного Эго может быть полезно в краткосрочной перспективе, но срочное подкрепление самоэффективности с целью минимизации регрессии является самой сильной интервенцией.

Помогайте оставшимся в живых осознать утрату. Это можно сделать несколькими способами. Один из способов – дать им возможность видеть тело умершего, чтобы фасилитировать горе и осознание смерти. Я обнаружил, что во многих случаях этот опыт оказывается целительным, и выступаю за то, чтобы позволить оставшимся в живых увидеть тело, о внешнем виде которого позаботились, даже если человек погиб в автокатастрофе или от насильственных действий. Если тело изуродовано, семью следует предупредить об этом прежде, чем она его увидит. Возможность увидеть тело или даже часть тела может помочь поверить в реальность утраты, а это задача горевания номер I. Я разговаривал с людьми, которые не видели тело после гибели родственника, и много лет спустя они мне говорили, что лучше было бы увидеть. Другой способ принять реальность утраты – фокусироваться на факте, а не на обстоятельствах смерти или на том, кто в ней виноват.

Еще одна интервенция, которую консультант может использовать, чтобы помочь человеку признать реальность утраты, – использование слова «мертв» (Kristensen Weiaeth & Heir, 2012). Например: «Дженни мертва. Кого вы собираетесь известить о ее смерти?» Использование этого слова помогает человеку осознать реальность смерти, а также помочь с организацией похорон, которой необходимо заняться.

Консультанту нужно хорошо ориентироваться в больнице и обеспечить членам семьи физический комфорт, позволяя им быть вместе, по возмож-

ности в стороне от шума и суеты отделения скорой помощи. Нужно сделать все для того, чтобы им было физически комфортно.

Как заботящееся лицо, старайтесь не заглушать свое собственное чувство беспомощности, говоря им банальности. Иногда мы слышим в больницах слова утешения, подобные таким: «У вас по-прежнему есть муж», или «У вас еще есть дети». Большинство оставшихся в живых говорят, что такие слова не утешают. Если заботящийся человек говорит: «Все будет хорошо», это в действительности ложь. Но если этот человек говорит: «Вы это выдержите», – это уже не банальность, это – правда, и иногда такой комментарий может несколько утешить человека, переживающего данный кризис.

Наконец, предложите дальнейшую помощь: вашу собственную, муниципальную или религиозную. Например, существуют спонсируемые организацией «Родители убитых детей» группы поддержки для семей и друзей тех, кто умер насильственной смертью. Следует знать об этих ресурсах и направлять людей в такие специализированные группы. Это будет частью продолжительной помощи людям, у которых внезапно умерли члены семьи или друзья.

При любом обсуждении внезапной смерти нужно принимать во внимание проблему травмы. Некоторые случаи смерти, такие как убийства, могут наряду с реакциями горя вызвать травматические реакции. Главные признаки травмы – навязчивые образы, избегающее мышление и гипертормозимость (например, когда вы слышите автомобильный выхлоп, и вам кажется, что это выстрел). В настоящее время считается, что, прежде чем начинать работу с горем, нужно заняться симптомами посттравматического стресса (Parkes, 1993; Rando, 1993). Райнеарсон, первопроходец в исследовании утраты в результате убийства, и МакКриэри (Rynearson & McCreey, 1993) утверждают: *«Разрушительное воздействие травматичных фантазий и механизма избегания в познавательной сфере, аффекте и поведении препятствуют требованиям интроспекции и рефлексии, необходимым для признания утраты и приспособления к ней. Поскольку признание утраты – это центральная тема терапии... первоначальная задача лечения включает смягчение реакций навязчивости/избегания»* (с. 260).

Существуют специальные интервенции для работы с теми, кому поставлен диагноз ПТСР, такие как десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ) (Solomon & Rando, 2007). При этом первоначальная стратегия лечения должна быть поддерживающей и сфокусированной на восстановлении жизнестойкости, потому что большинство переживших

травму скорее переполнены ею и демонстрируют травматические реакции, чем сосредоточены на горе и медиаторах горевания, таких как амбивалентные отношения и чувство вины (Rynearson, 2001, 2012).

СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ (СВДС)

Один из видов внезапной смерти, который следует рассмотреть отдельно, – внезапная смерть младенца. Только в США каждый год от семи до десяти тысяч младенцев умирают такой смертью. СВДС случается с детьми в возрасте до года, и особенно часто с мальчиками от 2 до 6 месяцев. Причины этого явления не вполне изучены, и патогенез СВДС не вполне понятен, хотя рекомендации педиатров родителям по предотвращению СВДС были изданы («Эксперты о синдроме внезапной детской смерти»: Task Force on Sudden Infant Death, 2005). Родители, теряющие детей из-за СВДС, часто думают, что ребенок задохнулся или подавился, или что он умер от болезни, о которой они не подозревали.

Есть несколько факторов, которые осложняют оплакивание этого вида утраты. Во-первых, ничто не предвещало смерть младенца, который был явно здоров. Так как это происходит неожиданно, нет возможности подготовиться к потере, как это бывает, если ребенок умирает от прогрессирующей болезни. Во-вторых, нет определенной причины, а это вызывает и сильное чувство вины, и обвинения. Члены семьи и друзья все время задаются вопросом: «Отчего умер малыш?» Отсутствие определенной информации часто вызывает подозрение, что родители что-то недосмотрели. Это отсутствие причины может заставить родителей неустанно искать эту причину. Усиливать чувство вины у родителей может также интерес исследователей к употреблению матерью психоактивных веществ как фактору возникновения СВДС (Gaines & Kandall, 1992).

Третья трудность заключается в том, что приходится иметь дело с законом. Как уже упоминалось ранее, в случае внезапной смерти требуется расследование; очень часто полиция расследует причину СВДС. Многие родители, которые через это прошли, сообщают, что им пришлось выдержать безжалостные допросы, а в некоторых случаях даже заключение. Вследствие распространения в обществе знаний о жестоком обращении с детьми и отсутствии ухода, родители, чьи дети умерли от СВДС, становятся объектами подозрения и судебного расследования, что усиливает стресс в этой и без того тяжелой ситуации.

Другая проблема – влияние СВДС на сиблингов. Старшим детям неред-

ко не нравится появление в доме еще одного ребенка, и, когда он умирает, они могут испытывать вину и раскаяние. Одно из исследований сиблингов выявило высокий уровень депрессии, агрессии и социального дистанцирования у детей 4-11 лет через два года после смерти сиблинга от СВДС (Hutton & Bradley, 1994).

Также высока вероятность развода пары, пережившей такую утрату. Напряжение нарастает после смерти ребенка, пары могут воздерживаться от сексуальных отношений из-за страха беременности и повторения этого опыта. Жене может казаться, что муж не переживает из-за этой смерти, потому что он не плачет вместе с ней. Жена часто не понимает, что муж не плачет, потому что не хочет огорчать ее или потому что ему неловко плакать. Тем не менее это непонимание может создавать значительное напряжение в отношениях и является примером нарушения коммуникации, которое происходит между родителями. Эта ситуация может вызвать не только печаль, но и сильный гнев. Один отец, чей ребенок умер от СВДС в возрасте 2 месяцев, сказал мне: «Я принял его в свою жизнь, и через два месяца он меня покинул». Вначале он чувствовал вину за этот гнев, но позже, в ходе консультирования, понял, что это нормальная реакция.

Мы можем постараться помочь людям справиться с этой утратой. Первое, что возможно сделать, связано с отношением к родителям больницы. Обычно после такого типа смерти младенца спешно доставляют в больницу, где констатируется смерть. То, как родителям сообщают о смерти, важно, чтобы помочь им справиться с этой утратой. Со стороны персонала больницы было бы тактично, учитывая состояние родителей, позволить им, если они хотят, побыть с мертвым ребенком. Это может быть крайне важно, потому что родители часто хотят побыть рядом с умершим ребенком, поддержать его, поговорить с ним. Персоналы больниц придерживаются разных мнений относительно уместности этого разрешения. Я считаю, что очень важно дать родителям такую возможность. Многие родители, которые побыли со своими умершими младенцами, позже сообщали, что это помогло им справиться с таким трудным опытом. Во-вторых, важность разрешения на вскрытие в этом случае смерти невозможно преувеличить. Это раскрывает родителям реальность: что на самом деле случилось. Морган и Геринг (Morgan & Goering, 1978), когда писали об этом, предложили термин «посмертное обследование» как более приемлемый для людей, далеких от медицины, чем «аутопсия». В разрешении на аутопсию иногда отказывают в случаях, когда родитель чувствует вину за эту утрату. Тем не менее человек, который просит разрешения, может привести веские аргументы в пользу аутопсии: это последний шанс узнать все факты о болезни и при-

чине смерти; смерть легче принять, когда мы знаем, что она была неизбежна; знание точной причины смерти часто необходимо для урегулирования страховых и юридических вопросов. Если человек, просящий о вскрытии, убежден в его важности, он имеет больше шансов получить разрешение. Не следует преследовать членов семьи, убеждая сделать вскрытие, но следует подбодрить их сделать этот шаг.

Очень важно, чтобы врач проинформировал семью о синдроме внезапной детской смерти. Также важно дать родителям информацию о процессе горевания, чтобы им не казалось, будто они сходят с ума или что горе никогда не пройдет. И терапевт не должен обходить вниманием сиблингов, их мысли и чувства, связанные с этой смертью. Часто у этих детей наблюдаются нарушения сна или проблемы в школе.

И наконец, родителей можно проконсультировать о последующих беременностях. Очень часто они боятся иметь второго ребенка из-за возможности СВДС. Консультантам также следует знать о высокой возможности отрицания этого типа смерти из-за обстоятельств, возраста ребенка и внезапности смерти. Многие родители чувствуют необходимость в том, чтобы сохранять комнату нетронутой, каждый день наполнять ванну и исполнять все ежедневные обязанности долгое время, пока они не решат задачу горевания номер I: осознание того, что ребенок умер и что его не вернуть.

Консультирование нужно проводить по прошествии некоторого времени, потому что родителям очень трудно усваивать информацию сразу. Я думаю, что важной частью консультирования становится побуждение клиентов к разговору с другими парами и семьями, которые пережили такую же травму. Для этих родителей существуют группы поддержки. Общение в таких группах помогает родителям понять, что ребенок умер не по их вине и что они ничего не могли сделать, чтобы этого не случилось. От родителей, чей ребенок умер ночью, часто можно услышать: «Если бы только я не спала, когда он умер!». Направление родителей в местное отделение организации СВДС, чтобы они поделились этими чувствами друг с другом, может быть очень полезно. Это информация о СВДС может помочь в организации местных групп поддержки для родителей, потерявших детей.

Выкидыши

Статистические данные о том, сколько беременностей заканчивается выкидышем, различаются, но по приблизительной оценке – от 1/5 до 1/3.

Родители, пережившие выкидыш, могут получить или не получить поддержку от семьи и друзей. К выкидышу часто относятся как к социально не признаваемой утрате. Часто о беременности знают немногие, и женщине может быть неловко сказать, что она потеряла ребенка. Она может чувствовать себя изолированной в культуре, которая делает акцент на материнстве, и это, возможно, затруднит разрешение ее горя (Frost & Condon, 1996). Этот и другие виды опыта, через который проходят люди, делает горевание тяжелее.

Обычно, если у женщины выкидыш, в первую очередь все заботятся о ее здоровье. Только позже люди начинают в полной мере осознавать, что потеряно. И в это время на первый план выходят несколько проблем. Женщину, чья первая беременность закончилась выкидышем, беспокоит вопрос, сможет ли она вообще иметь детей. Врачи обычно разбираются в этом достаточно хорошо, но их позиция чаще всего основывается на статистических данных о возможности успешной беременности для женщины данного возраста. Хотя эта информация может быть полезна женщине, важно также, чтобы врач признал, что она пережила значительную утрату, и не пытался скрыть или преуменьшить ее, сосредоточившись на возможности других беременностей. Конечно, для молодой женщины будущая беременность – это важно, но многие врачи, чувствуя дискомфорт в ситуации выкидыша, могут сосредоточиться только на этой теме.

Самообвинения – другая важная проблема женщин, перенесших выкидыш. Обычно женщина нуждается в том, чтобы кого-то обвинить, и чаще всего первой мишенью для обвинения становится она сама: может быть, это случилось из-за пробежки, танцев или какой-то другой физической активности? Современные женщины могут не торопиться с первой беременностью, вместо этого преследуя карьерные цели и откладывая материнство до того времени, когда карьера будет сделана. Прерывание беременности в этой ситуации может усилить воздействие утраты и, соответственно, самообвинения. Женщины могут также обвинять мужей. «Если бы мой муж так сильно не хотел секса, этого бы не случилось», – сказала одна пациентка вскоре после выкидыша. Гнев женщины часто бывает обращен на мужчину. Это происходит, так как жена винит его в том, будто бы он не испытывает те же чувства, что и она, или, по крайней мере, она видит, что его чувства другие. Обычно в случае выкидыша муж чувствует себя беспомощным, и его потребность чувствовать себя сильным, чтобы на него можно было опереться, может интерпретироваться женщиной как безразличие.

Из-за этого переживания беспомощности многие мужья находят себе союзника в лице врача, который, возможно, является мужчиной и который

сосредоточится на том факте, что пара способна зачать снова и иметь ребенка. Здесь, как и в случае других утрат, очень важно, чтобы люди были способны открыто и честно говорить о своих чувствах.

Исследования показывают, что в случае выкидыша горюют и мужчины, и женщины. В целом, чем большим был срок беременности, тем сильнее горе, особенно для отца. Привязанность также является важным медиатором горя при этом типе утраты (Robinson, Baker & Nackerud, 1999). И мужчины, и женщины обычно оплакивают свою мечту о будущем. Женщина обычно чувствует большую привязанность к плоду, но УЗИ дает его образ, и поэтому привязанность возникает как у мужчины, так и у женщины (Beutel, Deckardt, von Rad & Weiner, 1995).

Так как выкидыш – это утрата человека, важно, чтобы была проделана работа горя. Относительно того, нужно ли родителям видеть плод, мнения расходятся. Я разговаривал с несколькими родителями, которые просили его показать, и они мне говорили, что это им помогло. Это помогло им осознать реальность потери, продвинуться вперед и работать со своими переживаниями по поводу произошедшего. «Это помогло мне осознать, что ребенок умер», – сказала одна женщина после того, как попросила врача показать ее не родившегося младенца. Тогда она смогла попрощаться с ребенком и позже сказала мне, что это помогло ей в горевании.

Как и в случае другой утраты, здесь есть важная потребность говорить об этой утрате. Но в случае выкидыша, как и в случае аборта, друзья и члены семьи могут не знать о беременности или чувствовать себя неловко, разговаривая о таком опыте. Эта неловкость мешает им помочь родителям в разрешении их горя (Pruitt Johnson & Langford, 2015).

Если в семье есть другие дети, возникает проблема: как сказать им об этой смерти. С детьми постарше обычно важно говорить об этом опыте и позволять выражать свои чувства и мысли об этой потере, помогать им горевать о потерянном сиблинге.

Существует несколько ритуалов, помогающих сделать утрату вследствие выкидыша более ощутимой и фасилитировать выражение горя. Кое-что консультант может подсказать, например: дать имя плоду, провести поминальную службу и зажечь свечу, посадить дерево, найти способы выразить мечты об этом ребенке словами – допустим, посвятить ему стихи или написать ему письмо (Brier, 1999, 2008).

РОЖДЕНИЕ МЕРТВОГО РЕБЕНКА

В основном все, что можно сказать о выкидыше, верно и в случае рождения мертвого ребенка. Если назвать что-то одно, то главное, что профессионалу нужно сделать для мужа и жены, переживающих такое событие, – это признание того факта, что родители пережили настоящую утрату, смерть человека. Не пытайтесь минимизировать потерю, оптимистично глядя в будущее и говоря о возможности новых беременностей и других детей. Хотя довольно часто пара после рождения мертвого спешит зачать нового ребенка, в консультировании имеет смысл обращать внимание на поспешность таких действий. Часто бывает лучше подождать, пока не будет проделана работа горя о потерянном ребенке (Murphy, Shelvin & Elklit, 2014).

Важно работать с обоими родителями, понесшими утрату. Отцам тоже нужно погоревать, и они горюют, несмотря на то, что иногда говорят об обратном. Некоторые мужчины плачут, когда в одиночестве ведут машину. Другие в одиночку посещают могилу. Хотя роль отцов в обществе меняется, они принимают больше участия в воспитании ребенка и становятся эмоционально более открытыми, но на мужчин по-прежнему оказывается давление, чтобы они были сильными и в моменты кризиса меньше проявляли свои эмоции (O'Neill, 1998). Исследования показывают, что адаптация к этому типу утраты бывает наилучшей, если у родителей сходные стратегии копинга и открытая коммуникация (Feely & Gottlieb, 1988-1989). Работайте с чувствами родителей по поводу потери, особенно с чувствами страха и вины. Особенно важны страх будущей беременности, страх влияния этой утраты на брак, страх больше не стать родителем. Чувство вины может привести к обвинениям и самообвинениям. Исследуйте эти тенденции и их влияние на самооценку (Avelin Radestar, Saflund, Wredling & Erlandson, 2013; Nutti, Armstrong, Myers & Hall, 2015).

Рассмотрите вместе с родителями их фантазии о ребенке, которого они потеряли. Сюда входит и разговор о значении беременности. Например, планировалась ли она, хотели ли ее оба, чувствовалась ли амбивалентность в отношении этой беременности? Была ли она результатом лечения от бесплодия, была ли это поздняя беременность? Если ребенок был с уродством, родителям нужно оплакать две утраты: ребенка, которого они себе представляли в воображении, и ребенка, которого потеряли в действительности.

Помогайте семьям осознать реальность потери, предлагая им поделиться своим решением о том, что делать с телом ребенка, об участии в таких ритуалах, как похороны и поминальная служба. Важная для них кол-

лекция вещей, связанных с этим ребенком (например, его фотографии, свидетельство о рождении, отпечаток стопы, локон, браслет младенца и открытки, полученные от друзей), может помочь почувствовать реальность утраты. Используйте заключение после вскрытия, чтобы проверить реальностью причину смерти и дать возможность проговорить вслух возникшие вопросы.

Придание смысла – важная часть горевания (см. задачу номер III), которая особенно важна, если умирает новорожденный младенец. «Почему это случилось?» – обычный вопрос потерявших ребенка родителей. Консультанты могут помочь переживающим потерю родителям в их поисках ответа, учитывая возможность того, что ответа может не быть.

Не забывайте о сиблингах. Рождение мертвого ребенка может быть незаметной утратой для других детей в семье. То, что они не видели мертвого младенца, делает для них эту смерть менее реальной, и еще менее реальной она становится, если потеря не признается родителями. Понимание ребенком утраты, конечно, зависит от уровня его умственного и эмоционального развития. Неадекватное понимание утраты вкупе с магическим мышлением может привести ребенка к уверенности в собственной вине или к тому, чтобы обвинить в этой смерти родителей. Последнее может увеличить тревогу и чувство личной уязвимости ребенка, что приведет к беспокойству за собственную безопасность и благополучие. Поддержка других детей в семье может оказаться трудной для родителей, когда им особенно плохо. Четырехлетний мальчик, чей брат родился мертвым, сказал своей матери: «Не грусти. Я твой живой мальчик» (Valsanen, 1998, с. 170). Признание горя ребенка может быть самым важным средством его поддержки. Также, как слушание и честные ответы на вопросы (Wilson, 2001, Worden, 1996).

В случае такой смерти члены семьи горюют о том, что они могли иметь, а не о том, что они потеряли. Единая семья должна включать дедушек и бабушек, которые тоже понесли потерю. Рассмотрите вариант направления семьи в группу родителей, которые пережили подобные утраты. Если там, где вы живете, таких групп нет, вы можете создать свою. Организуйте сопровождение пары и членов семьи. У нас в центральной больнице Массачусетса есть хорошо разработанная программа. Подробно об этой программе см.: Рейли-Сморавски, Армстронг и Кэлдин (Reilly-Smorawski, Armstrong & Catlin, 2002).

Петерсон (Peterson, 1994) дает хорошие советы тем, кто занимается пренатальным консультированием женщин, у которых раньше рождался мертвый ребенок.

АБОРТ

Отношение многих людей к опыту аборта несерьезно, иногда оно кажется почти бесцеремонным. Когда я работал в университетской клинике, то консультировал многих женщин, сделавших аборт, и часто они не догадывались, что горе о пережитом когда-то аборте осталось и беспокоит их сейчас. Аборт – это одна из утрат, о которых не принято говорить, и люди предпочитают о нем забыть. Обычно поверхностный опыт после аборта – это облегчение, но при этом женщина, не оплакавшая утрату, может переживать это горе при какой-нибудь следующей потере (Curley & Johnston, 2013).

Опыт Марии, 27-летней женщины, которая участвовала в терапевтической группе, собиравшейся раз в неделю, дает нам хороший пример такого отсроченного горя. Однажды она пришла в группу печальная и расстроенная, потому что ее подруга и сотрудница только что потеряла ребенка на седьмом месяце беременности. Она испытывала большой стресс, и группа поспешила ей на помощь. На следующей неделе она снова заговорила на эту тему, и группа снова ее поддержала. Тем не менее, когда она продолжала говорить об этом уже в течение пяти или шести недель, мне показалось, что она переживает об утрате этого ребенка даже больше, чем его мать. Ее реакция казалась чрезмерной, и я догадался, что, возможно, в ее собственной жизни была неоплаканная прерванная беременность. Когда я тактично спросил об этом, оказалось, что так и есть. Несколько лет назад, когда Марии было 24, она забеременела, сделала аборт и быстро выбросила это из головы. Так как отношения с мужчиной не были серьезными, она ничего ему не сказала, а из-за своего католического воспитания ничего не сказала и родителям. Она думала, что лучше всего сделать это так: никакой эмоциональной поддержки не нужно, надо забыть обо всем как можно быстрее. Тем не менее, поступая так, она осталась без необходимого процесса горевания. Она не догадывалась о необходимости оплакивания потери, и понимание пришло к ней, только когда у подруги случился выкидыш. Получив помощь в терапевтической группе, она могла проработать эту утрату как часть своего опыта.

Один из способов работы с проблемой горя, связанного с абортом, – проводить больше консультативной работы до аборта, чтобы клиентка могла исследовать свои амбивалентные чувства, обсудить варианты выбора и получить эмоциональную поддержку. Большинство женщин, обращающихся за абортом, делают это в спешке, и из-за связанных с абортом стигматизации и стыда они принимают это решение без эмоциональной под-

держки друзей и семьи.

Консультирование после аборта может быть эффективным, но многие женщины не обращаются к консультанту. Аборт в нашем обществе часто рассматривается как социально отрицаемая утрата. Если рассматривать аборт как смерть, которую стоит оплакивать, это может вызвать глубокое чувство вины. Горе может дать о себе знать спустя годы, когда женщина достигнет менопаузы или если она узнает, что бесплодна (Joy, 1985). Оно может проявиться в виде чувства гнева или вины, что приводит к самонаказующей депрессии. Длительные последствия должны учитываться при консультировании после аборта (Breen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2004; Hess, 2004).

Шпекхарт и Руэ (Speckhard & Rue, 1993) дают несколько советов для консультирования после аборта. Они предлагают следующее:

«Когда женщина признает, что от обсуждения сделанного аборта (абортов) может быть какая-то польза, полезно спросить, как она забеременела, как впервые почувствовала свою беременность (в отличие от медицинского подтверждения), что она думала о развивающемся эмбрионе, персонифицировала ли она его, чувствовала ли какую-то привязанность (например, думая: «Мой малыш»), как она решила сделать аборт. Эта последовательность вопросов обычно раскрывает двойной процесс: привязанность и отказ от привязанности по отношению к зародышу» (с. 23).

Подростки с меньшей вероятностью придут к консультанту после аборта, даже если им труднее получить эмоциональную поддержку. Родители девушки-подростка обычно сердятся на нее за то, что она забеременела, а иногда сердятся и сиблинги, потому что сестра, по их представлениям, убила ребенка. Часто она не может обратиться и к ровесникам из-за позора, связанного с беременностью в таком юном возрасте. В одном исследовании, проводившемся в районе Чикаго, Горовиц (Horowitz, 1978) обнаружила, что многие девушки-подростки, к которым она обращалась, не хотели говорить с ней ни о своих абортах, ни о том, что они по этому поводу чувствуют.

Один из способов, которые используют некоторые подростки, чтобы справиться с горем, – новая беременность. Обычно следующую беременность интерпретируют как бессознательное отыгрывание. Но Горовиц (Horowitz, 1978) обнаружила, что многие молодые женщины сознательно беременели во второй или третий раз, чтобы справиться со своими чувствами, связанными с первым абортом. Это делается, чтобы выкинуть аборт из головы и минимизировать важность этого события, но я не думаю, что это чувство можно минимизировать, и адекватное горевание определенно необходимо.

ПРЕДВОСХИЩАЮЩЕЕ ГОРЕ

Термином «предвосхищающее горе» обозначают горе, переживаемое до того, как утрата случится. Оно отличается от обычного опыта горя, который мы обсуждали до сих пор. О многих смертях так или иначе бывает известно заранее, и в течение периода ожидания близкий человек начинает переживать различные реакции горя. Могут возникнуть проблемы, связанные именно с такой ситуацией, и в этом случае требуются специальные интервенции.

Термин «предвосхищающее горе» был в свое время предложен Эрихом Линдемманном (Lindemann, 1944) для обозначения отсутствия явных проявлений горя в момент смерти людьми, которые уже прошли все фазы нормального горя и освободились от эмоциональной связи с умирающим. Термин получил дальнейшее развитие в плодотворной работе Найта Олдрича «Горе умирающего пациента» (Aldrich, 1963).

Один из первых вопросов, приходящих на ум, когда мы думаем о предвосхищающем горе, может быть таким: «Помогает ли знание о будущей утрате пережить ее после смерти близкого?» Иными словами, лучше ли справляются со своим горем те, кто начал переживать утрату до смерти близкого человека, меньше ли они горюют, чем те, кто не начал горевать до его смерти? Согласно исследованиям Паркса (Parkes, 1975, 2010), действительно существуют свидетельства того, что люди, уже получившие предупреждение о надвигающейся смерти, по истечении 13 месяцев справлялись лучше, чем те, кто не знал о смерти заранее. Тем не менее не все исследователи приходят к таким же выводам. Нильсен с коллегами (Nielsen 2016) обнаружили, что предвосхищающее горе не улучшает и не сокращает процесс переживания утраты. Свидетельства, конечно, не полны. Нужно иметь в виду, что поведение горящего множественно детерминировано, и, как подчеркивается в третьей главе, существует много медиаторов этого поведения, и все они влияют на силу эмоций и исход происходящего. Возможность горевать до того, как смерть произошла, получив заранее какое-то предупреждение о смерти, – один из этих определяющих факторов. При этом есть еще много других факторов, и было бы слишком большим упрощением учитывать только одну переменную.

С клинической точки зрения, специалисту, работающему с пациентами и семьями в преддверии ожидаемой смерти, важно иметь представление о предвосхищающем горе, чтобы быть полезным как пациентам, так и их семьям (Rando, 2000).

В такой ситуации процесс горевания начинается рано и включает реше-

ние разных задач, которые уже обсуждались. Относительно задачи I, существует осознание и принятие того факта, что человек умрет; соответственно, проработка этой задачи начинается рано. Тем не менее в большинстве случаев осознание неизбежности смерти чередуется с отрицанием того, что это действительно произойдет. Возможно, из всех задач горевания задача I лучше всего фасилитируется периодом предвосхищения смерти, особенно когда человек умирает от прогрессирующей болезни, в ходе которой его состояние ухудшается. Вид человека, которому становится все хуже, помогает осознать реальность и неизбежность смерти. Правда, я видел людей, которые сохраняют надежду и усиливают отрицание реальности, даже видя ярчайшие свидетельства умирания.

Что касается задачи II, то здесь можно наблюдать большое разнообразие чувств, связанных с предвосхищаемой утратой, чувств, которые обычно ассоциируются с гореванием после смерти. Одно из часто наблюдаемых в этот период чувств – растущая тревога. В третьей главе мы рассматривали сепарационную тревогу – откуда она берется и что означает. Многие люди переживают тревогу тем сильнее, чем дольше длится период предвосхищающего горя. Олдрич (Aldrich, 1963) сравнивает это с ситуацией, в которую попадает мать, не уверенная в своем ребенке, идущем в школу в первый раз, и беспокоящаяся в День труда, в начале сентября, больше, чем в День независимости, 4 июля.

В дополнение к проблеме сепарационной тревоги в этих условиях усиливается экзистенциальная тревога из-за обострения осознания собственной смертности (Worden, 1976). Когда вы наблюдаете, как состояние человека ухудшается из-за прогрессирующей болезни, вы не можете не идентифицироваться с этим процессом, осознавая, что это, возможно, и ваша судьба. Кроме того, наблюдая, как стареют и становятся немощными ваши родители, вы осознаете, что переходите на очередную возрастную ступень и что, согласно мировому порядку, после них придет ваша очередь умереть.

Существует интересный феномен, который можно рассматривать в свете задачи III, – приспособление к миру, в котором нет умершего. Когда о смерти известно заранее, остающиеся в живых часто начинают проигрывать в уме свои будущие роли, обдумывая вопросы, подобные следующим: «Что я буду делать с детьми?», «Где я буду жить?», «Как я буду справляться без него?». Это то, что Джанис (Janis, 1958) в своем исследовании пациентов хирургического отделения назвал «работой беспокойства». Он заметил, что те, кто проделывает работу беспокойства до операции, лучше справляются в послеоперационный период. Этот тип примеривания на себя но-

вых ролей является нормальным и играет важную роль в общем копинге. Тем не менее он может рассматриваться окружающими как социально неприемлемое поведение. Люди, которые детально обсуждают, что они будут делать после смерти близкого, могут восприниматься как бесчувственные, а их комментарии – как преждевременные, как дурной тон. Одна из вещей, которые может сделать консультант, – интерпретировать это как для людей, демонстрирующих такое поведение, так и для их друзей и членов семьи. Заявления доброжелателей, (например: «Да не беспокойся, все наладится») могут прервать этот важный процесс работы беспокойства.

Одна из трудностей чрезмерно долгого периода предвосхищающего горя заключается в том, что человек может слишком рано эмоционально отстраниться, задолго до смерти близкого, и из-за этого отношения могут стать неловкими. Старая мать Майкла умирала от прогрессирующей болезни. Он знал, что она умрет, и другие члены семьи тоже знали, и все они уже попрощались и приготовились. Но мать все жила и жила, хотя ее состояние значительно ухудшилось. Однажды он пришел на сессию, испытывая смятение и вину из-за того, что хотел купить для семьи путевки на зимние каникулы, как делал в это время каждый год, но сейчас он чувствовал, что не может осуществлять эти планы, потому что его мать еще жива. В этой ситуации Майкл очень хотел, чтобы она уже была мертва, и чувствовал вину за это желание. Это не такая уж необычная ситуация, особенно если умирающий требует значительного ухода и находится в плохом состоянии. Вестман и Хакетт (Weisman & Hackett, 1961) обсуждают это отдаление семьи и отмечают, что, если члены семьи будут избегать умирающего, говорить приглушенным голосом и в целом вести себя неестественно, для него это может означать, что они капитулировали, покинули и «заживо похоронили» его.

Может наблюдаться также и противоположное поведение: когда близкие не устраняются эмоционально, то члены семьи эмоционально сближаются с умирающим пациентом. Они становятся ближе, чтобы избежать переживания вины и утраты, и в этом случае могут перестараться, ухаживая за ним. Это особенно часто происходит, когда человек старается справиться с амбивалентными чувствами по отношению к умирающему и связанным с этим чувством вины. Он может слишком заботиться о пациенте или искать нетрадиционные способы лечения, а это может стать проблемой не только для пациента, но и для медперсонала.

Я наблюдал одну женщину, чей муж был пациентом частной больницы. Она хотела спасти жизнь мужа, и поэтому была в высшей степени исполнительна даже на взгляд самого консервативного медика. Внешне это

выглядело для медсестер и других наблюдателей как забота о пациенте. Она так заботилась о муже, что хотела, чтобы он продолжал жить, несмотря ни на что. Но, заглянув немного глубже, можно было увидеть, что отношение этой женщины к мужу крайне амбивалентно и что именно посредством сверхзаботы она выражает эту амбивалентность.

Время до смерти умирающего человека может быть использовано очень эффективно и иметь важное влияние на дальнейшее переживание горя, если побуждать оставшегося в живых заняться решением нерешенных вопросов. Нерешенные вопросы – это не только завещание и прочие имущественные дела, но также возможность выразить и благодарность, и разочарование, то есть все, что нужно сказать, пока человек жив. Если консультант сможет помочь членам семьи и пациентам, и такое общение состоится, то период предвосхищения смерти может стать очень благотворным для всех его участников. Если все эти чувства выражены, остающимся в живых не придется потом проводить время, участвуя в консультировании, где они смогут выразить сожаления по поводу всего, что не сказали, когда имели такую возможность. Поэтому, если у вас есть доступ к умирающим пациентам и их семьям, помогите им понять: хотя надвигающаяся смерть – это трагедия, данная ситуация может также дать им возможность сделать то, что они хотят сделать, пока человек жив. Часто людям для этого требуется подбадривание или разрешение, и мне кажется, что это скорее исключение, чем правило, если они начинают поступать так сами, без поощрения со стороны персонала (Metzger & Gray, 2008; Worden, 2000).

До сих пор мы рассматривали предвосхищающее горе, переживаемое оставшимися в живых. Но умирающие также испытывают предвосхищающее горе, хотя могут переживать его совсем не так, как их близкие. Близкие теряют одного любимого человека. А у умирающего может быть в жизни много привязанностей, и, таким образом, он теряет сразу многих любимых людей. Предвосхищение утраты может быть переполняющими, и очень часто пациенты эмоционально устраниются, буквально отворачиваясь от людей к стене, чтобы с этим справиться. Консультант может помочь, объяснив это поведение и пациенту, которому может быть трудно, и его семье и друзьям (MacKenzie, 2011).

Прежде чем мы закончим обсуждение предвосхищающего горя, нужно принять во внимание еще одну вещь. Это касается использования групп поддержки. Есть часть населения, которой особенно тяжело переносить предвосхищающее горе и которой требуется особенно значительная поддержка: это родители, теряющие маленьких детей из-за смертельных заболеваний (Jordan, Price & Prior, 2015). Когда теряют ребенка, смерть пережи-

вается как противоречащая ходу времени. Дети не должны умирать раньше родителей: естественный порядок вещей не таков. Это, а также многое другое, включая длительную историю медицинских вмешательств, заставляет членов семьи испытывать огромный стресс, причем не только родителей, но и детей (Davies, Gudmundsdottir, Worden, Orloff, Sumner & Brenner, 2004).

Существуют группы поддержки для родителей умирающих детей, такие как «Зажигающие Свечи» (Candle lighters). Здесь родители могут частично проработать предвосхищающее горе в групповом сеттинге. Многие родители, участвовавшие в таких группах, сказали, что им это было полезно, потому что дало возможность поделиться своими чувствами с другими родителями, оказавшимися в такой же ситуации¹. Кроме того, это дало им возможность лучше справиться с некоторыми стрессами в своем браке, а также с трудностями в общении с другими своими детьми, и особенно – с очень типичным в этом случае чувством, что они недодают им внимания из-за того, что заняты умирающим ребенком.

СПИД

Первое издание «Консультирования горя и терапии горя» появилось примерно в то время, когда началась пандемия ВИЧ/СПИДа. За последние 25 лет все больше и больше людей заражается СПИДом и умирает от него. Тем не менее произошли два события, заслуживающих особого упоминания. Во-первых, ВИЧ теперь поражает более широкие слои общества. В ранние годы своего распространения он считался болезнью геев. В настоящее время все больше женщин, детей и меньшинств заражены вирусом и умирают или живут с этим заболеванием. Другая группа, которой коснулась эта проблема, – дети, чьи родители живут с этой болезнью и умирают от нее (Rotheram-Borus, Weiss, Alber & Lester, 2005). Аронсон (Aronson, 1995) представляет эффективную программу для работы с такими детьми в школах.

Второе изменение – это появление в 1990-х годах новых медикаментов, позволяющих ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом жить дольше. СПИД стал хронической болезнью. Это оказалось неоднозначным благом (Demmer, 2000). Когда СПИД представлял собой путь к смерти с малой надеждой на ремиссию, многие пациенты строили планы, зная об ухудшении состояния и смерти. А теперь длительные ремиссии дают надежду больным и их близким, но менее предсказуемое течение заболевания само по себе может оказаться проблемой. Возникают вопросы: «Я вернусь

на работу или останусь на инвалидности?», «Доживу ли я до того времени, когда болезнь станет излечимой?». На многих, если не на большинство, дамоклов меч однажды обрушится, оставив новому кружку горюющих радоваться, что у них еще есть время, но причиняя им боль, когда их надежды внезапно рушатся.

С наступлением нового столетия примерно полмиллиона людей в США умерли от расстройств, вызываемых ВИЧ. Семья и друзья каждого из них остались переживать последствия, характерные для этого типа утраты. Близкие умерших от СПИДа составляют группу горюющих, которые сталкиваются с очень специфическими трудностями. То, что синдром вызывается инфекцией, вирусом, что возможности излечения практически нет, что болезнь связана с социальной стигматизацией и что она часто становится затяжной, может влиять на поведение понесших такую утрату. Давайте рассмотрим некоторые факторы, связанные со СПИДом, которые могут повлиять на процесс переживания утраты.

Заразность болезни

Так как СПИД передается через телесные жидкости, сексуальные партнеры больного могут беспокоиться о своем здоровье. Физические симптомы, которые считаются нормальными составляющими процесса горевания, такие как усталость, бессонница и головные боли, могут показаться симптомами СПИДа. Консультанту нужно объяснять партнерам умерших, каковы физические проявления переживания утраты, чтобы они не воспринимались как заболевание СПИДом; это снизит тревогу, связанную с такими симптомами.

Если оставшийся в живых ВИЧ-инфицирован, ощущение своей уязвимости и страх развития болезни могут вызывать злость на умершего. Один из оставшихся в живых сказал мне: «Я словно ходячая бомба с часовым механизмом». Иногда эти опасения реалистичны и не являются невротическими. В недавнее время стали проводиться исследования того, как стресс, связанный с утратой, может повлиять на иммунную систему горюющего, если она уже поражена вирусом (Kemeny, Weiner, Taylor, Schneider, Visscher & Fahey, 1994).

Другой аспект, связанный с заразностью болезни, – это чувство вины. Некоторые оставшиеся в живых чувствуют себя виноватыми за передачу вируса партнеру или за действия или образ жизни, при которых риск передачи вируса увеличивался. Следует работать с этим чувством вины и разобратся с ним. Фактор заражения может сыграть свою роль и тогда, когда

оставшийся в живых завяжет новые отношения. Некоторые люди отказываются от отношений с теми, чьи партнеры умерли от СПИДа, а в других случаях сами оставшиеся в живых партнеры сомневаются, стоит ли вступить в новые отношения.

Стигматизация

Смерть от СПИДа может быть одной из обсуждавшихся ранее утрат, о которых не принято говорить. Из-за того, что больные СПИДом стигматизируются, причем чаще, чем самоубийцы (Нонск, 2007), некоторые оставшиеся в живых боятся, что их строго осудят, если узнают причину смерти близкого человека. Поэтому они могут лгать, говоря, что он умер от рака или от чего-то еще, но только не от СПИДа. Им может казаться, что они избежали «ловушки СПИДа», но они расплачиваются за это страхом разоблачения, гневом и чувством вины за свою ложь. Помогая оставшимся в живых столкнуться с реальностью стигматизации и найти подходящие способы поделиться с людьми обстоятельствами смерти, можно также помочь им смягчить переживание тревоги и страха.

Одной из групп, страдающих от стигматизации являются семьи, которые одновременно с известием о болезни своего ребенка узнают о его образе жизни. Из-за страха стигматизации такие семьи могут испытывать отчуждение от больного члена семьи. Одна семья, живущая на Среднем Западе, узнала об образе жизни сына и его болезни одновременно, совсем незадолго до его смерти. Они вернулись домой и сообщили друзьям, что их сын погиб в автомобильной катастрофе – так они опасались, что все от них откажутся. Этот обман продолжался несколько месяцев, и в конце концов внутренний конфликт подтолкнул их к тому, чтобы рассказать друзьям правду о его смерти. И как же были удивлены эти родители, что и друзья, и прихожане их церкви приняли их, а не оттолкнули! Группы для семей и близких страдающих от СПИДа пациентов могут быть отличным источником поддержки как до, так и после смерти (Monahan, 1994; Sikkema, Hansen & Ghebremichael, 2006).

Преждевременная смерть

Многие умершие от СПИДа молоды, от 20 до 35 лет. Смерть этих людей вызывает те же реакции, что и любая преждевременная смерть, когда родители переживают своих детей. Среди друзей и ровесников может обостриться сознание собственной смертности и сопутствующая этому тревога

(Worden, 1976). Многие оставшиеся в живых сталкиваются с этими событиями в возрасте, когда люди обычно не задумываются о своей смертности.

Множественные утраты

В сообществе геев многие люди потеряли нескольких друзей или любимых людей, умерших от СПИДа. Как отмечалось ранее, множественные потери могут вести к перегрузке утратой, что, в свою очередь, может привести к тому, что процесс горевания прекратится или проявится в каких-либо телесных симптомах. Наше исследование в Нью-Йорке выявило множество симптомов дистресса, в зависимости от количества умерших от СПИДа друзей; особенно это верно в отношении ВИЧ-инфицированных мужчин (Martin & Dean, 1993). Более поздние исследования в Калифорнии не обнаружили значительной зависимости между количеством утрат и частотой депрессивных симптомов. Предположительно, смерть друзей и любимых стала в сообществе геев чуть ли не «нормальной» (Cherney & Verhey, 1996; Folkman, Chesney, Collette, Boccellari & Cooke, 1996; Summers et al., 1995). Тем не менее множественные утраты приводили к таким симптомам горя, как навязчивые мысли об умершем и поведение поиска (Neugebauer, Rabkin, Williams, Remien, Goetz & Gorman, 1992). Работающим с переживающими потерю, нужно знать об этой связи и уделять особое внимание тем, кто понес множественные утраты.

Множественные утраты могут привести к сильному горю и вызвать у человека различные чувства по поводу того, что сам он вновь и вновь оставался в живых. При любой катастрофе выживание может вызвать у выжившего чувство вины. Чувство вины выжившего можно обнаружить и у тех, кто неоднократно пережил смерть близких (Blechner, 1993; Boykin, 1991).

При горевании в случае множественной утраты невозможно быть уверенным в том, о ком человек горюет. Все утраты имеют тенденцию сливаться воедино. Иногда недавняя утрата может подтолкнуть к переживанию чувств, связанных с более ранней и более значительной потерей. Консультанту нужно быть гибким с клиентом, у которого фокус горя перемещается между более ранней и свежей утратой (Nord, 1996).

Люди, переживающие множественные утраты, могут колебаться, стоит ли делиться с другими своими чувствами. Они опасаются, что окажутся в изоляции, потому что окружающие не хотят знать об этих чувствах. Здесь группы поддержки могут быть особенно полезны. Некоторые люди не хотят посещать групповые занятия, боясь, что кто-то из участников может умереть в течение периода их пребывания в группе.

Влияние на человека множественной утраты может быть проблемой для тех специалистов, которые работают с большими группами больных СПИДом. Один консультант, работавший в Сан-Франциско с пациентами, больными СПИДом, сказал: «Я достиг такой точки в своей личной и профессиональной жизни, что чувствую: еще одну смерть я не выдержу». Совокупность смертей дает свой эффект (Bell, 1988). Те, кто работают с больными СПИДом, должны быть способны разряжать свой гнев и скорбь и заниматься какой-то жизнеутверждающей деятельностью, чтобы избежать профессионального выгорания (Bennett, Kelaher & Ross, 1994).

Затяжная болезнь и инвалидизация

ВИЧ поражает иммунную систему таким образом, что следом, «воспользовавшись» этим, тело поражают инфекции. Многие из этих инфекций приводят к прогрессирующему ухудшению физического и психического здоровья. Больные СПИДом часто теряют физические и психические возможности. Прежде молодые и привлекательные, они могут стать похожими на узников лагерей смерти. Из-за этого многим людям бывает трудно находиться рядом с больными СПИДом, чье состояние ухудшается. Я работал с несколькими оставшимися в живых, которые после утраты чувствовали сильную вину, потому что не были рядом, когда человек умирал. Другим, кто был рядом во время умирания, трудно делиться воспоминаниями о друге или члене семьи, находившемся в таком ужасном состоянии. В этом случае полезно осознать, что такие переживания нормальны и что человек лишь постепенно сможет обрести способность сохранять спокойствие при воспоминании об умершем.

Неврологические осложнения

Другая особенность СПИДа, влияющая на переживание утраты, – вызываемые этой болезнью неврологические осложнения. Согласно нескольким исследованиям, вскрытие показывает, что до 80% умерших от СПИДа страдали от различных нарушений центральной нервной системы. Иногда нарушения вызывают легкие изменения в поведении, но чаще можно наблюдать более серьезные ухудшения, в зависимости от того, какой участок мозга поражен вирусом. Ухудшение психического функционирования может выглядеть как нарушения у страдающих болезнью Альцгеймера. С момента, когда развивается деменция, семья и друзья начинают терять человека, которого они знали раньше, и такая утрата, как и в случае болезни Альцгеймера, может ускорить начало процесса горевания (McKeough, 1995).

Похоже, что вирус СПИДа продолжит поражать все более широкие слои общества, и работающие с горем, возможно, в ближайшие годы увидят больше утрат, связанных с этой болезнью.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ

- Как описано в этой главе, судебные разбирательства могут как помочь, так и навредить переработке горя после насильственной смерти (несчастный случай, самоубийство, убийство). Какие виды интервенции могут быть полезны для индивидуумов, обращающихся за терапией во время судебного процесса?
- В культуре часто используются эвфемизмы для обозначения смерти (например, покинул нас или перешел в мир иной). Какие преимущества и недостатки вы видите от использования в общении с горящими прямых слов, таких как «Дженни мертва» или «Ваш сын покончил с собой»?
- Синдром внезапной детской смерти (СВДС), выкидыш или рождение мертвого ребенка может создать серьезное напряжение даже в благополучных браках. Как вы могли бы использовать технику психологического образования, чтобы помочь родителям с этими трудными переживаниями?
- Были высказаны различные мнения относительно того, является ли предвосхищающее горе валидной концепцией и может ли такое переживание перед смертью действительно сократить продолжительность горевания после смерти? Подумайте и обсудите плюсы и минусы предвосхищающего горя.

ЛИТЕРАТУРА:

Aldrich, C. K. (1963). The dying patient's grief. *Journal of the American Medical Association*, 184, 329–331. doi:10.100/jama.1963.03700180055007

Aronson, S. (1995). Five girls in search of a group: A group experience for adolescents of parents with AIDS. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45, 223–235. doi:10.1080/00207284.1995.11490774

Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668–673. doi:10.1016/j.midw.2012.06.007

Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28, 26–34. doi:10.1027/0227–5910.28.1.26

Beutel, M., Deckardt, R., von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517–526. doi:10.1097/00006842–199511000–00003

Boss, P. (2000). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bouchal, S., Rallison, L., Moules, N., & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 72, 42–68. doi:10.1177/0030222815574700

Breen, A. N., Mourn, T., Bodtger, A. S., & Ekeberg, O. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2–year follow–up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 265–271.

Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reaction to a miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*, 93, 151–155. doi:10.1016/S0029–7844(98)00294–4

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451–464. doi:10.1089/jwh.2007.0505

Cain, A. C. (Ed.). (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, IL: C. C. Thomas.

Callahan, J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 30, 104–124.

Cerel, J., Moore, M., Brown, M., Venne, J., & Brown, S. (2015). Who leaves suicide notes? A six–year population–based study. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 45, 326–334.

Clark, S. E., & Goldney, R. D. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16, 27–33.

Cleiren, M., & Diekstra, R. (1995). After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. In B. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (pp. 7–39). New York, NY: Springer Publishing.

Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 14–21. doi:10.1111/j.0031–5990.2005.00004.x

Davies, B., Gudmundsdottir, M., Worden, J. W., Orloff, S., Sumner, L., & Brenner, P. (2004). Living in the dragon's shadow: Fathers' experiences of a child's life-limiting illness. *Death Studies*, 28, 111–135. doi:10.1080/07481180490254501

Demmer, C. (2000). Grief and survival in the era of HIV treatment advances. *Illness Crisis & Loss*, 8, 5–16. doi:10.1177/105413730000800101

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A 12- to 15-year follow-up. *Death Studies*, 23, 635–661. doi:10.1080/074811899200812

Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 107–124.

Feely, N., & Gottlieb, L. N. (1980). Parent's coping and communication following their infant's death. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 19, 51–67. doi:10.2190/2BA0–N3BC–F8P6–HY3G

Gaines, J., & Kandall, S. R. (1992). Counseling issues related to maternal substance abuse and subsequent sudden infant death syndrome in offspring. *Clinical Social Work Journal*, 20, 169–177. doi:10.1007/BF00756506

Hawton, K., & Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *British Medical Journal*, 327, 177–178. doi:10.1080/02682620308657582

Hess, R. F. (2004). Dimensions of women's long-term postabortion experience. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 193–198.

Homer, C. E., Malata, A., & Hoopé-Bender, P. T. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*, 387, 516–517. doi:10.1016/S0140–6736(15)01278–7

Horowitz, M. H. (1978). Adolescent mourning reactions to infant and fetal loss. *Social Casework*, 59, 551–559.

Houck, J. (2007). A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6, 97–112. doi:10.1300/J187v06n03_07

Huffman, C. S., Schwartz, T. A., & Swanson, K. M. (2015). Couples and miscarriage: The influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. *Women's Health Issues, 25*, 570–578. doi:10.1016/j.whi.2015.04.005

Hutti, M., Armstrong, D., Myers, J., & Hall, L. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*, 42–50. doi:10.1111/1552-6909.12539

Hutton, C. J., & Bradley, B. S. (1994). Effects of sudden infant death on bereaved siblings: A comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35*, 723–732.

Janis, I. L. (1958). *Psychological stress*. New York, NY: Wiley.

Jones, S. (2015). The psychological miscarriage: An exploration of women's experience of miscarriage in the light of Winnicott's 'primary maternal preoccupation', the process of grief according to Bowlby and Parkes, and Klein's theory of mourning. *British Journal of Psychotherapy, 31*, 433–447. doi:10.1111/bjp.12172

Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different?: A reassessment of the literature. *Suicide and Life Threatening Behavior, 31*, 91–102. Retrieved from http://johnjordanphd.com/pdf/pub/Jordan_%20Is%20Suicide%20.pdf

Jordan, J. R., & McIntosh, J. (2010). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York, NY: Routledge.

Jordan, J. R., & McMenemy, J. L. (Eds.). (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*, 337–349. doi:10.1521/suli.34.4.337.53742

Jordan, J. R., Price, J., & Prior, L. (2015). Disorder and disconnection: Parent experiences of liminality when caring for their dying child. *Sociology of Health & Illness, 37*, 839–855. doi:10.1111/1467-9566.12235

Joy, S. S. (1985). Abortion: An issue to grieve? *Journal of Counseling and Development, 63*, 375–376. doi:10.1002/j.1556-6676.1985.tb02724.x

Kaslow, N., & Aronson, S. (2004). Recommendations for family interventions following a suicide. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 240–247.

Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. In A. H. Kutscher (Ed.), *Death and bereavement* (pp. 27–54). Springfield, IL: C. C. Thomas.

Kerr, P. (1989, March 2). As murder case drags on, the mourning never ends. *New York Times*. Retrieved from <https://www.nytimes.com/1989/03/02/nyregion/as-murder-cases-drag-on-the-mourning-never-ends.html>

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75, 76–97.

Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini–Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 63, 183–196. doi:10.2190/OM.63.2.e

Lazare, A. (1979). *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lazare, A. (1989). Bereavement and unresolved grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 381–397). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148. doi:10.2190/IL1.2.f

Lindemann, E., & Greer, I. M. (1953). A study of grief: Emotional responses to suicide. *Pastoral Psychology*, 4, 9–13. doi:10.1007/BF01838832

MacKenzie, M. A. (2011). Preparatory grief in frail elderly individuals. *Annals of Long Term Care*, 19, 25–26.

Mallinson, R. (2013). Grief in the context of HIV: Recommendations for practice. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24, S61–S71. doi:10.1016/j.jana.2012.08.012

Markin, R. (2016). What clinicians miss about miscarriages: Clinical errors in the treatment of early term perinatal loss. *Psychotherapy*, 53, 347–353. doi:10.1037/pst0000062

McIntosh, J. L., & Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 82–93.

McNiel, D. E., Hatcher, C., & Reubin, R. (1988). Family survivors of suicide and accidental death: Consequences for widows. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 18, 137–148. doi:10.1111/j.1943–278X.1988.tb00148.x

Metzger, P., & Gray, M. (2008). End–of–life communication and adjustment: Pre–loss communication as a predictor of bereavement–related outcomes. *Death Studies*, 32, 301–325. doi:10.1080/07481180801928923

Mitchell, A. M., Gale, D. D., Garand, L., & Wesner, S. (2003). The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 91–106. doi:10.1080/01612840305308

Monahan, J. R. (1994). Developing and facilitating AIDS bereavement support groups. *Group*, 18(3), 177–185. doi:10.1007/BF01456588

Moore, M. M., & Freeman, S. J. (1995). Counseling survivors of suicide:

Implications for group postvention. *Journal for Specialists in Group Work*, 20, 40–47. doi:10.1080/01933929508411324

Morgan, J. H., & Goering, R. (1978). Caring for parents who have lost an infant. *Journal of Religion and Health*, 17, 290–298.

Murphy, S., Shevlin, M., & Elklit, A. (2014). Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 56–69. doi:10.1080/15325024.2012.735531

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75–93. doi:10.1016/j.cpr.2016.01.002

O'Neill, B. (1998). A father's grief: Dealing with still birth. *Nursing Forum*, 33, 33–37. doi:10.1111/j.1744-6198.1998.tb00227.x

Parkes, C. M. (1975) Unexpected and untimely bereavement – a statistical study of young Boston widows and widowers. In B. Schoenberg, A. H. Kutscher, & A. C. Carr Eds.), *Bereavement: Its Psychological Aspects* (119–138). New York, NY: Columbia University Press

Parkes, C. M. (1993). Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. *British Journal of Psychiatry*, 162, 49–54. doi:10.1192/bjp.162.1.49

Parkes, C. M. & Prigerson, H. G. (Eds.). (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). East Sussex, UK: Routledge.

Parrish, M., & Tunkle, J. (2003). Working with families following their child's suicide. *Family Therapy*, 30, 63–76.

Pearlman, R. A., Hsu, C., Starks, H., Back, A. L., Gordon, J. R., Bharucha, A. J., . . . Battin, M. P. (2005). Motivations for physician-assisted suicide. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 234–239. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40225.x

Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). “People look down on you when you tell them how he died”: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 251–257. doi:10.1111/inm.12210

Peterson, G. (1994). Chains of grief: The impact of perinatal loss on subsequent pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 9(2), 149–158.

Pruitt Johnson, O., & Langford, R. W. (2015). A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44, 492–499. doi:10.1111/1552-6909.12659

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Rando, T. A. (Ed.). (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Randolph, A., Hruby, B., & Sharif, S. (2015). Counseling women who have experienced pregnancy loss: A review of the literature. *Adultspan Journal*, 14, 2–10. doi:10.1002/j.2161–0029.2015.00032.x

Range, L. M., & Calhoun, L. G. (1990). Responses following suicide and other types of death: The perspective of the bereaved. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 21, 311–320. doi:10.2190/LLE5–7QNT–7M59–GURY

Reed, M. D. (1993). Sudden death and bereavement outcomes: The impact of resources on grief symptomatology and detachment. *Suicide and Life–Threatening Behavior*, 23, 204–220. doi:10.1111/j.1943–278X.1993.tb00180.x

Reilly–Smorawski, B., Armstrong, A. V., & Catlin, E. A. (2002). Bereavement support for couples following death of a baby: Program development and 14–year exit analysis. *Death Studies*, 26, 21–37. doi:10.1080/07481180210145

Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23, 257–270. doi:10.1080/074811899201073

Rosenbaum, J. L., Smith, J. R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal end–of–life spiritual support care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25, 61–69. doi:10.1097/JPN.0b013e318209e1d2

Rotheram–Borus, M. J., Weiss, R., Alber, S., & Lester, P. (2005). Adolescent adjustment before and after HIV–related parental death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 221–228. doi:10.1111/j.1530–0277.2011.01591.x

Rynearson, E. K. (1994). Psychotherapy of bereavement after homicide. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 341–347. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330379>

Rynearson, E. (2001). *Retelling violent death: Resilience and intervention beyond the crisis*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

Rynearson, E. (2006). *Violent death*. New York, NY: Routledge.

Rynearson, E. (2012). The narrative dynamics of grief after homicide. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 65, 239–249. doi:10.2190/OM.65.3.f

Rynearson, E. K., & McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *American Journal of Psychiatry*, 150, 258–261. doi:10.1176/ajp.150.2.258

Sikkema, K. J., Hansen, N. B., & Ghebremichael, M. (2006). A randomized

controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects of grief. *Health Psychology*, 25, 563–570. doi:10.1037/0278–6133.25.5.563

Silverman, E., Range, L., & Overholser, J. C. (1994). Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 30, 41–51. doi:10.2190/BPLN–DAG8–7F07–0BKP

Sobel, H., & Worden, J. W. (1982). *Helping cancer patients cope*. New York, NY: Guilford Press.

Solomon, R., & Rando, T. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning. *Journal of EMDR Practice & Research*, 1, 109–117.

Speckhard, A., & Rue, V. (1993). Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 8(1), 5–32.

Valsanen, L. (1998) Family grief and recovery process when a baby dies. *Psychiatria Fennica*, 29, 163–174.

Wagner, B., Keller, V., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2012). Social acknowledgement as a predictor of post–traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 381–385. doi:10.1177/0020764011400791

Wagner, K. G., & Calhoun, L. G. (1991). Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 24, 61–73. doi:10.2190/3748–G16Y–YEBF–QD10

Weisman, A. D., & Hackett, T. P. (1961). Predilection to death. *Psychosomatic Medicine*, 23, 232–255.

Werth, J. (1999). The role of the mental health professional in helping significant others of persons who are assisted in death. *Death Studies*, 23, 239–255. doi:10.1080/074811899201064

Wilson, R. (2001). Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal death. *Early Human Development*, 61, 55–65. doi:10.1016/S0378–3782(00)00117–1

Worden, J. W. (1976). *Personal death awareness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Worden, J. W. (1991). Grieving a loss from AIDS. *Hospice Journal*, 7, 143–150. doi:10.1080/0742–969X.1991.11882696

Worden, J. W. (1996). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73–80.

Worden, J. W. (2000). Towards an appropriate death. In T. Rando (Ed.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning* (pp. 267–277). Champaign, IL: Research Press.

ГЛАВА 8. ГОРЕ И СЕМЕЙНЫЕ СИСТЕМЫ

До сих пор мы были сосредоточены преимущественно на индивидуальных реакциях горя и на том, как это связано с отношениями человека с умершим. Однако большинство значительных утрат происходит в контексте семьи, и поэтому важно учитывать влияние смерти на семейную систему в целом.

Большинство семей находятся в некоем гомеостатическом балансе, и потеря семейной группой значимого человека может нарушить этот гомеостаз, причинить семье боль и подтолкнуть ее к поиску помощи. Мюррей Боуэн (Bowen, 1978, 2004), знаменитый семейный терапевт, говорит, что знание семейной конфигурации в целом, функциональная позиция умершего в этой семье и общий уровень адаптации этой семьи важны для каждого, кто пытается помочь семье до, во время и после смерти ее члена.

Были идентифицированы конкретные факторы, влияющие на процесс горевания и степень возникающих в семье нарушений. Это стадия жизненного цикла семьи, роли, которые в ней играл умерший, власть, любовь, паттерны коммуникации и социокультурные факторы (Davies, Spinetta, Martinson & Kulenkamp, 1986; Vess, Moreland & Schwebel, 1985 – 1986; Walsh & McGoldrick, 2004).

Моя цель здесь – обсудить то, как семейная динамика может тормозить нормальный процесс горевания. Эта глава не претендует на то, чтобы стать работой по семейной терапии. Я предполагаю, что читатель имеет некоторые знания и умения в этом виде психотерапии. Тем, кто меньше знаком с этой тематикой и нуждается в обзоре, я рекомендую «Пособие по клинической семейной терапии» Дж. Л. Либоу (Lebow, 2012). Терапевтический подход к работе с семьей, переживающей утрату, можно найти в книге Киссейна и Блока «Сфокусированная на семье терапия горя» (Kissane & Bloch, 2002, 2004). Еще один подход можно найти в труде Сандлера и коллег «Программа по переживанию утраты всей семьей» (Sndler, Tein, Cham, Wolchik & Ayers, 2016).

Концепция семейной терапии основана на представлении о том, что семья является единым целым, и ее члены взаимодействуют друг с другом и влияют друг на друга. Поэтому недостаточно лечить каждого отдельного человека, который был в отношениях с умершим, и работать с его горем, не соотнося это горе с семейной системой в целом. Характеристики отдель-

ных членов семьи помогают определить характер семейной системы, но семейная система – это больше чем совокупность характеристик отдельных людей. Реакции горя в семье должны быть приняты во внимание, помимо оценки реакций горя каждого члена семьи (Rosen, 1990). Одна из причин необходимости рассмотрения семейного горя наряду с индивидуальным – это влияние семейных мифов. Семейные мифы работают таким же образом, как защиты у отдельного человека; они дают семье групповое определение и идентичность. Кроме того, каждое изменение, происходящее после смерти члена семьи, символизирует смерть самой семьи, делая первоочередной задачей создание новой семьи на основе старой (Stroebe & Schut, 2015).

Семьи различаются по своей способности выражать и переживать чувства. Если семья не выносит открытого выражения чувств, это может приводить к разным видам отыгрываний, которые служат эквивалентами горя. Семьи, которые справляются наиболее эффективно, открыты для разговоров об умершем, а закрытые семьи не только не имеют такой свободы, но и находят оправдания и делают комментарии, позволяющие членам семьи молчать и поощряющие такое поведение. Функциональные семьи скорее справятся с проработкой связанных со смертью чувств, включая признание и принятие переживания уязвимости (Henoch, Berg & Benkel, 2016).

Важная причина рассмотрения теории семейных систем заключается в том, что неразрешенное горе может не только стать ключевым фактором семейной патологии, но и влиять на передачу патологических отношений из поколения в поколение (Gajdos, 2002; Roose & Blanford, 2011). Волш и МакГолдрик (Walsh & McGoldrick, 2004) заметили, что отсроченное горе в родительской семье мешает человеку пережить утрату и сепарацию в его собственной семье. Рэйли (Reilly, 1978), рассмотрев это феномен в отношении употребления наркотиков, считает, что родители молодых наркоманов никогда полностью не отгоревали и не разрешили свои амбивалентные связи с собственными родителями. Поэтому они склонны проецировать собственные конфликты, связанные с утратой и покиданием, на свою нынешнюю семью. Чтобы оценить влияние межпоколенческого конфликта, Боуэн (Bowen, 1978, 2004) советует консультантам собрать подробную семейную историю, по крайней мере, в двух поколениях, в качестве части начальной диагностики.

При оценке горя и семейных систем нужно учитывать, по крайней мере, три главных области. Первая область – функциональная позиция, или роль умершего в семье. Члены семей играют разные роли, например: болезненный член семьи, установитель семейных ценностей, козел отпущения, воспитатель, глава клана. Насколько значительную функциональ-

ную позицию умерший занимал в семье, настолько же значительным будет нарушение семейного равновесия в случае его/ее смерти. Боуэн (Bowen, 1978) считал, что семейная система пребывает в некоем застое и спокойствии, когда каждый его член функционирует с разумной эффективностью. Но прибавление или утрата члена семьи могут привести к потере равновесия. Когда член семьи умирает, семья лишается важной роли и, возможно, будет искать ему замену, – того, кто займет вакантное место.

Дети играют в семьях важные роли, и смерть ребенка нарушает семейный баланс. Я видел подростка, младшего из трех детей, до того, как он умер от лейкемии. Ему потребовался ряд госпитализаций и дальнейший уход. Этот мальчик раздражал брата, старшего ребенка в семье, и после его смерти брат не разрешил родителям прибираться в его комнате, куда – то убирать или раздавать его вещи. Он очень сердился, если члены семьи упоминали об этом, потому что такие действия заставили бы его встретиться с необратимостью утраты и его неразрешенными амбивалентными чувствами по отношению к брату.

Мать страдала из-за того, что у нее были необычайно тесные отношения с умершим ребенком. Она полагалась на него и он поддерживал ее слабую самооценку и играл роль, которая была более уместна для ее мужа. Муж, который никогда не уделял жене много внимания, стал еще менее внимательным после смерти сына и отказывался говорить о своих чувствах. Он все больше времени проводил вне дома. Средний ребенок, девочка, которая жила не дома, была единственным человеком, который, казалось, справлялся с ситуацией хорошо. Индивидуальное консультирование с членами этой семьи могло бы проводиться более или менее успешно, но я не думаю, что три-четыре индивидуальных консультанта были бы так же успешны, как эффективная семейная терапия, где все эти конфликты и проблемы могли бы быть проработаны в соответствии с особенностями каждого. Психиатр Норман Пол (Paul, 1986) считает, что работа горя, ограниченная парой клиент-терапевт, в значительно меньшей степени использует существующие возможности отношений, что верно как для индивидуума, так и для его семьи.

В молодой семье смерть любого родителя может произвести широко-масштабный эффект. *«Это не только нарушает эмоциональное равновесие, но и ликвидирует функцию кормильца или матери в момент, когда эти функции особенно важны»* (Bowen, 1978, с. 328). Другая смерть важного человека, имеющая большие последствия, – это смерть главы патриархального семейства, который в течение длительного времени выполнял в семье функцию принятия решений. У одной женщины был дед, который держал

всю семью в ежовых рукавицах. В течение последующих двух лет после его смерти ее родители развелись, семейный бизнес развалился, а члены семьи рассеялись по разным частям страны. С другой стороны, важно осознавать, что многие люди играют в семейных делах лишь периферийную роль. Такого человека можно считать более или менее нейтральным, и смерть этой нейтральной фигуры с меньшей вероятностью повлияет на функционирование всей семьи столь же интенсивно.

Вторая область, подлежащая оценке, – эмоциональная интеграция семьи. В хорошо интегрированной семье люди способны лучше помогать друг другу справляться со смертью даже значимого члена семьи при незначительной помощи извне. Менее интегрированная семья может демонстрировать минимальную реакцию горя в момент смерти, но члены семьи иногда демонстрируют реакцию позже, посредством различных физических и эмоциональных симптомов или того или иного неадекватного социального поведения. Важно, чтобы консультант это понимал, потому что простое поощрение семьи к выражению чувств после смерти ее члена не обязательно повышает уровень эмоциональной интеграции (McBride & Simms, 2001).

Так как выражение аффекта очень важно в процессе горевания, третья область, которая должна быть оценена, – то, как семья фасилитирует выражение эмоций или препятствует ему. Чтобы это увидеть, нужно понимать значение, которую семьи придают эмоциям, и те виды паттернов коммуникации, которые позволяют или не позволяют человеку их выразить. Дэвис и его коллеги (Davies et al., 1986) обнаружили, что в некоторых менее функциональных семьях печаль приравнивается к сумасшествию, и откликом на нее бывают такие комментарии, как: «Я уже видел достаточно слез». Они также обнаружили, что в более функциональных семьях отец мог открыто выражать горе, вместо того чтобы прятать чувства или хвалить сына за то, что тот не плакал на похоронах. Такое поведение закрепляет ригидность гендерных ролей и характерно для менее функциональных семей. Поскольку смерть может запустить разные интенсивные реакции, важен также контекст, в котором эти чувства могут переживаться, идентифицироваться и проживаться полностью. Семьи, которые по молчаливому сговору скрывают чувства или дистанцируются от них, могут в конце концов удерживать человека от адекватного разрешения горя (Traylor, Hayslip, Kaminski & York, 2003).

Например, Карин была младшей из пяти детей, когда ее отец, «никчемный пьяница», был найден мертвым в местной гостинице. Так как он долгое время причинял семье неприятности, семья выбрала немедленную кремацию, и прах был захоронен без похоронных обрядов. Карин хотела

как-то отметить место захоронения, но никто в семье ее не поддержал, так как у нее, самой младшей, было мало влияния. Она думала, что это «дурацкая» смерть, но не могла внутренне отделиться от отца. Она сохраняла его для себя посредством патологической идентификации с ним, которая развивалась годами. Ее семья не раз говорила ей: «Ты вылитый отец!» Постепенно у молодой женщины появились серьезные проблемы с алкоголем, которые, конечно, были связаны с патологической идентификацией с отцом. В ходе терапии горя она смогла увидеть эту связь, сказать отцу последнее «прощай», поговорить с другими членами семьи об этой смерти, и со временем разрешилась ее собственная проблема с алкоголем.

Эта семья, возможно, и не признала бы потребность в семейной терапии, веря или желая верить, что смерть отца мало повлияла на них или на семейную систему. Но этот случай подсказывает нам, почему тем, кто проводит диагностическую оценку семьи после смерти одного из ее членов, нужно быть достаточно мудрыми, чтобы понять также фантазии и чувства всех членов семьи, включая самых маленьких.

Подобно задачам горевания, перечисленным во второй главе, существуют важные задачи для семей, которые адаптируются к утрате: должно присутствовать осознание утраты и признание уникального опыта горя каждого члена семьи (здоровые семьи могут определить эти различия как сильные стороны). Семья может реорганизоваться, роли могут передаваться другим членам семьи или вовсе исчезать, уменьшая таким образом ощущение хаоса. Члены семьи теперь могут реинвестироваться в эту «новую» семью, сохраняя переживание связи с умершим (McBride & Simms, 2001; Walsh & McGoldrick, 2004). Открытое и честное общение плюс соответствующие ритуалы и церемонии могут помочь семье выполнить все эти задачи (Gilbert, 1996; Rotter, 2000).

Дополнительная задача для семьи, если основываться на важной работе Джанис Надо, – придание смысла. У отдельных членов семьи есть свое понимание утраты и свои уникальные представления о ней. Поделиться с другими членами семьи этим опытом осознания утраты полезно для того, чтобы семья как система смогла обрести общий смысл. То, как семья сама для себя создает представление о потере одного из своих членов, влияет на то, как она горюет. Семья, переживающая смерть одного из своих членов как долгожданное облегчение боли, будет горевать не так, как семья, воспринимающая смерть как нечто такое, что надо было предотвратить (Nadeau, 1998, 2001, 2008).

Исследования показали, что семьи, которые лучше всего справляются после смерти одного из своих членов, – это более сплоченные семьи, бо-

лее толерантные к индивидуальным различиям внутри семьи; коммуникация в этих семьях более открытая, включая разговоры об эмоциях; люди находят больше поддержки и внутри, и за пределами семьи; они более активно справляются с проблемами (Greeff & Human, 2004; Worden, 1996). Не на все эти характеристики можно повлиять, используя интервенции для работы с семьями, но на многие – возможно. Киссейн и Блок (Kissane & Bloch, 2006) показали эффективность интервенций для работы с семьей при переживании ею горя, проведенных с группой семей, идентифицированных в ходе скрининга.

СМЕРТЬ РЕБЕНКА

Очень трудная утрата, которая всерьез угрожает семейному равновесию и иногда может вызвать осложненные реакции горя, – это смерть ребенка. Оставшиеся в живых сиблинги часто становятся объектом бессознательных манипуляций, направленных на облегчение переживаемого родителями чувства вины и используются как способ взять под контроль судьбу. Одно из самых трудных положений, в которые родители ставят оставшихся в живых детей, – замена умершего ребенка (Buckle & Flemming, 2011; Rossetto, 2015). Под этим часто подразумевается наделение живого ребенка качествами умершего. Иногда может даже случиться, что ребенок, родившийся позднее, носит то же самое имя (или созвучное ему), что и умерший ребенок. Дэвис и ее коллеги (Davies, 1999) обнаруживали, что здоровые семьи были способны признать потерю ребенка без того, чтобы умерший ребенок занял его место. Умение родителей помогать сиблингам в их коммуникации внутри семейной системы и давать им возможность непосредственно выражать свои чувства приводило к здоровому взаимодействию в решении задач горевания (Schumacher, 1984).

Некоторые семьи пытаются справиться со своими чувствами, связанными со смертью ребенка, пресекая любой разговор о событиях, связанных с утратой, так что дети, родившиеся после смерти сиблингов, могут ничего о них не знать, и даже вообще не знать о том, что они существовали. Так было с Джуди. Первый ребенок ее родителей, мальчик, умер в раннем младенчестве. Потом родился другой ребенок, девочка, а потом третий ребенок, Джуди, от которой ждали, что она заменит умершего сына. Это никогда не проговаривалось, никогда прямо ей об этом не сообщалось. Но в течение ряда лет, несмотря на то, что родители не говорили об умершем брате, осознание случившегося всегда присутствовало где-то на заднем плане

ее сознания. Бессознательно она пыталась воссоздать то, каким он мог бы быть, приобретая много «мужских» интересов, дел и увлечений.

Но много лет спустя, когда ее мать умирала от рака, Джуди настояла на том, чтобы ее родители обсудили с ней тему умершего брата: то, чего они не дождались от него, то, чего они взамен ждали от нее. И хотя это было нелегко, хотя она и столкнулась со значительным сопротивлением, Джуди чувствовала, как важно все прояснить, пока мать жива. К счастью, ей это удалось. И тогда она смогла преодолеть проблемы, связанные с полученным «наследством», и в большей степени быть самой собой.

Часто сиблинги умершего ребенка оказываются игнорируемыми в первое время после смерти (Worden, Davies & McCown, 2000). Иногда предполагается, что дети слишком малы, чтобы понимать утрату, или что они нуждаются в защите от того, что воспринимается как болезненная ситуация. Чаще дети не получают должного внимания, потому что те, кто должен о них заботиться, переживают травму и просто не могут заставить себя помочь детям. В этот период службы помощи могут быть полезны в облегчении некоторых общих реакций и чувств, переживаемых ребенком, когда умирает сиблинг (Worden, Davies & McCown, 2000).

Детям трудно разобраться, что сказать друзьям и как реагировать на дискомфорт других людей при разговорах о смерти. Часто из-за этого дискомфорта они боятся играть или радоваться, чтобы люди не думали, что смерть сиблинга им безразлична (Schumacher, 1984).

В отсутствие открытой и честной коммуникации дети ищут собственные ответы на вопросы, которые часто оказываются выше их понимания. Родителям важно опровергнуть магические и ошибочные представления о смерти, чтобы установить эмоциональную связь между собой и живыми сиблингами. Этот критический период может повлиять на развитие личности детей и их будущую способность формировать и поддерживать отношения (Schumacher, 1984).

Самым важным фактором, определяющим воздействие на семью утраты ребенка, является опыт переживающих эту смерть родителей. Потеря ребенка любого возраста может стать одной из самых опустошающих в жизни, и ее последствия ощущаются в течение многих лет. Сандерс (Sanders, 1979) пишет об этом в своем классическом, часто цитируемом труде, а недавно в Австралии Миддлтон, Рафаэль, Бернетт и Мартинек (Middleton, Raphael, Burnett & Martinek, 1998) воспроизвели ее исследование. Родительская привязанность крепка. Она отражает аспекты личности родителя, а также исторические и социальные измерения. Класс и Марвит (Klass & Marwit, 1988-1989) пишут:

«Для родителя ребенок воплощает как его лучшее Я, так и его худшее Я. Трудности и амбивалентность в жизни родителя проявятся в его привязанности к ребенку. Ребенок рождается в этот мир надежд и ожиданий, в мир запутанных психологических связей, в мир, имеющий историю. Связь «родитель-ребенок» может быть также повторением связи родителя с его собственным родителем, так что ребенок может восприниматься как похвала родителю или суд над ним. С самого дня рождения ребенка эти надежды и ожидания, привязанности и история разыгрываются в отношениях родителя с ребенком» (с. 33).

Друзья и семья могут не знать, как откликнуться на такую утрату и как оказывать поддержку, особенно, когда после потери пройдет некоторое время. Я работал с несколькими потерявшими детей матерями, чьи друзья говорили, что им пора бы пережить утрату, так как после смерти ребенка прошел уже год.

Медиаторы горевания, обсуждавшиеся в третьей главе, влияют на опыт переживания такого типа утраты. Смерть часто бывает внезапной; родители переживают своих детей, что является чем-то непредвиденным, невообразимым. Многие дети умирают от несчастных случаев, что бросает серьезный вызов родительскому чувству собственной компетенции, потому что родительская роль предполагает, помимо прочего, защиту ребенка. Это может также вызвать сильное чувство вины (Davies, Gudmundsdottir, Worden, Orloff, Sumner & Brenner, 2004).

Источников вины может быть много. Майлз и Деми (Miles & Demi, 1983-1984) выделяют пять видов вины, испытываемой потерявшими ребенка родителями. Первая – культурная вина. Общество ожидает, что родители будут беречь своих детей и заботиться о них. Смерть ребенка оскорбляет это социальное ожидание и может привести к переживанию чувства вины. Если родитель чувствует себя виноватым вследствие реальной или кажущейся халатности, он может испытывать вину, имеющую некоторое основание (causal guilt). Когда смерть наступает от унаследованного заболевания, родители также могут чувствовать вину, имеющую некоторое основание. Моральная вина характеризуется чувством, испытываемым родителем, что причиной смерти ребенка стало какое-то нарушение моральных норм в его/ее настоящей или прежней жизни. Существует множество таких предполагаемых грехов. Один из них часто видят в сохраняющейся вине после прерванной беременности: «Из-за того, что я сделала аборт, я теперь наказана потерей ребенка». Вина выжившего также может переживаться понесшими утрату родителями: «Почему мой ребенок умер, а я все еще жив?». Чув-

ство вины чаще переживается выжившим, если родитель и ребенок попали в одну и ту же аварию, и родитель выжил, а ребенок – нет. И, наконец, существует вина исцелившегося. Некоторые родители чувствуют себя виноватыми, когда они уже пережили свое горе и продолжают строить собственную жизнь. Один из них сказал мне: «Отказаться от чувства вины – значит отказаться от связи со своим ребенком» (Brice, 1991, с. 6).

Горюющие родители часто нуждаются в том, чтобы кого – то обвинить в смерти своего ребенка и искать возмездия. Это в особенности относится к горюющим отцам. Такая потребность сильна, если ребенок умирает от несчастного случая, в результате убийства или самоубийства. Но тот же самый гнев мы можем наблюдать, если ребенок умер от естественных причин. Иногда эта потребность обвинить направлена на супруга или другого члена семьи, что создает стрессовую ситуацию в семейной системе. Бывает также, что после смерти в семье появляется козел отпущения, например, ребенок. Консультантам нужно знать об этой динамике и помочь семье найти адекватный выход этому гневу и обвинению (Buckle & Fleming, 2011).

Оба родителя пережили утрату, но опыт горя может быть разным у каждого из них из-за их разных отношений с ребенком и из – за присущих им разных стилей копинга. Такие различия могут создать напряжение внутри супружеской пары, а это, в свою очередь, может создавать напряжение внутри семейной системы и приводить к созданию альянсов среди членов семьи (Robinson & Marwit, 2006).

Каждому родителю нужно понять свой собственный способ выражения горя, а также стиль горевания – свой и партнера. (Littlewood, Cramer, Hoekstra & Humphrey, 1991). Бывает, что одному партнеру легче, чем другому, выражать и обсуждать эмоции. Открытое выражение чувств может напугать другого партнера, сделать его закрытым для коммуникации и в результате отдалить супругов друг от друга. Когда консультант работает с парой, ему важно не выглядеть союзником более эмоционального партнера. Если это происходит, то партнер, который меньше выражает свои эмоции, почувствует себя фрустрированным консультативным процессом, исключенным из него. В начале процесса консультирования общение супругов друг с другом может происходить при посредничестве консультанта. Один из родителей может участвовать в беседе неохотно или, «просто чтобы помочь» другому. Часто это бывает отец. Некоторые люди считают, что не стоит жить прошлым, особенно если оно болезненно. По этой причине они не станут говорить о переживаемом горе (Worden & Monahan, 2009).

Существуют также гендерные различия, которые проявляются в выражении горя (Polatinsky & Esprey, 2000; Schwab, 1996). Гендерно-роле-

вые ожидания являются частью процесса социализации в нашем обществе и нашей культуре. Исследования показывают, что мужчины чаще, чем женщины, будут бояться последствий выражения эмоций в социальном окружении. Мужчины раскрывают другим намного меньше интимной информации, чем женщины. У мужчин близкая дружба основывается скорее на общих делах, чем на душевной близости, скорее на верности, чем на обмене чувствами. Переживающие утрату отцы сталкиваются с двойными посланиями от окружения, когда пытаются справиться со смертью своего ребенка. Во-первых, отцы получают мало социальной поддержки, тогда как сами они рассматриваются как главный источник поддержки для своих жен, детей и других членов семьи. Во-вторых, отцы сталкиваются одновременно с идеализированными в культуре представлениями о том, что с горем лучше всего справляться, выражая свои чувства, и о том, что они должны контролировать такое пугающее и переполняющее выражение горя (Cook, 1988). Эти конфликты между социальными и личными ожиданиями могут привести к фрустрации, гневу и представлению, что они остались один на один со своими чувствами (Aho, Tarkka, Asteld-Kurki, Sorvari & Kaunonen, 2011).

Родители часто бывают удивлены собственными нуждами и реакциями в связи со смертью ребенка. Жестокость утраты вызывает жажду близости и интимности, но для некоторых родителей является неожиданностью, что они чувствуют вину, когда пытаются удовлетворить эти потребности с помощью секса. Родителям важно распознавать и понимать эти нужды и чувства как часть нормальной человеческой жизни. Пары часто сообщают о сексуальном воздержании, потому что из-за переполняющего их горя у них пропадает интерес к сексу. Это отсутствие сексуального интереса может действительно наблюдаться у одного из партнеров, но не у другого, что создает напряжение в отношениях (Lang, Gottlieb & Amsel, 1996).

Противоположная ситуация тоже возможна. Сразу после смерти ребенка пара может стремиться к сексуальной активности. Для таких пар интимная близость – это утверждение жизни, она поддерживает их желание быть ближе друг к другу и заботиться друг о друге (Hagemeister & Rosenblatt, 1997). Джонсон (Johnson, 1984) изучала пары, потерявшие детей, и заметила, что мужчины, ранее не способные на близость со своими женами без сексуальных действий, после утраты стали способными к близости без секса. Это удивило некоторых мужчин, которые теперь поняли, почему их жены любят обниматься, и это их успокаивает.

С утратой ребенка часто бывает связан развод. Общество «Сочувствующие друзья» (2006) провело опрос, который показал: не существует свидетельств, позволяющих заключить, что количество разводов растет непо-

средственно в результате переживаемого родителями горя. Тем не менее существует значительное количество основанных на наблюдениях свидетельств, которые заставляют предположить, что у таких пар, вероятно, риск развода повышается. Класс (Klass, 1986-1987) дает отличное описание парадоксального воздействия смерти ребенка на отношения родителей: *«Общая утрата создает новую и очень глубокую связь между ними, и в то же самое время она порождает отчуждение. Этот парадокс по-разному выражается в парах, отношения в которых до смерти ребенка отличались»* (с. 239).

Класс делает отсюда вывод, что количество разводов может быть выше, но любое увеличение количества разводов может быть обусловлено скорее ранее существовавшими факторами, чем смертью ребенка.

Горевание о потере ребенка может стать еще более сложным, если родители уже разведены. Родители обычно сближаются в этот кризисный момент, и это сближение может вызвать сильные чувства и крайние проявления в поведении – от эмпатии и заботы до решительной борьбы за влияние и контроль. Но в этой ситуации невозможно обрести именно тот контроль, которого хочется, – воскрешение умершего.

Родителей нужно поддерживать в решении не рожать детей, пока они не проработают утрату умершего ребенка. Иначе они могут не проделать необходимую работу горя и попытаются справиться со своей потерей посредством ребенка-замены (Reid, 1992). Однажды я видел супружескую пару вскоре после утраты младенца, умершего от СВДС. Они хотели сразу же завести другого ребенка, но я предостерегал их от этого. Проиgnорировав мой совет, они оставили своего четырехлетнего сына с няней и отправились на Карибское побережье, чтобы зачать там ребенка. К счастью, их попытка не увенчалась успехом. Через два года они снова смогли иметь детей и, на мой взгляд, тогда они уже могли лучше ухаживать за той девочкой, которая родилась, понимая, что это – она, а не замена ее сестры.

Ребенку, которого наделили такой ролью, явно не повезло. То, что он является заменой другого ребенка, может повлиять на его когнитивное и эмоциональное развитие. Это может привести к частичному отсутствию ощущения собственной индивидуальности, поскольку с ребенком обращаются как с умершим сиблингом, а не как с уникальной личностью (Legg & Sherick, 1976). Кроме того, развитие ребенка-замены осложняется тем, что тревожные родители, как правило, чрезмерно опекают таких детей и растят их в доме, где царит образ умершего ребенка (Poznanski, 1972). От ребенка-замены ждут, что он будет подражать умершему, который может идеа-

лизироваться, и его собственная идентичность не развивается.

Потерявшие ребенка родители сталкиваются с двумя проблемами: (1) учиться жить без ребенка, что может потребовать новой формы взаимодействия с социальным окружением семьи; (2) интернализировать репрезентацию ребенка, которая приносит утешение (Klass, 1994). Различные задачи горевания (описанные во второй главе) направлены на решение этих проблем и должны быть проработаны. Многие родители, потерявшие детей, осознают реальность утраты, пройдя через борьбу между верой и неверием. С одной стороны, они знают, что ребенок умер, с другой стороны, они не хотят в это верить. Обращение с вещами умершего ребенка зачастую отражает эту борьбу. Родители часто хранят комнату ребенка в неприкосновенности, чтобы, когда ребенок вернется, комната была готова.

В такой ситуации часто проявляются сильные чувства, включая гнев, вину и обвинение. Проработка их – это вторая задача горевания. Такие чувства обычно лучше прорабатываются в таких группах, как, например, «Со-страдательные Друзья», где можно получить эмпатическое участие тех, кто имеет подобный опыт. Многие люди, не пережившие такого рода утрату, думают, будто последнее, чего хочется горюющим родителям, – это говорить о своем ребенке, но как раз большинство хочет это делать (Wijngaards-de Meij, Stroebe & Schut, 2005).

Один из аспектов третьей задачи горевания для многих родителей – найти какой-то смысл в смерти своего ребенка (Brice, 1991; Kim & Hicks, 2015; Wheeler, 2001). Существуют разные способы, с помощью которых родители могут это сделать. Некоторые находят смысл в обращении к религии или философии. Другие обретают его, идентифицируясь с уникальностью своего ребенка и находя какой-нибудь подходящий способ увековечить память о нем. Родители, потерявшие сына-студента колледжа из-за ужасной катастрофы, открыли фонд, посвященный его памяти. Каждый год одному выпускнику, посещавшему тот же колледж, что и их сын, присуждается стипендия. Еще некоторые находят смысл в деятельности, связанной с помощью людям и обществу (Miles & Crandall, 1983). Класс (Klass, 1988) обнаружил, что родители, сумевшие трансформировать родительскую роль помощника и воспитателя ребенка в помощь и поддержку других людей в группе самопомощи, имели более позитивные и менее стрессовые воспоминания об умершем ребенке.

Работа над задачей IV может быть очень трудной для потерявших ребенка родителей. «Та самая амбивалентность и многочисленные воспоминания, которые были частью живых отношений с ребенком, становятся частью поиска равновесия, когда ребенок умирает» (Klass & Marwit, 1988-

1989, с. 42). Тем не менее, некоторых осмысление этого опыта может привести к важному осознанию самих себя и личностному росту (Klass & Marwit, 1988-1989; Riley, LaMontagene, Herpworth & Murphy, 2007). Одна мать, которая в конце концов нашла подходящее место для мыслей и воспоминаний об умершем сыне и снова смогла инвестировать что-то в эту жизнь, сказала: *«Только недавно я начала замечать, что в жизни что – то еще открыто для меня. Понимаете, то, что может доставлять удовольствие. Я знаю, что буду горевать о Робби всю жизнь и что всегда буду хранить в себе любовь и память о нем. Но жизнь идет, и, нравится это или нет, я – часть этой жизни. В последнее время я иногда замечаю, как что – то планирую дома или даже принимаю участие в каких – то совместных делах с друзьями»*.

В этом случае переживающая утрату мать проходит процесс горевания и продолжает жить без чувства, что это повредит памяти о сыне. Это последняя и самая трудная цель для каждого потерявшего ребенка родителя.

СКОРЬ БАБУШЕК И ДЕДУШЕК

В наше время пересмотрен взгляд на горевание бабушек и дедушек. Часто к ним относятся как к забытым горюющим. Общество не всегда признает их горе и поддерживает их (Gilrane-McGarry & O'Grady, 2011, 2012). Их скорбь может отличаться от скорби родителей умершего ребенка. Reed (2000) написал книгу «Бабушки и дедушки плачут дважды». В ней он предлагает размышления о том, что бабушки и дедушки горюют не только по поводу их умерших внуков, но и о своих собственных детях, потерявших ребенка.

Недостаток социальной поддержки, который могут испытывать переживающие утрату дедушки и бабушки, связан с тем, что Дока называет горем, лишенным гражданских прав (нелигитимное горе). Получая меньше поддержки от семьи, друзей и коллег, горюющие прародители сами становятся менее способными проявить понимание и эмпатию по отношению к другим. По сути, окружающие могут не осознавать, через что им приходится проходить (Hayslip & White, 2008). Это может приводить бабушек и дедушек в замешательство относительно того, где, как, когда и с кем они могут выразить и пережить свое горе (Nehari, Grebler & Toren, 2007, 2008).

Есть несколько моментов, которые могут усугубить горе дедушек

и бабушек, помимо отсутствия социальной поддержки: (1) они, как правило, ближе к своей собственной смерти, чем родители; (2) бабушки и дедушки переживают другие потери, которые могут усугублять их скорбь о внуке, как, например, выход на пенсию, сокращения, проблемы со здоровьем, смерти друзей, разводы в семье, финансовая борьба; и (3) они могут не знать как утешить своих собственных детей и могут начать давать советы, которые не помогут родителям. Например: «Вам нужно двигаться дальше». Интервенции с переживающими утрату бабушками и дедушками должно быть сосредоточено на том, как более эффективно поддерживать своих взрослых детей и выживших внуков.

Особое внимание в обсуждении темы бабушек и дедушек должно быть уделено теме опекающих бабушек и дедушек. К ним относятся бабушки и дедушки, являющихся основными опекунами своих внуков из – за болезни, развода или смерти их взрослого ребенка, а также проблем зависимости или смерти родителя от СПИДа. Хайслип и Уайт (Hayslip & White, 2008) предлагают хорошее описание ситуаций, с которыми могут столкнуться опекающие прародители.

ДЕТИ УМЕРШИХ РОДИТЕЛЕЙ

Другая значимая область работы с семьями – дети, у которых умер родитель. Когда это случается в детстве или в подростковом возрасте, ребенок может не суметь как следует погоревать о родителе и в дальнейшей, взрослой, жизни может демонстрировать симптомы депрессии или неспособность вступать в близкие отношения. Как описывалось в шестой главе, интервенция в таком случае направлена на реактивацию процесса горевания; в результате чего пациенты демонстрируют смягчение симптомов и могут снова решать жизненные задачи, решение которых затормозилось.

В каком возрасте дети становятся способными горевать? Были серьезные разногласия по поводу возраста, особенно в психоаналитической школе. С одной стороны, например, Марта Вольфенштайн (Wolfenstein, 1966) считает, что дети не могут горевать, пока не достигнут полностью сформированной идентичности, что происходит к концу подросткового возраста, когда человек достигает полной дифференциации. С другой стороны, авторы вроде Эрны Фурман (Furman, 1974) занимают противоположную позицию и говорят, что дети могут горевать уже в возрасте трех лет, когда достигается константность объекта. Боулби (Bowlby, 1960) вообще считает,

что ребенок может горевать с шести месяцев.

Но есть авторы (к которым отношусь и я), занимающие третью позицию: конечно, дети горюют, и мы на самом деле нуждаемся в модели горевания, подходящей детям, вместо навязывания им взрослой модели. Ключевой момент детского горя – реакция на сепарацию. Такие реакции возникают очень рано и могут предшествовать формированию реалистичных представлений о смерти. Хотя маленькие дети демонстрируют очень похожие на горевание реакции, когда разрываются привязанности, уровень их когнитивного развития может быть недостаточным, чтобы понимать, что такое смерть. Они не могут интегрировать то, что не в состоянии понять. Чтобы полностью осознать, что такое смерть, необходимы некоторые понятия – окончательность, необратимость, причинность, неизбежность, а также наличие «конкретных операций» (Smilansky, 1987). Пиаже в результате своих исследований выдвинул предположение, что «конкретные операции» развиваются у детей только после 7-8 лет (Piaget & Inhelder, 1969).

В гарвардском исследовании детей¹, потерявших родителей, Филлис Силверман и я наблюдали 125 детей школьного возраста из 70 семей в течение двух лет после смерти родителя. Это были семьи из мест с разными демографическими характеристиками. В течение этого же периода наблюдались дети, не потерявшие родителей, соответствующие по возрасту, полу, классу в школе, религии их семьи. При этом оценивались дети, их оставшиеся в живых родители и семьи. Мы хотели изучить группу детей, чтобы увидеть, каков естественный ход процесса горевания у детей от 6 до 17 лет (Silverman, 2000; Worden, 1996).

Вот некоторые важные открытия этого исследования:

1. Большинство детей, понесших утрату (80%), к первой и второй годовщине смерти справлялись хорошо. Тем не менее 20% не справлявшихся хорошо превосходили процент детей в контрольных группах. Различия между плохо справлявшимися осиротевшими детьми и детьми из контрольной группы через 2 года были больше, чем через год, что говорит в пользу предположения, что утрата имела отсроченное действие.
2. Дети, которые справлялись хорошо, обычно жили в более сплоченных семьях, где разговоры об умершем родителе были возможны, где было меньше изменений и нарушений в повседневной жизни. В семьях, которые использовали скорее активный, чем пассивный, копинг и которые могли найти в трудной ситуации что – то позитивное, дети адаптировались к утрате лучше.

3. Дети, которые справлялись плохо, обычно жили в семьях, переживавших большее количество стрессоров и изменений в результате смерти. Оставшийся в живых родитель был молод, находился в депрессии и плохо справлялся. Эти дети демонстрировали более низкую самооценку и чувствовали себя менее способными контролировать то, что происходит в их жизни.
4. Уровень функционирования оставшегося в живых родителя был самым значимым предиктором приспособления ребенка к смерти другого родителя. Дети с плохо функционирующим родителем демонстрировали большую тревогу и депрессию, а также нарушения сна и проблемы со здоровьем.
5. В целом смерть матери влияла на большинство детей тяжелее, чем смерть отца. Это было особенно заметно на второй год переживания утраты. Смерть матери влечет за собой более значительные изменения в повседневной жизни и в большинстве случаев означает утрату человека, который эмоционально заботился о семье. Потеря матери ассоциировалась с эмоциональными и поведенческими проблемами, включая более высокий уровень тревоги, больше отыгрываний, более низкую самооценку и меньше веры в свою самоэффективность.
6. У большей части детей был выбор, идти ли на похороны или нет, и большинство из них решило идти. У детей, которые были заранее подготовлены к участию в похоронах, результаты были лучше. Способность воскрешать воспоминания о похоронах и говорить об этом со временем возрастала. Привлечение детей к планированию похорон также производило позитивный эффект, помогая им почувствовать себя важными и полезными в то время, когда многие люди переполнены чувствами.
7. Многие дети сохраняли связь с умершим родителем, разговаривая с ним, чувствуя, что он за ними следит, думая о нем, видя его в сновидениях и находя для него специальное место в своей жизни. Дети, у которых сохранялась сильная связь с умершим родителем, казались более способными выражать свою эмоциональную боль, разговаривать с людьми об этой смерти и принимать поддержку от семьи и друзей.
8. После смерти родителя дети нуждаются в трех вещах: поддержка, забота, преемственность. Предоставление всего этого может быть трудным для оставшегося в живых родителя, и особенно для отца. Горе ребенка лучше всего фасилитируется в присутствии адекватно

- реагирующего взрослого, который может удовлетворять потребности ребенка и помогать ему выражать связанные с утратой чувства.
9. Потерявшие родителей подростки часто чувствуют, что из-за утраты отличаются от своих друзей, и думают, что друзья не понимают, каково это – потерять родителя. Одна особенно уязвимая группа – девочки-подростки, чьи матери умирают и кто остается с отцом.
 10. Если родитель находит нового партнера в течение первого года после утраты, дети могут уходить в себя, появляется отыгрывание и соматические симптомы, особенно если этот родитель-отец. Помолвка или повторный брак после подобающе прошедшего периода горевания действует на детей позитивно, снижает тревогу, депрессию и беспокойство о безопасности оставшегося в живых родителя.

В этом исследовании мы выявили ряд потребностей детей, переживающих утрату. Консультанты, работающие с потерявшими родителей детьми, должны знать об этих потребностях и использовать специальные интервенции, чтобы помочь их удовлетворить (Saldinger, Porterfield & Cain, 2005; Worden, 1996).

Потерявшие родителей дети должны знать, что о них позаботятся. «Кто будет обо мне заботиться?» Этот вопрос существует в сознании большинства детей, проговаривается он или нет. Смерть родителя пробуждает раннюю детскую тревогу о том, что без родителя не выжить. В отношении совсем маленьких детей это верно, но чувство может переживаться и во взрослой жизни. В нашем исследовании через 2 года после смерти родителя половина детей выражали опасения по поводу безопасности родителя, оставшегося в живых. Детям нужно знать, что они будут в безопасности и что о них позаботятся, и этот вопрос следует обсуждать, даже если ребенок не спрашивает об этом прямо. Некоторые дети отыгрывают, чтобы проверить, заботятся ли о них, и последовательно соблюдаемая дисциплина может помочь им почувствовать себя безопаснее (Librach & O'Brien, 2011).

Потерявшие родителей дети должны знать, что это не они стали причиной смерти родителя из-за своего гнева или своих недостатков. Вопрос «Был ли я причиной случившегося?» может возникать в сознании ребенка. Дети рано узнают, что чувства могут ранить других людей. Возможность поговорить об умершем часто выявляет представление ребенка о его виновности. Особенно склонны к такому мышлению дети 4-5 лет, когда они верят в магию, думая, что обладают властью влиять на ход вещей.

Потерявшие родителей дети должны получить ясную информацию о смерти, о ее причинах и обстоятельствах. «Не случится ли это со мной?»

– думают многие дети. Некоторым нужно объяснить, как можно и как невозможно заразиться. «Если мы навестим дедушку в больнице, ты от этого не заболеешь раком». Если дети не получают понятную для них информацию, то сами сочинят историю, заполнив пробелы в знании о произошедшем, и часто эта история бывает более странной и пугающей, чем правда о случившемся. Детям нужно все объяснить словами, подходящими для их возраста. Одна мама, готовя своего ребенка к похоронам, сказала, что папино тело будет в гробу. Услышав это, ребенок с криком выбежал из комнаты. Только позже мать обнаружила, что для него тело и голова – это разные вещи. Если тело в гробу, то где же голова?

Детям нужно чувствовать себя важными участниками семейных дел. Привлечение детей к принятию решений, касающихся похорон, к участию в похоронах и поминках может быть полезным. Детей, которые никогда не были на похоронах, нужно заранее подготовить к тому, что будет происходить и что они могут увидеть. Полезно заранее найти взрослого человека, не члена семьи, который сможет побыть с маленькими детьми, если им надо будет покинуть похороны до их завершения. Если позволить детям впоследствии участвовать в принятии решений по поводу праздников и годовщин, а также посещений кладбища, то это поможет им чувствовать себя включенными в проведение семьей памятных мероприятий (Softing, 2016).

Дети, потерявшие родителей, нуждаются в сохранении прежнего образа жизни. В нашем исследовании у детей, которые справлялись лучше всего, домашний распорядок оставался прежним, насколько это было возможно: они в то же время ели, ложились спать, делали уроки и т. д. Иногда переживающие утрату взрослые не понимают, почему ребенку надо пойти поиграть, когда вся семья горюет. Им нужно напомнить, что игра помогает ребенку справляться со своими переживаниями.

Детям, потерявшим родителей, нужен кто-то, кто будет их слушать и отвечать на вопросы. Горюющие дети часто повторяют одни и те же вопросы, что фрустрирует взрослых. Дети могут хотеть увидеть, будет ли взрослый неизменно им отвечать, потому что они борются с собственными переживаниями. Некоторые вопросы могут раздражать. Старшие дети могут посмеяться над вопросом, будет ли бабушка на небе по-прежнему ходить в туалет, но взрослым следует относиться к детским вопросам с уважением.

Детям, потерявшим родителей, нужно использовать какие-то способы, чтобы помнить о них. Отличный способ сделать это – завести книгу памяти, где дети смогут собирать рисунки, рассказы, фотографии и другие предметы, напоминающие об умершем и о совместных занятиях ребенка с этим

человеком. Лучше всего, если это станет семейным делом и для этого будет заведен простой, недорогой альбом. Из своего опыта я знаю, что дети, подрастая, пересматривают книгу памяти, чтобы увидеть, каким был этот человек, и представить, каким бы он был теперь, если бы был жив.

Специалисту в области психического здоровья, работающему с детьми, потерявшими родителей, нужно знать о них несколько следующих фактов:

1. Дети действительно горюют, но отличие их переживаний от чувств взрослых обусловлено уровнем когнитивного и эмоционального развития ребенка.
2. Потеря родителя, конечно, является травмой, но сама по себе совсем не обязательно приводит к задержке развития ребенка.
3. Дети в возрасте от 5 до 7 лет – наиболее уязвимая группа. Они уже достаточно когнитивно развиты, чтобы понимать некоторые неизменные последствия смерти, но возможности копинга еще незначительны; иными словами, сила Эго и социальные навыки детей недостаточны для того, чтобы они были способны защитить себя. Эта возрастная группа требует особого внимания консультанта.
4. Также надо знать, что работа горя у ребенка может завершиться не совсем так, как у взрослого. Оплакивание детской утраты может возвращаться во взрослой жизни, когда его воскрешают важные жизненные события. Один из самых очевидных примеров – когда выросший ребенок достигает возраста, в котором умер родитель. Если это горевание вновь активизируется, оно не обязательно предвещает патологию, а просто свидетельствует о дальнейшей проработке горя.

Задачи горевания, стоящие перед взрослым, очевидно, стоят и перед ребенком, но эти задачи должны быть поняты с точки зрения ребенка и модифицированы соответственно когнитивному, личностному, социальному и эмоциональному развитию ребенка. Важно, чтобы сотрудник сферы психического здоровья разработал методы профилактики для детей, потерявших родителей. Одна из задач работы сотрудника службы психического здоровья – идентифицировать ребенка с учетом риска последующей плохой адаптации к утрате для профилактической работы с ним. Инструмент скрининга для ранней идентификации детей группы риска можно найти в книге Вордена (Worden, 1996).

ПОДХОДЫ К СЕМЕЙНЫМ ИНТЕРВЕНЦИЯМ

После смерти одного из членов семьи предложите остальным встречи: и индивидуальные, и семейные. Фокус таких семейных встреч – не только содействовать решению задач I и II, обращая особое внимание на выражение как позитивных, так и негативных чувств по отношению к умершему. Важно также и решение задачи III – идентификации тех ролей, которые умерший играл в семье, и того, как эти роли были взяты членами семьи на себя или отвергнуты. В случае смерти отца некоторые из этих ролей может взять на себя старший сын. Старший сын либо примет эту ношу, во многом подавляя себя и свои чувства, либо отступится от нее, часто фрустрируя этим мать и других родственников, которые понуждают его оправдывать их общие ожидания.

Идентификация перераспределенных ролей внутри семьи особенно полезна, когда в нее включаются дети-подростки. С ними важно обсуждать их страхи и готовность брать на себя разные дела. Тем не менее оставшемуся в живых родителю иногда бывает очень трудно самому обсуждать эти вопросы после смерти супруга. Зачастую это кончается тем, что семью начинают раздражать конфликты и препирательства, либо несколько ее членов эмоционально устраниаются. Помочь им отделить существенное от несущественного – очень важный момент в этом виде семейной терапии (Traylor, Hayslip, Kaminsky & York, 2003).

Обычно назначение ролей происходит незаметно, без слов, но иногда роль прямо отводится определенному члену семьи. В возрасте 15 лет Джерри пришел из школы и обнаружил, что дом полон соседей, окруживших его мать, которая старалась не плакать. Дядя сказал ему, что отец скоропостижно умер и что теперь «мужчиной в семье» будет Джерри. Отчасти это было обусловлено еврейской семейной традицией. Так как теперь он был «назначен» мужчиной в доме, этого мальчика, на которого сразу свалилось слишком много, уполномочили принимать решения по организации похорон, например, быть ли гробу открытым. Он смог принять эти решения, но никто в семье не знал, насколько тяжелую ответственность он ощутил из – за того, что у него был брат на 4 года младше. Эти чувства усугубились, потому что мать в этот период оказывала ему мало поддержки. И только уже будучи взрослым 30-летним мужчиной, Джерри осознал, насколько деструктивной была эта ситуация на протяжении всех лет его отношений с братом, и смог рассказать, как тяжела была для него эта ноша.

Когда Джерри в конце концов признался в этом матери, она сказала, что он не несет ответственности, и тем самым освободила его от груза. Вскоре после этого, благодаря терапии, он сумел увидеть, как это чувство сверхответственности за брата повлияло на его отношения с женщинами:

его включенность в эти отношения была ограниченной. Джерри сомневается, что он смог бы обрести такие удовлетворяющие его отношения, какие у него есть сейчас, если бы этот паттерн не был преодолен. Никто, включая самого пациента, не обвиняет дядю и не думает, что у него был злой умысел, просто это было слишком тяжелое наследство для пятнадцатилетнего мальчика, и этот случай лишний раз подчеркивает необходимость разговора с детьми об их чувствах и фантазиях, когда в семье кто-то умирает.

Теме семейных ролей родственна тема семейных альянсов. В любой семейной ситуации формируются различные диадные альянсы. Обычно они служат потребностям членов семьи во власти. Они также служат укреплению семейного самоуважения. Каждый, кто изучает семьи с точки зрения социометрии, может изобразить эти очень важные союзы в виде диаграммы. Когда важный член семьи умирает, нарушая равновесие семейной группы, должны возникнуть новые альянсы. Маневры, используемые для создания этих новых альянсов, могут создать в семье значительное напряжение и дистресс.

Боуэн (Bowen, 1978) предполагает, что многие диадные отношения становятся триангулярными для того, чтобы частично избавиться от тревоги и напряжения диадных отношений. Когда кто-то умирает, появляется необходимость в изменении и восстановлении баланса семейных треугольников. Различные ранее сформированные альянсы теперь должны быть перестроены. Но если замена не находится, обделенный член семьи может стремиться к гомеостазу, используя социальное неблагополучие, физическую или эмоциональную болезнь (Kuhn, 1977; McBride & Simms, 2001).

Другая проблема, возникающая в семьях, где кто-то умер, – нахождение козла отпущения. В этой книге мы неоднократно рассматривали проблему гнева и то, какую важную роль для горюющих играет использование различных способов обращения с ним. Одним из способов неэффективного управления гневом является смещение, а одним из наименее эффективных способов управления гневом с помощью смещения в семье является стремление найти козла отпущения: один из членов семьи становится мишенью для негодования, обвинений и злости в случае чьей-то смерти. Иногда козлом отпущения становится один из младших и наиболее уязвимых членов семьи. Я видел шестилетнюю девочку, чья мать обвинила ее в смерти брата-младенца и отправила жить к родственникам.

Как и отдельные люди, семьи, переживающие утрату, борются за придание утрате смысла, и это является важной характеристикой семейного горевания. Смысл предельно важен, он определяет то, как горюют семьи (Sedney, Baker & Gross, 1994). Надо (Nadeau, 1998) в своей замечатель-

ной книге по этой теме предлагает консультантам слушать клиентов и поощрять их к рассказыванию своих историй. Так консультант может войти в мир горящих семей и быть с ними в моменты сильной боли, разговаривая и слушая, фасилитируя их поиск смысла таким образом, чтобы они могли продолжать жить.

Наконец, семейная терапия может обратиться к воздействию незавершенного горевания на дальнейшую жизнь внутри семьи и взаимодействие в ней. Неполное горевание – это попытка защититься от дальнейших утрат и разочарований, и этот способ может неосознанно передаваться другим членам семьи, особенно детям. Чтобы это преодолеть, психиатр Норман Пол и его коллеги разработали методику, называемую «действующее горевание» (*operational mourning*), и использовали ее в совместной семейной терапии (Paul, 1986; Paul & Grosser, 1965).

Действующее горевание включает индуцирование реакции горя посредством прямого вопроса члену семьи о его реакциях на реальные понесенные семьей утраты. Затем других присутствующих членов семьи просят поговорить о чувствах, которые у них вызвало наблюдение реакции горя у говорившего. Таким образом, дети, часто в первый раз в жизни, наблюдают, как их родители выражают сильные эмоции. Это дает терапевту возможность подтвердить нормальность таких чувств. Кроме того, это дает терапевту возможность рассмотреть эпизодические угрозы покинуть ребенка со стороны родителя или другого родственника, которые оказали важное влияние на жизнь семьи. В эти периоды активизируемого горевания членам семьи помогают поделиться опытом своих переживаний и отреагировать с эмпатией на чувства, выражаемые другими членами семьи. Используя эту процедуру, Пол встречает огромное сопротивление и отрицание со стороны части семьи, но если это сопротивление преодолевается, интервенция действует очень благотворно.

ГОРЕ И ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

Еще один аспект, влияющий на семейные системы, – растущее в обществе число горящих пожилых людей. Хотя максимальный возраст человека в последнее время не увеличился, количество людей, которым за 70 и за 80, выросло, и будет продолжать расти в XXI веке. В связи с этим увеличилось количество пожилых людей, переживших утрату, особенно потерю супруга. Из четырех женщин три становятся вдовами. (В 1998 году в США было 7,8 миллионов овдовевших женщин 65 лет и старше и 1,5 мил-

лиона овдовевших мужчин) Хотя процесс горевания определяется медиаторами, уже описанными в третьей главе, некоторые характеристики горя пожилых людей заслуживают того, чтобы их выделить (Moss, Moss & Hansson, 2001).

Зависимость друг от друга

Многие пожилые вдовы и вдовцы находились в браке долгое время, а это приводит к глубокой привязанности и закреплению семейных ролей. В любом браке есть взаимная зависимость. Тем не менее в этих самых длительных браках супруги могут стать в высшей степени зависимыми друг от друга. Иногда до такой степени, что овдовевший оказывается также в высшей степени зависимыми от ролей и действий партнера, а это затрудняет приспособление к утрате, особенно решение задачи III (Ott, 2007). Паркс (Parkes, 1992) замечает, что умерший часто является тем человеком, который раньше помогал оставшемуся в живых преодолевать кризисы. Поэтому оставшиеся в живых часто обращаются к тому, кого рядом нет.

Множественные утраты

С возрастом растет количество умерших друзей и членов семьи. Из-за этого увеличившегося за короткий период времени количества утрат человек может оказаться переполненным чувствами и не способным горевать. Одновременно с потерей друзей, родственников и членов семьи стареющий человек может переживать и другие утраты: потерю работы, привычного окружения, привычного состава семьи, физической силы (вплоть до инвалидности), остроты ощущений, а некоторые люди – и утрату интеллектуального функционирования. Все эти изменения, добавляющиеся к потерям вследствие смерти, должны быть оплаканы. Но способность человека горевать может снизиться вследствие такого количества потерь за короткий период времени (Carr, Nesse & Wortman, 2006). В исследовании было одно обнадеживающее замечание: вдовы, имевшие инвалидность до смерти супруга, были удивительно жизнестойкими, справляясь с его смертью, в сравнении с контрольной группой женщин, не переживших утрату (Telonidis, Lund, Caserta, Guralnik & Pennington, 2005).

Осознание собственной смертности

Переживание смерти ровесников, таких как супруги, друзья или сиблинги, может обострить осознание собственной смертности. Этот рост осознания личной смертности может привести к экзистенциальной тревоге (Worden, 1976). Консультантам нужно быть готовыми обсуждать переживание горяющим человеком собственной смертности и исследовать, до какой степени это осознание может быть мучительным (Fry, 2001).

Одиночество

Многие овдовевшие старики живут одни. Исследование (Lopata, 1996) показывает, что более молодые вдовы и вдовцы после утраты чаще переезжают, а те, кто старше, чаще остаются в доме, где жили до утраты. Жизнь без супруга может привести к сильному переживанию своего одиночества, которое особенно усиливается, если человек продолжает жить там, где он жил вместе с ушедшим. Ван Баарсен, Ван Дуин, Смит, Снейдерс и Книпшеер (Van Baarsen, Van Duijn, Smit, Snijders & Knipscheer, 2001) различают социальное одиночество и эмоциональное одиночество, причем последнее особенно устойчиво в старости. Существуют свидетельства того, что люди, жившие в гармоничных браках, после потери супруга более всех чувствуют эмоциональное одиночество (Grimby, 1993). Многие старики не могут продолжать жить в одиночестве после смерти супругов, им может потребоваться уход в медицинском учреждении. Ряд отдельных фактов свидетельствует, что существует высокая степень риска смерти в тех случаях, когда стариков принуждают покидать свои дома после смерти их супругов.

Приспособление к ролям

Утрата супруга и ее воздействие на повседневную жизнь может быть более разрушительной для пожилых мужчин, чем для женщин. Многим мужчинам приходится осваивать новые роли, особенно ведение домашнего хозяйства, и им приходится приспосабливаться к этим ролям. Когда женщина теряет мужа, это часто бывает для нее не столь деструктивно, в том смысле, что в ведении домашнего хозяйства она может полагаться на себя. Существуют такие консультативные интервенции, как формирование навыков, которые могут быть полезны в работе с овдовевшими пожилыми людьми, особенно с мужчинами.

Группы поддержки

Группы поддержки для горюющих могут быть полезны в любом возрасте, но они особенно важны для стариков, которые имеют мало социальной поддержки и о чьей изоляции много говорят (Cohen, 2000; Moss et al., 2001). Группы поддержки могут предложить важный человеческий контакт тем, кто сильно страдает от социального одиночества. Проводя одно исследование, Ланд, Даймонд и Джуретич (Lund, Dimond & Juretic, 1985) обнаружили, что старики, как мужчины, так и женщины, хотели бы участвовать в группах поддержки. Те, кто потеряли главного человека, которому они доверяли, и более депрессивные и менее удовлетворенные жизнью, те, кто чувствует, что плохо справляется, больше всего хотели участвовать в группе поддержки. В подобных группах больше хотели участвовать те, кому от 50 до 69, чем те, кто старше. Следует отметить, что ощущение поддержки до и после смерти близкого может быть важнее, чем объективно измеряемые характеристики социального окружения в плане оценки удовлетворенности поддержкой (Feld & George, 1994).

Прикосновение

Другая полезная интервенция – прикосновение. Многие мужчины и женщины, и особенно мужчины, которые были в браке длительное время, а потом остались одни, сильно нуждаются в том, чтобы к ним прикасались. С тех пор как они остались одни, им трудно удовлетворить эту потребность. Консультант, который чувствует себя комфортно, используя физический контакт, может включить прикосновения в работу с горюющими стариками. Однако каждый раз, когда прикосновение используется в терапевтических целях, консультанту нужно ясно представлять, насколько это уместно, хочет ли человек, чтобы к нему прикасались, готов ли он к этому.

Воспоминания

Другая интервенция – стимулирование воспоминаний, которые характерны для пожилых людей, в терапии тех, кто переживает утрату. Воспоминания иногда называют обзором жизни. Процесс воспоминания возникает естественно и ведет человека к постепенному осознанию прошлого опыта, и особенно к пробуждению неразрешенных конфликтов. Общеизвестно, что у стареющего человека воспоминания выполняют адаптационную функцию и не являются признаком снижения интеллекта.

Сиблинги часто могут служить основным ресурсом для обзора жизни, потому что обычно являются теми людьми, с которыми старики нахо-

дятся в самых длительных отношениях. Однако чем старше человек становится, тем меньше возможность того, что его сиблинги тоже живы (Haas, Gold & Peiper, 1997).

Воспоминания помогают сохранять идентичность. Даже если человек потерял тех, кого он любит, в памяти представления об этих людях остаются. С помощью процесса воспоминания прошлое может быть вновь переработано. Когда консультант предлагает клиенту вспоминать, это часто производит целительный эффект, особенно при утрате супруга. Старики никогда по – настоящему не теряют умершего, потому что многое из того, что представлял собой умерший, интернализировано и остается важным в настоящее время (Moss et al., 2001). В последние годы мы поняли важность связей, сохраняющихся с умершим с помощью их внутренних репрезентаций (Klass, Silverman & Nickman, 1996). (См. задачу IV во главе 2.)

Обсуждение переезда

Консультант может помочь пожилым людям решить, хотят ли они покинуть свой дом. Это решение, конечно, зависит от способности человека себя обслуживать. Тем не менее никогда не следует недооценивать важность дома, где горюющий, возможно, жил долго и который может иметь для старика огромное значение. Переезд из этого дома может обеднить представление человека о самом себе и ослабить связь с умершим супругом. Возможность остаться в своем доме дает пожилым людям ощущение самоконтроля и дает им место, где они могут вспоминать милое сердце прошлое.

Формирование навыков

Некоторые из горюющих стариков могут начать слишком зависеть от своих взрослых детей. Хотя эти люди пережили утрату, у них есть способность развивать новые навыки, и посредством этого они могут получить пользу от самоуважения, которое приходит с овладением навыками. Одна пожилая вдова постоянно вызывала своих детей, чтобы они приходили к ней в дом и чинили неисправные вещи, например печь, даже если эта починка требовалась посреди ночи. В течение некоторого времени дети были рады помочь, но вскоре им стало ясно, что матери нужно научиться самой вызывать электрика и решать вопросы, которые решал бы ее муж, если бы был жив. Она сильно сопротивлялась этому предложению, и ей казалось, будто дети ее отвергают. Однако в конце концов здравый смысл взял верх,

и когда она научилась-таки решать некоторые бытовые вопросы, то почувствовала удовлетворение от овладения этими навыками. Консультанту нужно помнить, что владение навыками и самоуважение взаимосвязаны, и это также верно в отношении пожилых людей, в том числе овдовевших. Но приспособление требует времени. Паркс (Parkes, 1992) напоминает нам о том, что и процесс горевания, и усвоение новых навыков занимают время, так что может потребоваться период зависимости от других, чтобы пожилые люди освоили этот переходный этап. В любой дискуссии по поводу понесших утрату пожилых людей важно помнить, что исследование показало: переживаемый этой группой населения стресс сильнее всего перед смертью супруга и после нее. Чаще всего так происходит, если человек был основным заботящимся лицом для умершего супруга. Если это так, то консультант может захотеть начать интервенции пораньше, а не ждать, когда наступит смерть супруга.

Хотя обычно центральным вопросом при обсуждении утрат в пожилом возрасте бывает потеря супруга, старики часто переживают и другие смерти в семье, в том числе смерть сиблингов и внуков. В последнем случае поддержка переживающих утрату обычно предлагается родителям, а бабушка и бабушка с их горем часто остаются в стороне.

Не следует думать, что все понесшие утрату пожилые люди нуждаются в консультировании. Касерта и Ланд (Caserta & Lund, 1992) обнаружили, что многие переживающие утрату старики демонстрируют значительную жизнестойкость. Лучше справляются те, у кого больше уверенности в себе, оптимизма, самоэффективности и самоуважения. Я бы добавил к этому, что у них также лучше состояние здоровья. Работая с пожилыми людьми, как и с другими возрастными группами, важно помнить, что не существует ни одинакового для всех опыта горя, ни одинакового для всех способа с ним справляться (Bennett & Bennett, 2000). Помните изречение Олпорта: «Каждый человек отличается от всех остальных людей»!

СЕМЕЙНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Прежде чем закончить эту главу о горе и семейной системе, я хочу подчеркнуть две вещи. Во – первых, важно признать, что все члены семьи не будут решать одну и ту же задачу одновременно. Отдельные члены семьи будут работать над задачами в собственном темпе и каждый по – своему. Например, может быть так, что переживание утраты у пожилых займет много времени. Можно сказать, что в некотором смысле оно и не закончит-

ся. Миллер и коллеги (Miller et al., 1994) говорят о «бессрочной привязанности» к умершему. Некоторые пожилые люди, и особенно «старые-престарые», могут находиться на такой стадии своей жизни, когда для них лучше всего укреплять свои воспоминания и черпать в них поддержку в течение всех оставшихся лет жизни.

Нужно объяснять семьям, что не стоит торопить человека на его пути переживания горя. Недавно я разговаривал с женщиной, чей отец умер за четыре месяца до нашей беседы. Ее очень расстраивало, что мать продолжает подолгу плакать. Я попытался помочь ей понять, что это естественно, и со временем мать, вероятно, будет плакать меньше.

Второе важное замечание заключается в том, что отдельные члены семьи иногда будут неохотно приходить на консультирование вместе со всей семьей. Но консультанту важно привлечь к участию в сессиях всю семью, даже столкнувшись с таким сопротивлением. Я считаю, что хотя бы одну сессию семье необходимо посетить в полном составе. Тогда я смогу увидеть, как взаимодействует семья как целое и как каждый человек влияет на других. Когда консультант сможет оценить чувства каждого из членов семьи, вероятность того, что консультирование будет эффективным и равновесие восстановится, возрастает.

Если члены семьи не хотят приходить на сессии, консультант может использовать теорию семейных систем в индивидуальной работе с клиентом. Блок (Block, 1991) напоминает, что дело не в количестве людей в офисе консультанта, а в том, помогает ли консультант клиенту понимать динамику семьи так, чтобы он мог передать это другим важным фигурам в семейной системе.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- Как в вашей собственной семье переживались (или игнорировались) умирание, смерть и горевание? В каких из приведенных в данной главе примеров вы больше всего узнаете свою семью?
- Как смерть ребенка переживается бабушками и дедушками? Что мы как специалисты можем предложить им, чтобы помочь бабушкам и дедушкам, а также остальным членам семьи, пережить утрату?
- Несколько страниц в тексте данной главы посвящены основным находкам Гарвардского исследования детей школьного возраста, переживающих утрату родителя. Какие из этих находок удивили вас больше всего?
- Придумайте и запишите несколько открытых вопросов, которые помогли бы членам семьи поделиться рассказом об умершем члене семьи и своих переживаниях, связанных с гореванием. Примеры: Чего, связанного с ним, тебе больше все не хватает сейчас? Расскажите мне о каком-нибудь хорошем выходном дне, проведенном вместе, когда он был еще жив?
- Какие из трудностей горевания пожилых людей вам кажутся наиболее значимыми? В связи с тем, что количество пожилых людей увеличивается, какие программы или методы работы может предложить для того, чтобы оказывать помощь этим группам людей?

ЛИТЕРАТУРА:

Aho, A. A., Tarkka, M., Astedt–Kurki, P., Sorvari, L., & Kaunonen, M. (2011). Evaluating a bereavement follow–up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child–A pilot study. *Death Studies*, 35, 879–904. doi:10.1080/07481187.2011.553318

Albuquerque, S., Pereira, M., & Narcisco, I. (2015). Couple’s relationship after the death of a child: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1–24. doi:10.1007/s10826–015–0219–2

Bennett, K. M., & Bennet, G. (2000). “And there’s always this great hole inside that hurts”: An empirical study of bereavement in later life. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 42, 237–251. doi:10.2190/C4LA–41F9–71GB–KR61

Biank, N. M., & Werner–Lin, A. (2011). Growing up with grief. Revisiting the death of a parent over the life course. *OMEGA–Journal of Death and Dying*, 63, 271–290. doi:10.2190/OM.63.3.e

Bloch, S. (1991). A systems approach to loss. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 471–480. doi:10.3109/00048679109064440

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York, NY: Aronson.

Bowen, M. (2004). Family reaction to loss. In F. Walsh & M. McGoldrick (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (2nd ed., pp. 47–60). New York, NY: W. W. Norton.

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9–52. doi:10.1080/00797308.1960.11822566

Boyd–Webb, N. (2011). Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychology International*, 32, 132–143. doi:10.1177/0143034311400832

Brice, C. W. (1991). Paradoxes of maternal mourning. *Psychiatry*, 54, 1–12. doi:10.1080/00332747.1991.11024526

Buckle, J., & Flemming, S. (2011). *Parenting after the death of a child: A practitioner’s guide*. New York, NY: Routledge.

Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. (Eds.). (2006). *Spousal bereavement in late life*. New York, NY: Springer Publishing.

Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1993). Intrapersonal resources and the effectiveness of self–help groups for bereaved older adults. *Gerontologist*, 33, 619–629. doi:10.1093/geront/33.5.619

Caserta, M. S., Lund, D. A., & Obray, S. J. (2004). *Promoting self–care*

and daily living skills among older widows and widowers: Evidence from the Pathfinders demonstration project. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 49, 217–236. doi:10.2190/9BH0–N565–Y40G–QDN9

Cohen, M. (2000). Bereavement groups with the elderly. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 33–41. doi:10.1300/J288v01n02_05

The Compassionate Friends. (2006). When a child dies: A survey of bereaved parents. Retrieved from <http://compassionatefriends.net>

Cook, J. A. (1988). Dad's double binds: Rethinking father's bereavement from a men's studies perspective. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17, 285–308. doi:10.1177/089124188017003003

Davies, B. (1999). *Shadows in the sun: The experiences of sibling bereavement in childhood*. New York, NY: Taylor & Francis.

Davies, B., Gudmundsdottir, M., Worden, J. W., Orloff, S., Sumner, L., & Brenner, P. (2004). "Living in the dragon's shadow": Fathers' experiences of a child's life-limiting illness. *Death Studies*, 28, 111–135. doi:10.1080/07481180490254501

Davies, B., Spinetta, J., Martinson, I., & Kulenkamp, E. (1986). Manifestations of levels of functioning in grieving families. *Journal of Family Issues*, 7, 297–313. doi:10.1177/019251386007003005

Doka, K., & Martin, T. (2010). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn* (Rev. ed.). New York, NY: Routledge.

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2013). Complicated grief in children – The perspectives of experienced professionals. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 67, 291–303. doi:10.2190/OM.67.3.c

Dyregrov, A., & Gjestad, R. (2012). Losing a child: The impact on parental sexual activity. *Bereavement Care*, 31, 18–24. doi:10.1080/02682621.2012.654689

Feld, S., & George, L. K. (1994). Moderating effects of prior social resources on the hospitalizations of elders who become widowed. *Journal of Aging and Health*, 6, 275–295. doi:10.1177/089826439400600301

Fry, P. S. (2001). The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss. *Gerontologist*, 41, 69–81.

Furman, E. (1974). *A child's parent dies: Studies in childhood bereavement*. New Haven, CT: Yale.

Gajdos, K. C. (2002). The intergenerational effects of grief and trauma. *Illness Crisis & Loss*, 10, 304–317. doi:10.1177/105413702236514

Gilbert, K. R. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20, 269–283.

doi:10.1080/07481189608252781

Gilrane – McGarry, U., & O’Grady, T. (2011). Forgotten griever: An exploration of the grief experiences of bereaved grandparents. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(4), 170 – 176. doi:10.12968/ijpn.2011.17.4.170

Gilrane – McGarry, U., & O’Grady, T. (2012). Forgotten griever: An exploration of the grief experiences of bereaved grandparents (part 2). *International Journal of Palliative Nursing*, 18(4), 179 – 187. doi:10.12968/ijpn.2012.18.4.179

Greiff, A., & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *American Journal of Family Therapy*, 32, 27 – 42. doi:10.1080/01926180490255765

Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: Grief reactions, post – bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 72 – 80. doi:10.1111/j.1600 – 0447.1993.tb03332.x

Hays, J. C., Gold, D. T., & Peiper, C. F. (1997). Sibling bereavement in late life. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 35, 25 – 42. doi:10.2190/YE89 – 2GU8 – C8U3 – MRNX

Hayslip, B., & White, D. (2008). The grief of grandparents. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 441 – 460). Washington, DC: American Psychological Association.

Henoch, I., Berg, C., & Benkel, I. (2016). The shared experience help the bereavement to flow: A family support group evaluation. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33, 959 – 965. doi:10.1177/1049909115607204

Hogstel, M. O. (1985). Older widowers: A small group with special needs. *Geriatric Nursing*, 6, 24 – 26.

Howell, K., Shapiro, D., Layne, C., & Kaplow, J. (2015). Individual and psychosocial mechanisms of adaptive functioning in parentally bereaved children. *Death Studies*, 39, 296 – 306. doi:10.1080/07481187.2014.951497

Johnson, S. (1984). Sexual intimacy and replacement children after the death of a child. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 15, 109 – 118. doi:10.2190/RXB2 – 9JGG – R9KC – Q1W7

Kim, J., & Hicks, J. (2015). Parental bereavement and the loss of purpose in life as a function of interdependent self – construal. *Frontiers in Psychology*, 6, 1078. doi:10.3389/fpsyg.2015.01078

Kissane, D., & Bloch, S. (2002). *Family focused grief therapy*. Birmingham, UK: Open University Press.

Kissane, D., & Bloch, S. (2004). *Family focused grief therapy: A model of familycentred care during palliative care and bereavement*. Birmingham, UK:

Open University Press.

Kissane, D., & Lichtenthal, W. (2008). Family focused grief therapy: From palliative care into bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 485–510). Washington, DC: American Psychological Association.

Kissane, D. W., McKenzie, M., & Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1208–1218. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1208

Klass, D. (1986–1987). Marriage and divorce among bereaved parents in a self-help group. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 17, 237–249. doi:10.2190/T8L3–UVD8–J2RD–TLLB

Klass, D. (1988). *Parental grief: Solace and resolution*. New York, NY: Springer Publishing.

Klass, D., & Marwit, S. J. (1989). Toward a model of parental grief. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 19, 31–50. doi:10.2190/BVUR–67KR–F52F–VW35

Klass, D., Silverman, P., & Nickman, S. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. New York, NY: Routledge.

Kuhn, J. S. (1977). Realignment of emotional forces following loss. *Family*, 5, 19–24.

Lang, A., Gottlieb, L. N., & Amsel, R. (1996). Predictors of husbands' and wives' grief reactions following infant death: The role of marital intimacy. *Death Studies*, 20, 33–57. doi:10.1080/07481189608253410

Lebow, J. L. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Legg, C., & Sherick, I. (1976). The replacement child: A developmental tragedy. *Child Psychiatry & Human Development*, 7, 113–126. doi:10.1007/BF01464035

Librach, S. L., & O'Brien, H. (2011). Supporting children's grief within an adult and pediatric palliative care program. *Journal of Supportive Oncology*, 9, 136–140.

Littlewood, J. L., Cramer, D., Hoekstra, J., & Humphrey, G. B. (1991). Gender differences in parental coping following their child's death. *British Journal of Guidance and Counselling*, 19, 139–148. doi:10.1080/03069889108253598

Lopata, H. (1996). Widowhood and husband sanctification. In D. Klass, P. R. Silverman, & S. Nickman (Eds.), *Continuing bonds* (pp. 149–162). New York, NY: Routledge.

Lund, D. A., Dimond, M. F., & Jurelich, M. (1985). Bereavement support groups for the elderly: Characteristics of potential participants. *Death Studies*, 9, 309–321. doi:10.1080/07481188508252526

Marwit, S. J., & Klass, D. (1995). Grief and the role of the inner representation of the deceased. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 30, 283–298. doi:10.2190/PEAA-P5AK-L6T8-5700

McBride, J., & Simms, S. (2001). Death in the family: Adapting a family systems framework to the grief process. *American Journal of Family Therapy*, 29, 59–73. doi:10.1080/01926180126032

Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 235–241. doi:10.3109/00048679809062734

Miles, M. S., & Crandall, E. K. B. (1983). The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. *Health Values*, 7, 19–23. doi:10.1007/978-1-4684-7021-5_17

Miles, M. S., & Demi, A. S. (1984). Toward the development of a theory of bereavement guilt: Sources of guilt in bereaved parents. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 14, 299–314. doi:10.2190/F8PG-PUN4-8VW6-REWQ

Miller, M. D., Frank, E., Cornes, C., Imber, S. D., Anderson, B., Ehrenpreis, L., Reynolds, C. F., III. (1994). Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 149–162.

Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 241–260). Washington, DC: American Psychological Association.

Nadeau, J. W. (1998). *Families making sense of death*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Nadeau, J. W. (2001). Meaning making in family bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 329–347). Washington, DC: American Psychological Association.

Nadeau, J. W. (2008). Meaning-making in bereaved families: Assessment, intervention, and future research. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 511–530). Washington, DC: American Psychological Association.

Nehari, M., Grebler, D., & Toren, A. (2007). A voice unheard: 292

- Grandparents' grief over children who died of cancer. *Mortality*, 12, 66–78. doi:10.1080/13576270601088475
- Nehari, M., Grebler, D., & Toren A. (2008). The silent grief: Grandparents of children who died of cancer. *Bereavement Care*, 27, 51–54. doi:10.1080/02682620808657728
- Ott, C. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 332–341. doi:10.1097/01.nmd.0000243890.93992.1e
- Parkes, C. M. (1992). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 45–51. doi:10.1017/S0959259800002999
- Paul, N. L. (1986). The paradoxical nature of the grief experience. *Contemporary Family Therapy*, 8, 5–19. doi:10.1007/BF00891830
- Paul, N. L., & Grosser, G. H. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. *Community Mental Health Journal*, 1, 339–345. doi:10.1007/BF01434390
- Piaget J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York, NY: Basic Books.
- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 709–718. doi:10.1023/A:1007870419116
- Poznanski, E. O. (1972). The “replacement child”: A saga of unresolved parental grief. *Journal of Pediatrics*, 81, 1190–1193.
- Price, J., & Jones, A. (2015). Living through the life-altering loss of a child: A narrative review. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38, 222–240. doi:10.3109/01460862.2015.1045102
- Reed, M. L. (2000). *Grandparents cry twice*. Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Reid, M. (1992). Joshua—life after death: The replacement child. *Journal of Child Psychotherapy*, 18, 109–138. doi:10.1080/00754179208259374
- Reilly, D. M. (1978). Death propensity, dying, and bereavement: A family systems perspective. *Family Therapy*, 5, 35–55.
- Riley, L. P., LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., & Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies*, 31, 277–299. doi:10.1080/07481180601152591
- Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies*, 30, 677–696. doi:10.1080/07481180600776093
- Roose, R. E., & Blandford, C. R. (2011). Perinatal grief and support spans the generations: Parents' and grandparents' evaluations of an intergenerational

perinatal bereavement program. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25, 77–85. doi:10.1097/JPN.0b013e318208cb74

Rosen, E. J. (1990). *Families facing death*. New York, NY: Lexington.

Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34, 99–136. doi:10.1080/07481180903492422

Rossetto, K. (2015). Bereaved parents' strategies and reactions when supporting their surviving children. *Western Journal of Communication*, 79, 533–554. doi:10.1080/10570314.2015.1079332

Rotter, J. (2000). Family grief and mourning. *Family Journal Counseling & Therapy for Couples & Families*, 8, 275–277. doi:10.1177/1066480700083010

Saldinger, A., Porterfield, K., & Cain, A. (2005). Meeting the needs of parentally bereaved children: A framework for child-centered parenting. *Psychiatry*, 67, 331–352. doi:10.1521/psyc.67.4.331.56562

Sanders, C. (1979). A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 10, 303–322. doi:10.2190/X565–HW49–CHR0–FYB4

Sandler, I. N., Ma, Y., Tein, J. Y., Ayers, T. S., Wolchik, S., Kennedy, C., & Millsap, R. (2010). Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 131–143. doi:10.1037/a0018393

Sandler, I. N., Tein, J., Cham, H., Wolchik, S., & Ayers, T. (2016). Long-term effects of the family bereavement program on spousally bereaved parents: Grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy. *Development and Psychopathology*, 28, 801–818. doi:10.1017/S0954579416000328

Schumacher, J. D. (1984). Helping children cope with a sibling's death. In J. C. Hansen & T. Frantz (Eds.), *Death and grief in the family* (pp. 82–94). Rockville, MD: Aspen.

Schwab, G. (2009). Replacement children: The transgenerational transmission of traumatic loss. *American Imago*, 66, 277–310. doi:10.1057/9780230354241_2

Schwab, R. (1996). Gender differences in parental grief. *Death Studies*, 20, 103–113. doi:10.1080/07481189608252744

Sedney, M. A., Baker, J. E., & Gross, E. (1994). "The story" of a death: Therapeutic considerations with bereaved families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 287–296. doi:10.1111/j.1752–0606.1994.tb00116.x

Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children's lives*.

New York, NY: Oxford University Press.

Smilansky, S. (1987). *On death: Helping children understand and cope*. New York, NY: Peter Lang.

Søfting, G. H., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2016). Because I'm also part of the family. Children's participation in rituals after the loss of a parent or sibling: A qualitative study from the children's perspective. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 73, 141 – 158. doi:10.1177/0030222815575898

Spahni, S., Bennett, K. M., & Perrig – Chiello, P. (2016). Psychological adaptation to spousal bereavement in old age: The role of trait resilience, marital history, and context of death. *Death Studies*, 40, 182 – 190. doi:10.1080/07481187.2015.1109566

Spahni, S., Morselli, D., Perrig – Chiello, P., & Bennett, K. M. (2015). Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age. *Gerontology*, 61, 456 – 468. Retrieved from <https://www.karger.com/Article/FullText/371444>

Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra – interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 873 – 879. doi:10.1177/1745691615598517

Telonidis, J. S., Lund, D. A., Caserta, M. S., Guralnik, J. M., & Pennington, J. L. Jr. (2005). The effects of widowhood on disabled older women. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 50, 217 – 235. doi:10.2190/HBMW – 64C0 – 1VLW – QP40

Traylor, E., Hayslip, B., Jr., Kaminski, P., & York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: A cross lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, 27, 575 – 601. doi:10.1080/07481180302897

Van Baarsen, B., Van Duijn, M., Smit, J., Snijders, T., & Knipscheer, K. (2001). Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 44, 5 – 36. doi:10.2190/PDUX – BE94 – M4EL – 0PDK

Vess, J., Moreland, J., & Schwebel, A. (1986). Understanding family role reallocation following a death: A theoretical framework. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 16, 115 – 128. doi:10.2190/8DE3 – UHG5 – TUHV – QKK2

Walsh, F. & McGoldrick, M. (2004). *Living beyond loss: Death in the family* (2nd ed.). New York, NY: W. W. Norton.

Werner – Lin, A., & Biank, N. (2012). Holding parents so they can hold their children: Grief work with surviving spouses to support parentally bereaved children. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 66, 1 – 16. doi:10.2190/OM.66.1.a

Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51 – 66. doi:10.1080/07481180126147

Wijngaards – de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617 – 623. doi:10.1037/0022 – 006X.73.4.617

Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 93 – 123. doi:10.1080/00797308.1966.11823254

Worden, J. W. (1976). *Personal death awareness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Worden, J. W. (1996). Tasks and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 2, 73 – 80. doi:10.1002/(SICI)1520 – 6572(199624)2:4<73::AID – SESS7>3.0.CO;2 – 9

Worden, J. W., Davies, B., & McCown, D. (2000). Comparing parent loss with sibling loss. *Death Studies*, 23, 1 – 15. doi:10.1080/074811899201163

Worden, J. W., & Monahan, J. (2009). Caring for bereaved parents. In A. Armstrong – Daily & S. Goltzer (Eds.), *Hospice care for children* (3rd ed., pp. 137 – 146). New York, NY: Oxford University Press.

ГЛАВА 9. СОБСТВЕННОЕ ГОРЕ КОНСУЛЬТАНТА

Консультирование горя представляет собой особый вызов собственному психическому здоровью того, кто работает в сфере психического здоровья. Большинство из нас идет в профессии, связанные со сферой психического здоровья, чтобы принести пользу людям, которые приходят к нам за помощью, но в опыте горя есть нечто, препятствующее нашей способности помогать. Боулби (Bowlby, 1980) затрагивает эту тему, когда пишет: *«Утрата любимого человека – одно из самых сильных болезненных переживаний, какие может испытывать человек. Это не только больно переживать самому, это также больно наблюдать, хотя бы потому, что мы бессильны помочь»* (с. 7).

Паркс (Parkes, 1972) повторяет эту мысль, когда пишет: *«Боль в этом случае обязательно будет, и ее невозможно избежать. Она происходит из осознания обеими сторонами, что ни один не может дать другому то, что тот хочет. Консультант не может вернуть умершего, а горюющий не может порадовать консультанта и выглядеть как человек, которому помогли»* (с. 175).

Из-за переживания горя нам трудно быть или чувствовать себя полезными человеку, понесшему утрату, поэтому консультант легко может почувствовать фрустрацию и гнев. Или консультанту может быть настолько некомфортно видеть боль другого человека, что этот дискомфорт заставит его прервать консультирование (Hayes, Yeh & Eisenberg, 2007).

Помимо того что это бросает вызов нашей способности быть полезными, опыт утраты у других людей затрагивает лично консультанта как минимум трояким образом. Во-первых, работа с горюющими может напоминать нам, и иногда очень болезненно, о наших собственных утратах. Это особенно касается тех случаев, когда утрата, переживаемая горюющим человеком, подобна утратам, которые были в нашей жизни. Если утрата в жизни консультанта не получила адекватного разрешения, она может препятствовать значимым и полезным интервенциям. Если она была адекватно интегрирована, опыт консультанта с такой утратой может стать благотворным и полезным в работе с клиентом. Консультанты, потерявшие супругов из-

за смерти или развода, если утрата совсем недавняя, могут найти очень трудной, а то и невозможной работу с человеком, пережившим подобную утрату. Тем не менее, если этот консультант прошел через собственное переживание утраты и после нее хорошо адаптировался, это может быть полезным для консультативных интервенций. *«Лечение переживающих утрату должно рождаться из сострадания, основанного на понимании общечеловеческой уязвимости перед лицом утраты»* (Simos, 1979, с. 177).

Вторая область, где горе может мешать работе, – собственный страх утраты у консультанта. Все работающие в этой области переживали в своей жизни утраты, но мы также приходим на консультативную сессию с предчувствием будущих потерь: наших родителей, детей, партнеров. Обычно это предчувствие слабо осознается. Тем не менее, если переживаемая клиентом утрата похожа на ту, которой мы опасаемся, это чувство может мешать эффективным консультативным отношениям (Saunders & Valente, 1994).

Например, если консультант чрезмерно тревожится о жизни своих детей и эта тревога выражается в гиперопеке, ему может быть очень трудно работать с клиентом, чей ребенок умер. Это особенно относится к случаям, когда консультант не осмыслил адекватно эту тревогу и не поработал с ней.

Экзистенциальная тревога и сознание собственной смертности – третья область, в которой консультирование горюющих является особым вызовом для профессионалов сферы психического здоровья. В одной из своих предыдущих книг я рассматривал этот вопрос и то, как осознание собственной смертности может сделать человека более или, напротив, менее эффективным в жизни (Worden, 1976). Когда горюющий клиент приходит на консультирование, консультанту приходится соприкоснуться с неизбежностью смерти и с тем, до какой степени ему некомфортно осознавать неизбежную конечность своей жизни. Это ситуация особенно трудна, если человек, о котором горюют, чем-то похож на консультанта. Тот же самый возраст, пол, профессиональный статус – все это может значительно увеличить тревогу консультанта. Все мы в большей или меньшей степени тревожимся по поводу своей смертности, но можем поладить с этой реальностью так, чтобы она не стала для нас замкнутым пространством, где нам не повернуться и где нет возможности быть эффективным.

Так как консультирование горя представляет собой особый вызов для работника сферы психического здоровья, в наших обучающих программах мы предлагаем консультантам исследовать собственную историю утрат. Мы считаем, что это может помочь им работать более эффективно. Во-первых, это поможет консультанту лучше понять процесс горевания:

что это такое – опыт переживания горя, и как проходит целительный процесс горевания. Для того чтобы ощутить реальность процесса переживания горя, нет ничего лучше, чем рассмотрение значимой утраты в собственной жизни. Это также дает консультанту понимание стратегий совладания и представление о том, как долго может продолжаться процесс горевания, прежде чем он придет к адекватному разрешению (Redinbaugh, Schuerger, Weiss, Brufsky & Arnold, 2001).

Во-вторых, исследуя свою личную историю утрат, консультант может получить ясное представление о видах ресурсов, доступных горющему. Сюда включается не только то, что оказалось полезным, когда вы пережили утрату, но также и то, что не оказалось полезным. Исследования этого могут сделать интервенции консультанта более креативными, помочь понять не только то, что стоит говорить клиенту, но и то, чего говорить не надо. Рассматривая собственные утраты, консультант может идентифицировать свой стиль копинга и то, как этот личный стиль влияет на его консультативные интервенции.

Консультант может также идентифицировать незавершенные дела, которые остаются от прежних утрат. Психологический принцип Зейгарник заключается в том, что задача остается в памяти до тех пор, пока не будет выполнена. Консультант, осмысливший собственную жизнь, знает о потерях, которые не были адекватно оплаканы в свое время, и может честно и прямо обсуждать их, а также и то, что еще ему надо сделать, чтобы разрешить конкретные утраты. Важно не только идентифицировать неразрешенные утраты, существующие в данный момент, важно также идентифицировать конфликт, который утрата предвещает для консультанта, и то, как конфликт можно идентифицировать, что с ним надо делать (Muse & Chase, 1993).

И наконец, рассмотрение своего собственного горя помогает консультанту или терапевту узнать о пределах собственных возможностей в отношении клиентов и ситуаций горя, с которыми они могут работать. Однажды Элизабет Кюблер-Росс и я наблюдали 5000 медицинских работников в области ухода за терминальными больными (Worden & Kübler-Ross, 1977-1978). Одна из интересовавших нас областей была связана с трудностями, которые эти профессионалы испытывали в работе с умирающими пациентами. Девяносто два процента респондентов в нашем опросе сообщили, что существует по крайней мере один тип умирающих пациентов, с которыми им особенно трудно. Типы пациентов сильно различались, хотя и можно было выявить некоторые группы среди разных профессий. Так как не каждый может работать со всеми видами умирающих пациентов, специалисту важно знать о собственных ограничениях и передавать пациентам своим

коллегам, которые способны работать с ними более эффективно.

Подобные ограничения есть и у консультанта по вопросам горя. Важно, чтобы этот консультант знал тип горюющих людей, с которым он не может работать эффективно, и мог передавать такого клиента другому специалисту или работать с этим клиентом в команде с другим специалистом. Один из неуловимых соблазнов для профессионала в области психического здоровья заключается в том, что тебе кажется, будто ты можешь работать со всеми случаями. Это определенно не так, и зрелый специалист-консультант знает и свои ограничения, и в каких случаях клиента нужно перенаправить. Тип клиента, с которым консультант испытывает трудности, обычно имеет отношение к области собственного нерешенного конфликта консультанта.

ИСТОРИЯ УТРАТ

Здесь позвольте мне предложить вам вспомнить собственную историю утрат. Ниже вы найдете ряд незаконченных предложений. Закончите эти предложения прямо в книге или на отдельном листе бумаги, потратив немного времени на обдумывание своих ответов. Если будет возможность, обсудите их с другом или коллегой. Эта рефлексия, посвященная опыту утрат в собственной жизни, впоследствии принесет дивиденды, помогая сделать вашу собственную работу более эффективной.

1. Первой смертью, которую я могу вспомнить, была смерть...
2. Мне было... лет.
3. Помню, что мои чувства тогда были следующие...
4. Первые похороны (или другая ритуальная служба), на которых я присутствовал, были...
5. Мне было... лет.
6. Из того, что там было, я лучше всего запомнил...
7. Моя самая последняя утрата из-за смерти – это (человек, время, обстоятельства).
8. Я с этим справился с помощью...
9. Самой трудной для меня была смерть...
10. Это было трудно, потому что...
11. Из важных для меня людей, которые сейчас живы, самой трудной для меня была бы смерть...
12. Она была бы самой трудной, потому что...

13. Мой основной способ совладания с утратой...
14. Я понимаю, что мое горе разрешено, когда...
15. Я считаю приемлемым поделиться моим опытом горя с клиентом, если...

СТРЕСС И ВЫГОРАНИЕ

В настоящее время у профессионалов здравоохранения велик интерес к проблеме профессионального выгорания и совладания со стрессом. Понятие профессионального выгорания было введено Фрейденбергером (Freudenberger, 1974) и позже разработано Маслач (Maslach, 1982) для описания прогрессирующей профессиональной неэффективности у тех, кто работает в сфере медицины и психического здоровья, когда они подвергаются сильному воздействию плохо управляемого стресса. Одним из объектов интереса стали работники здравоохранения, имеющие дело с терминальными больными и их семьями. Книга «Когда профессионалы плачут» (Katz & Johnson, 2006) перечисляет многие стрессирующие (связанные с горем) аспекты работы в этой области. Многие консультанты горящих работают также и с терминальными больными и контактируют как с пациентом, так и с его семьей до момента его смерти. Мэри Вейкон (Vachon, 1979, 2015) сравнила стресс, испытываемый сотрудниками хосписов, и тех, кто работает с тяжелобольными в обычных больницах. Она обнаружила стресс в обоих сеттингах и пришла к выводу, что уход может быть наилучшим, если ухаживающие осознают, что у них самих тоже есть потребности.

Поскольку значительная часть моей работы в центральной больнице Массачусетса, а также в нескольких хосписах Калифорнии была связана с терминальными пациентами, их семьями и переживанием утраты, я также интересовался вопросом стресса, испытываемого персоналом. Мне хочется предложить консультанту три рекомендации по работе с умирающими пациентами. Первая – знать собственные ограничения относительно количества пациентов, с которыми вы способны контактировать близко и для которых вы можете быть доступными в любое время. Вы в состоянии работать с несколькими пациентами и справляться, но определенно существует предел количества умирающих пациентов, с которыми может работать один человек, выстраивая серьезные отношения привязанности. Это количество, конечно, у разных людей может быть разным, но консультанту очень важно знать свои личные пределы и не становиться слишком вовлеченным и привязанным к большому количеству умирающих людей.

Насколько сильна привязанность, настолько же сильным потом будет горе-вание об утрате, которую будет переживать консультант.

Вторая рекомендация: консультант может избежать выгорания, практикуя активное горе. Когда пациент умирает, важно, чтобы консультант прошел через период активного горя. Лично я нахожу это полезным и рекомендую нашим сотрудникам посещать похороны пациентов, с которыми они работали. Также важно, чтобы они позволили себе пережить печаль и другие чувства, которые возникают после смерти человека, и не чувствовать себя виноватыми из-за того, что они не о каждой смерти горюют одинаково.

Третья рекомендация: консультант должен знать, как обратиться за помощью и где можно найти поддержку. Иногда работникам здравоохранения бывает трудно получить помощь. После лекции для сотрудников похоронных служб Среднего Запада ко мне подошла жена одного из них, которая беспокоилась о своем муже. Он пережил серьезную утрату, и ему было плохо. Он умел помогать другим людям с их горем, но ему было трудно самому обратиться за помощью. Опыт этого человека типичен для многих консультантов. Консультанты известны своей неспособностью организовывать систему помощи и поддержки для себя самих. Поэтому те из вас, кто занимается консультированием и терапией горя, должны знать, где получить эмоциональную поддержку, каковы пределы ваших возможностей и как получить помощь, когда вы в ней нуждаетесь (Papadatou, 2006, 2009).

Работающие в таких учреждениях, как больницы, дома престарелых и хосписы, часто получают поддержку от других членов команды, и тот, кто руководит командой, может отвечать за доступность этой поддержки. Регулярные собрания персонала, в ходе которых участникам помогают говорить о своих проблемах, возникающих в процессе ухода за умирающими больными и в собственных семьях, а также о своих чувствах, могут предотвратить переживание чрезмерного стресса и фасилитировать проявление чувств, связанных с горем и утратой. Работники сферы психического здоровья, не входящие в команду, тоже могут быть доступны для других в качестве индивидуальных консультантов. Они могут помочь и команде, если это потребуется. Я несколько лет проводил такие консультации в гинекологическом отделении центральной больницы Массачусетса. Паркс (Parkes, 1986), говоря о поддержке персонала, работающего там, где часто умирают люди, утверждает: «При надлежащем обучении и поддержке, мы обнаружим, что повторяющееся переживание горя не подорвет ни нашу гуманность, ни нашу заботу, но сделает нас способными справляться с переживаниями, становясь более уверенными и чуткими при каждой следующей утрате» (с. 7). Я думаю, что это верно.

Психолог Даная Пападату, работающая в педиатрическом отделении и обучающая медсестер в Греции, в Афинах, разработала для своего педиатрического отделения шесть правил, которые разъясняют персоналу, как работать с горем.

***«Правило № 1.** От медицинских работников требуется, чтобы они были внутренне вовлечены в свою работу и развивали тесные отношения с серьезно больными и умирающими детьми.*

***Правило № 2.** От медицинских работников требуется, чтобы они сопереживали пациентам и проявляли свое горе в ожидании смерти, в момент смерти и после нее.*

***Правило № 3.** Горе медицинских работников никогда не должно быть таким сильным, чтобы оно мешало профессиональной оценке или приводило к эмоциональному срыву.*

***Правило № 4.** Горе профессионалов никогда не должно быть больше, чем горе членов семьи.*

***Правило № 5.** Горе профессионалов никогда не должно быть заметным другим больным или умирающим детям и их родителям, которых любой ценой следует от этого уберечь. (примечание автора: «По этому поводу у меня другое мнение. Иногда показать свои чувства по поводу их близких может быть полезным для того, чтобы нормализовать чувства семьи и придать человечности взаимоотношениям со специалистом, если конечно эти эмоции не чрезмерны и не потребуют утешения со стороны семьи»).*

***Правило № 6.** От команды требуется, чтобы ее члены поддерживали друг друга в горе. Они могут делиться чувствами и мыслями с коллегами, но это должно происходить в специально отведенное время для формальных или неформальных встреч. Горе не должно проявляться во время заботы о других детях» (Papadatou, 2000, с. 71-72).*

Канадский психолог Мэри Вейкон (Vachon, 1987), обозначила методику, используемую, когда сотрудник делится с коллегами своим горем, которая оказалась полезной в условиях больницы. После того как пациент умирает, работавшая с ним медсестра делает аудиозапись об обстоятельствах смерти, о присутствовавших людях и их реакциях, а также неформальную оценку того, какие члены семьи оказываются в группе риска после утраты. Медсестра также делится своими переживаниями в течение этого времени. Затем на протяжении недели другие члены команды слушают такие записи во время лекций, проводимых для всей команды по уходу за боль-

ными. Они обсуждают смерти в своем отделении. Аудиозапись используется не только для предоставления информации тем, кто не присутствовал в момент смерти, но и для того, чтобы стимулировать дискуссию об утрате, поделиться чувствами, вызванными этой смертью, и оценить то, как можно изменить или улучшить уход за больными. Каждый сотрудник персонала подписывает открытку с соболезнованиями, которая посылается членам семьи умершего примерно через месяц после смерти.

В этом обсуждении собственного горя консультанта я хочу коснуться вопроса об использовании непрофессиональных консультантов – волонтеров. Личный опыт утраты часто мотивирует людей на вступление в ряды волонтеров в разных выездных программах по работе с горюющими, которые широко распространились в последние тридцать лет. Большинство программ хосписов в нашей стране и за рубежом в той или иной мере используют волонтеров для работы с умирающими людьми и их семьями. То же самое можно сказать о многих программах, в которых вдовы работают с другими вдовами, начиная с работы Филлис Силверман (1986), которая была так эффективна. Эти программы используют вдов в качестве волонтеров, чтобы они подружились с недавно овдовевшими женщинами и предложили им консультативные услуги.

Волонтерская работа может быть эффективной, но лично я убежден, что непрофессиональными консультантами должны быть только те люди, которые проработали собственный опыт горя и до некоторой степени разрешили его. Я заметил, что некоторые люди, посещающие проводимые мной в разных частях страны обучающие семинары, испытывают острое горе, и их интерес к дальнейшему тренингу по консультированию горюющих происходит из потребности проработать собственные переживания. Я не думаю, что работа консультанта по вопросам горя – это подходящее занятие для проработки ими собственной недавней утраты, потому что у такого консультанта слишком много «слепых пятен», которые мешают ему работать эффективно. Тем, не менее человек, имеющий опыт переживания горя и пришедший к его разрешению, обладает большим потенциалом для значимых консультативных интервенций, чем тот, кто никогда не испытывал горе и утрату (Nesbitt, Ross, Sunderland & Shelp, 1996).

Чарльз Графилд, основатель программы «Шанти» на побережье Сан-Франциско, обнаружил, что у наиболее эффективно функционирующих волонтеров есть опыт удачных взаимных межличностных отношений и релевантная мотивация к работе. Он и его коллеги рекомендовали, чтобы программы, использующие волонтеров, предлагали им тренинг, супервизии, поддержку и возможность исследовать свой стиль копинга и его эффек-

тивность. То же самое желательно для работающих в этой области профессионалов (Garfield & Jenkins, 1981-1982).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБДУМЫВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

- После прочтения этой книги и особенно данной главы, что вы поняли о своих собственных утратах? Как вы думаете, каким образом ваш собственный опыт горя способствовал вашему желанию помогать другим? Запишите в своей тетради или блокноте свой ответ на 15 пунктов из раздела «История утрат».
- Что вы думаете о своих собственных страхах по поводу смерти людей, которых вы любите или о своей собственной смерти? Исходя из того, что вы узнали в этой главе, какие шаги вы можете предпринять, чтобы обратиться к этим страхам?
- В разделе «Стресс и выгорание» автор привел 6 правил, которые психолог Даная Пападату предложила своим сотрудникам. Что вы думаете об этих правилах в контексте своей собственной практики или организации? Согласны ли вы с комментарием автора к Правилу № 5 или нет? Как бы вы переписали это правило в соответствии с вашим видением о горевании консультанта?

ЛИТЕРАТУРА:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness, and depression* (Vol. II). New York, NY: Basic Books.

Breiddal, S. (2012). Self-care in palliative care: A way of being. *Illness, Crisis, & Loss*, 20, 5–17. doi:10.2190/IL.20.1.b

Fetter, K. (2012). We grieve too: One inpatient oncology unit's interventions for recognizing and combating compassion fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16, 559–561. doi:10.1188/12.CJON.559–561

Figley, C. (Ed.). (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner Routledge.

Figley, C., Bride, B., & Mazza, N. (Eds.). (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165. doi:10.1111/j.1540–4560.1974.tb00706.x

Gamino, L., & Ritter Jr., R. (2012). Death competence: An ethical imperative. *Death Studies*, 36, 23–40.

Garfield, C. A., & Jenkins, G. J. (1982). Stress and coping of volunteers counseling the dying and the bereaved. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 12, 1–13. doi:10.2190/NAAM–YEA5–TA4T–KHQU

Hayes, J. A., Yeh, Y., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 345–355. doi:10.1002/jclp.20353

Katz, R., & Johnson, T. (2006). *When professionals weep: Emotional and countertransference responses in end-of-life care*. New York, NY: Routledge.

Kübler-Ross, E., & Worden, J. W. (1977). Attitudes and experiences of death workshop attendees. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 8, 91–106. doi:10.2190/380Q–0TK5–9UPX–6L1G

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Muse, S., & Chase, E. (1993). Healing the wounded healers: “Soul” food for clergy. *Journal of Psychology and Christianity*, 12, 141–150.

Nesbitt, W. H., Ross, M. W., Sunderland, R. H., & Shelp, E. (1996). Prediction of grief and HIV/AIDS-related burnout in volunteers. *AIDS Care*, 8, 137–144. doi:10.1080/09540129650125821

Newell, J., & Nelson-Gardell, D. (2014). *A competency based approach*

to teaching professional self-care. *Journal of Social Work Education*, 50, 427–439. doi:10.1080/10437797.2014.917928

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: International Universities Press.

Parkes, C. M. (1986). The caregiver's griefs. *Journal of Palliative Care*, 1, 5–7.

Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 41, 59–77. doi:10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E

Papadatou, D. (2006). Caregivers in death, dying, and bereavement situations. *Death Studies*, 30, 649–663. doi:10.1080/07481180600776036

Papadatou, D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. New York, NY: Springer Publishing.

Redinbaugh, E., Schuerger, J., Weiss, L., Brufsky, A., & Arnold, R. (2001). Health care professionals' grief: A model based on occupational style and coping. *Psycho-Oncology*, 10, 187–198. doi:10.1002/pon.507

Rudd, R., & D'Andrea, L. (2015). Compassionate detachment: Managing professional stress while providing quality care to bereaved parents. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 30, 287–305. doi:10.1080/15555240.2014.999079

Saunders, J. M., & Valente, S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nursing*, 17, 318–325.

Simos, B. G. (1979). *A time to grieve*. New York, NY: Family Service Association.

Silverman, P. R. (1986). *Widow to widow*. New York, NY: Springer Publishing.

Silverman, P. R. (2004). *Widow to widow: How the bereaved help one another*. New York, NY: Brunner – Routledge.

Supiano, K. P., & Vaughn-Cole, B. (2011). The impact of personal loss on the experience of health professions: Graduate students in end-of-life and bereavement care. *Death Studies*, 35, 73–89. doi:10.1080/07481187.2010.507321

Vachon, M. L. S. (1979). Staff stress in the care of the terminally ill. *Quality Review Bulletin*, 251, 13–17.

Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, & the bereaved*. Washington, DC: Hemisphere.

Vachon, M. L. S. (2015). Care of the caregiver: Profession and family members. In J. Stillion & T. Attig (Eds.), *Death, dying and bereavement: Contemporary perspectives, institutions, and practices* (pp. 379–393). New

York, NY: Springer Publishing.

Worden, J. W. (1976). Personal death awareness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

ГЛАВА 10. ТРЕНИНГ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ ПО ВОПРОСАМ ГОРЯ

В 1976 году Мэри Конрад, в то время руководившая разработкой программ в Центре повышения квалификации Университета Чикаго, и я решили предложить двухдневную программу по консультированию горя для работников здравоохранения. Ранее мы представляли семинары, предназначенные для помощи работникам здравоохранения в работе с разными аспектами ухода за терминальными больными, но решили поделиться своей мыслью, что наши попытки обучать людей для этой сферы медицинской помощи не будут полными, пока не затронуты вопросы консультирования и терапии горя.

Мы остановились на двухдневном формате с тем, чтобы сделать программу настолько развернутой, насколько это возможно, и не только изложить учебный материал, но и помочь участникам усовершенствовать свои навыки в работе с людьми, переживающими утрату. Было необходимо рассмотреть самые разнообразные вопросы, относящиеся к области переживания утраты в целом. Мы не только хотели представить теоретическую информацию о горевании и о том, почему оно необходимо, но также стремились рассмотреть вопросы дифференциального диагноза нормального и патологического горя и некоторые конкретные интервенции, применяемые в разных случаях горя, – при горе, связанном с внезапной смертью, или при горе из-за «частичных» утрат, например ампутации.

Один уникальный аспект нашей программы оказался успешной обучающей методикой. В начале двухдневной программы мы разделили участников на группы по 10 человек, которые работали вместе в течение всего времени. На первой встрече, после вступительного слова, они поделились друг с другом собственными историями горя. Каждому участнику было предложено это сделать, и хотя при поверхностном взгляде на эти истории их опыт горя был очень разным, за всем этим стояло осознание того, что каждый из них пережил боль утраты. Это осознание схожести опыта внесло свой вклад в групповую динамику и сплотило участников группы на этот, сравнительно короткий, период времени. На второй день значительное время было уделено ролевым играм с использованием различных ситуаций, связанных с горем. Все они включены в эту главу и могут применяться в профессиональном тренинге. Ролевые игры проводились в фор-

мате, подобном тому, который мы использовали в Гарвардской медицинской школе для обучения студентов-медиков навыкам консультирования, особенно умирающих пациентов и горящих семей.

Методика проведения требует, чтобы участники групп вызвались играть разные роли. Это могут быть члены семьи и друзья, но, кроме того, всегда и консультант в какой-либо области. Распределяются роли, и добровольцев просят внимательно прочитать свои роли и придерживаться сценария. Их также просят не обсуждать роли друг с другом. Очень важно, чтобы каждый знал только свою роль, а не всю ситуацию, потому что это способствует креативности и делает ситуацию ролевой игры более реалистичной и жизненной. Пока добровольцев нет в комнате, старший в группе зачитывает участникам только роль консультанта. Затем «актеров» приглашают в комнату, и консультативная сессия может начинаться.

Ведущий группы позволяет ролевой игре продолжаться так долго, насколько это кажется продуктивным, а потом передает роль консультанта другому участнику. Это делается несколько раз, чтобы как минимум два-три человека попробовали себя в роли консультантов. Затем весь процесс разбирается и оценивается. Разных людей, игравших роль консультанта, просят объяснить принятое ими направление беседы и что они имели в виду, а те, кто играл переживающих утрату клиентов, говорят о том, какие интервенции были полезны, а какие нет. Наблюдатели делятся тем, что они заметили, и ведущий добавляет свои предложения. После разбора та же самая ситуация проигрывается снова, или группа берется за новую ситуацию. Участникам ролевой игры, особенно тем, кто играет роль консультанта, напоминают, что от них не ждут совершенства, что они здесь для того, чтобы развивать свои навыки.

Хотя двух дней, очевидно, недостаточно, чтобы подготовить опытных консультантов для переживающих горе, этот формат действительно оказался удачным, и мы повторяли программу в разных частях страны для разных профессионалов системы здравоохранения. В основе этого семинара лежало предположение, что у участников уже есть некоторое понимание задач и навыки работников сферы психического здоровья. Цель семинара заключалась в том, чтобы дать им дополнительную информацию по конкретным вопросам, относящимся к теме утраты, а также практический опыт консультирования и его разбора перед группой коллег.

Большинство приведенных ниже примеров предназначены для консультирования, а не психотерапии горя. Терапия горя – это гораздо более сложная процедура, и ей невозможно обучать в таком краткосрочном формате. Я здесь снова подчеркиваю то, что не раз повторял в этой книге: тем,

у кого нет соответствующего образования и профессионального тренинга, не следует пытаться заниматься психотерапией горя. Такое образование включает глубокое знание психодинамики, в том числе способность оценить возможность декомпенсации у пациента. Слишком многие люди пытаются заниматься психотерапией без соответствующей образовательной базы и тренинга. Одно из самых ценных качеств хорошего терапевта – понимание своих ограничений и того, когда нужно передать клиента или проконсультироваться у более опытного специалиста.

СИТУАЦИЯ 1

Роль вдовы. Вы 75-летняя вдова, чей муж умер 6 месяцев назад. Вы больны и находитесь в доме престарелых. Без мужа вы чувствуете себя печальной и потерянной. Ваши дети живут на побережье, вы чувствуете себя совсем одинокой. У вас очень сильное желание все бросить и умереть, чтобы присоединиться к мужу. Вы не видите, зачем вам теперь жить. Вы просто повторяете ухаживающему за вами персоналу: «Оставьте меня одну и дайте мне умереть».

Роль социального работника. В доме престарелых вам поручено ухаживать за 75-летней вдовой, которая 6 месяцев назад потеряла мужа. Ваша задача – поддержать ее в ее горе, помочь пережить утрату и продолжать жить.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Роль женщины. Двенадцать недель назад Ваш муж, с которым вы прожили в браке 33 года, уехал на машине на деловую встречу за 100 миль от вашего дома. Он должен был там переночевать и вернуться домой на следующий день, но не вернулся. Несколько дней спустя его нашли мертвым в машине на отдаленной дороге, где он, очевидно, умер от сердечного приступа. Из-за жары разложение шло быстро, и поэтому вам посоветовали не смотреть на тело. Вы были на похоронах в его родном штате, очень далеко от вашего дома. Даже сейчас вы не верите, что он умер, и ждете его домой. Вы все время плачете и не знаете, что делать; вы обращаетесь к консультанту.

Роль консультанта. 58-летняя женщина потеряла мужа, умершего от сердечного приступа, когда он уезжал в командировку. Она так и не уви-

дела его тело, и ей трудно поверить, что он действительно умер. Помогите ей с первой задачей горевания, а также во всем, в чем ей может понадобиться ваша помощь.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (4th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2009 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 2

Роль вдовца. Вам 29 лет и ваша жена, с которой вы прожили 6 лет, умерла от рака 4 месяца назад, оставив вас с трехлетним сыном и пятилетней дочерью. У вас был хороший брак, и теперь вам очень больно. Вы хотите, чтобы вам помогли устранить боль, которую вы сейчас чувствуете. Вы верите, что все бы сразу наладилось, если бы смогли сейчас жениться снова. Вы уже встречались с несколькими женщинами, но после каждой встречи еще глубже погружались в депрессию. Все же вы верите, что, если бы смогли снова жениться и у ваших детей появилась новая мать, лучше бы себя почувствовали, и боль прошла бы. Вы обратились к консультанту для переживающих утрату при хосписе, где ухаживали за вашей женой.

Роль консультанта. К вам на прием записали 29-летнего мужчину, чья жена умерла от рака в вашем хосписе 4 месяца назад. Вы не работали с семьей до смерти этой женщины, но теперь вы увидите мужа в рамках программы сопровождения переживающих утрату.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 3

Роль женщины. Вам 38 лет, вы одиноки. Три месяца назад ваш отчим-алкоголик внезапно умер от сердечного приступа. Он появился в вашей жизни, когда вам было 3 года, и в течение многих лет прибегал к физическому и сексуальному насилию по отношению к вам, пока вы не покинули дом в 17 лет. Вы были рады услышать о его смерти, рады, что в вашей жизни его больше нет, и помните о нем только плохое. С момента его смерти вам несколько раз снился отчим, протягивающий к вам руки. Вы не уверены в значении этого сна, но вы просыпались расстроенной и не могли снова заснуть. Ваш нарушенный сон начинает влиять на вашу работу, поэтому вы решили обратиться к консультанту.

Роль консультанта. 38-летняя женщина испытывает трудности со сном с тех пор, как ее отчим скоропостижно умер 3 месяца назад. Исследуйте ее симптомы в свете недавней утраты. Если здесь нужна работа горя, помогите женщине ее начать.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 4

Роль молодого человека. Вы пришли на концерт, где помимо вас находятся еще сотни людей. Во время концерта началась стрельба по толпе, во время которой многие были ранены и убиты. Среди них погиб ваш друг, которого вы пытались спасти, но не смогли. С момента события прошло чуть менее месяца, но с тех пор у вас начались проблемы со сном. Вы просыпаетесь, проживая это событие снова. В течение дня вы стали раздражительны и на грани срыва, а также вы замечаете открытые окна в высотных зданиях. Вы испытываете вину за то, что вы выжили, а друг нет.

Роль консультанта. Молодой человек пришел к вам после массовой стрельбы на концерте, где был убит его друг, с которым он пришел, а также много других людей. Вам надо провести диагностическую беседу, оценив признаки травмы и горя. Затем составьте план работы, который поможет ему справиться с тяжелыми симптомами, которые он испытывает.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 5

Роль женщины. Вам 51 год, вы одинокая женщина, чья мать умерла. Вы всегда жили вместе, и у вас были близкие, но амбивалентные отношения. Вы заботились о матери в течение ее продолжительной болезни, во время которой ее иногда госпитализировали. Ваша мать была не тем человеком, с которым легко, и несколько раз за последние годы ее жизни вы в гневе говорили ей, что, если она под вас не подстроится, вы отправите ее в дом престарелых. На самом деле вы бы этого не сделали, но теперь, когда она умерла, вы очень скучаете о ней и чувствуете себя виноватой в том, что так говорили с ней.

Роль консультанта. Одинокая женщина, 51 год, обратилась к вам за помощью из-за чувства вины после смерти матери. Ваша задача помочь ей осуществить проверку вины реальностью и найти лучший способ с ней справляться.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

СИТУАЦИЯ 6

Роль женщины. 12 недель назад, ваш супруг, с которым вы прожили 33 года, поехал на деловую встречу за 200 км от вашего дома. Он должен был там переночевать и вернуться на следующий день, но этого не произошло. Через несколько дней он был обнаружен мертвым в машине, вероятно от сердечного приступа. Тело быстро разложилось из-за жары и вам не рекомендовали увидеть тело. Похороны проходили далеко от дома, в месте, где он родился. До сих пор вам не верится, что он мертв и вы ждете, когда он вернется домой. Вы все время плачете и не знаете, что делать. Поэтому вы обратились за консультацией.

Роль консультанта. 58-летняя женщина потеряла мужа, с которым случился сердечный приступ в деловой поездке. Она не видела тела и ей трудно поверить в его смерть. Помогите ей выполнить первую задачу горевания и определите в чем еще вы можете помочь ей. Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

СИТУАЦИЯ 7

Роль женщины. За последние три года вы потеряли мать, отца, брата и близкую подругу. Каждая из этих утрат вызывала у вас оцепенение. Когда вы все-таки что-то чувствуете, то больше замечаете тревогу, чем печаль. Тревога усиливалась в последние месяцы, и вы несколько раз обращались к врачу, чтобы проверить сердце. Врач говорит, что физически вы здоровы и что ваши симптомы вызваны стрессом и тревогой. Она направила вас к консультанту, чтобы он помог вам лучше справляться со стрессом.

Роль консультанта. Коллега-врач направил к вам женщину, которой нужно помочь лучше справляться со стрессом. В последнее время она похоронила несколько близких родственников и друзей. Оцените влияние

этих утрат на ее стресс и осуществите вмешательство, соответствующее ее проблемам.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 8

Роль вдовы. Шесть месяцев назад, во время отхода ко сну, у вашего мужа, лежащего рядом с вами в постели, случился сердечный приступ. Когда-то вы проходили курсы оказания первой помощи и сейчас вы стали пытаться привести его в чувство. Делая это, вы были на прямой связи со службой спасения, оператор которой инструктировал вас и предложил переложить мужа с кровати на пол. Вы побоялись это сделать и продолжали оказывать первую помощь на кровати, пока не приехала бригада скорой помощи. Вы не знали жив он или мертв, когда они его забрали. Вы испытываете вину за то, что не смогли ему помочь и думаете о том, что вам следует обновить свой тренинг по оказанию первой медицинской помощи.

Роль консультанта. 56-летняя вдова потеряла мужа, с которым прожила 30 лет, в результате сердечного приступа, который случился в постели рядом с ней. Она пыталась принимать меры, пока не приехала бригада скорой помощи, которая забрала его в больницу. Она чувствует себя виноватой за то, что не смогла его спасти и не может сказать, был ли он еще жив на пути в больницу. Помогите ей справиться с чувством вины и с поисками ответов на вопросы о его смерти.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 9

Роль отца. Вернувшись домой с работы вы обнаружили в гараже лежащего на полу 16-летнего сына с огнестрельным ранением. Никакой записки. Это было совершенно неожиданно, поскольку сын не проявлял никаких признаков депрессии и никогда не говорил о суициде. Прокручивая назад события нескольких месяцев до случившегося, вы вспоминаете о том, что сын перестал общаться с друзьями и много времени проводил за компьютером, играя в видео игры. Также вы узнали, что в последнее время он часто прогуливал школу. Он уходил утром, а потом возвращался, как только родители уходили на работу. Вы сокрушены горем и не можете из-

бавиться от воспоминания картины лежащего в луже крови мертвого сына.

Роль консультанта. 50-летний отец обратился за помощью после самоубийства 16-летнего сына. Ему нужно разобраться почему это произошло и что он мог сделать, чтобы это предотвратить. Также, ему нужна помощь в том, чтобы справиться с этим образом мертвого сына, лежащего на полу в гараже, приходящим ему во сне.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 10

Роль жены. Ваш восьмилетний ребенок умер от лейкемии 2 года назад. Вы приспосабливаетесь к этой утрате, но боитесь, что со временем можете забыть важные детали жизни вашего ребенка и вашей жизни вместе с ним. Чтобы этого не случилось, вы ничего не меняете в его комнате. Все остается, как было, когда он умер. Вашего мужа это огорчает. Он чувствует, что через два года пора бы сделать перестановку, сохранив некоторые вещи, и в комнате мог бы жить кто-то другой. Каждый раз, когда он заводит с вами разговор об этом, все кончается конфликтом, и вы отдаляетесь друг от друга.

Роль мужа. После того как ваш 8-летний сын умер от лейкемии 2 года назад, в его комнате ничего не изменилось. Вначале это не было для вас проблемой, но теперь, по прошествии двух лет, вы уговариваете жену убрать из комнаты вещи, оставив на память несколько самых важных, и сделать перестановку, чтобы комнатой можно было пользоваться. На ваш взгляд, оставлять комнату в неприкосновенности – значит усиливать ваши болезненные воспоминания. Жена не хочет вас слушать и отказывается что-то менять в комнате.

Роль консультанта. К вам обратилась супружеская пара, чтобы вы могли разрешить их спор по поводу комнаты умершего ребенка и находящихся в ней вещей. Муж хочет сделать в комнате перестановку, но жена против. Помогите им решить эту проблему и соприкоснуться со стоящими за ней страхами и чувствами, которые она вызывает.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 12

Роль жены. Два года назад умер от рака ваш муж, с которым вы прожили 25 лет. Вы с ним были близки, но теперь, когда вам 51 год, вы думаете о том, чтобы найти другого партнера. Это желание вызывает у вас внутренний конфликт. Вам кажется, что вы неверны своему покойному мужу, и боитесь, что друзья скажут, что вы сошли с ума. Ваши дети, которым сейчас около двадцати, против того, чтобы вы снова вышли замуж. Вы обращаетесь за консультацией, чтобы решить эту проблему.

Роль консультанта. К вам обратилась вдова 51 года, которая хочет найти нового партнера и, возможно, снова выйти замуж. Два года назад она потеряла мужа, с которым прожила 25 лет. Оцените, на каком этапе процесса горевания она находится, помогите ей с внутренним конфликтом, связанным с началом новых отношений, помогите ей понять, когда горе закончится.

Роль священника. Ваша прихожанка, женщина в возрасте 51 года, переживает внутренний конфликт из-за того, что ищет нового партнера через 2 года после смерти мужа, с которым прожила 25 лет. Ваша задача – помочь ей разрешить этот конфликт.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 13

Роль мужа. Шесть недель назад ваш единственный ребенок умер во сне в возрасте 3 месяцев. Диагноз – синдром внезапной детской смерти. Вы были к нему очень привязаны и злитесь, что он покинул вас, но вам трудно сказать об этом. Ваша жена хочет сейчас снова забеременеть и родить ребенка, но вам этого не хочется. Из-за этого в ваших сексуальных отношениях появилось напряжение.

Роль жены. Шесть недель назад вы потеряли 3-месячного ребенка от СВДС. Вы вините себя в том, что спали, когда ребенок умер. Вы думаете, что, если бы не спали, этого не случилось бы. Вы хотите другого ребенка, но муж не хочет об этом слышать, и в результате между вами возникло отчуждение.

Роль консультанта. Вы работаете в больнице, и вам поручено сопровождение супружеской пары, чей единственный 3-месячный ребенок умер от СВДС 6 недель назад. Ваша задача – оценить функционирование пары и определить, в какой помощи она сейчас нуждается.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

СИТУАЦИЯ 14

Роль сына. Вам 20 лет. Три месяца назад ваш отец покончил с собой. Это было в гараже. Вы испытали много чувств, и особенно гнева, из-за того, что он себя убил. Но чаще всего вы просто находитесь в депрессии. Вы много пьете и, кажется, от этого чувствуете себя лучше. Вы по-прежнему живете в родительском доме, и ваша мать беспокоится из-за того, что вы много пьете. Когда она заводит об этом разговор, вы сердитесь на нее или замыкаетесь в себе. В действительности, вы сейчас не знаете точно, что чувствуете по отношению к отцу. Вы испытываете некую вину, которая смешана с печалью и гневом. Вы нехотя соглашаетесь посетить консультанта вместе с матерью.

Роль жены. 3 месяца назад ваш муж покончил с собой, отравившись угарным газом. Помимо печали, вы чувствуете вину и злость. Иногда вы так злитесь, что ловите себя на мысли: «Черт побери, Гарольд, если бы ты не умер, я бы сама тебя убила за то, что мне приходится все это переживать!». Вас беспокоит то, что сын много пьет, особенно после смерти отца. Поэтому вы обратились к консультанту, чтобы он помог вам обоим с вашими проблемами.

Роль консультанта. К вам обратилась женщина с 20-летним сыном. Ее муж недавно покончил с собой, отравившись угарным газом. Она расстроена и не может хорошо функционировать. Сын после самоубийства отца стал много пить. В конце концов она уговорила его прийти к вам вместе с ней. Он пришел довольно неохотно. Ваша задача – помочь им разобраться со своими чувствами и уладить связанные с покойным незавершенные дела.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 15

Роль жены. Семь месяцев назад ваш 78-летний отец совершил самоубийство, выстрелив себе в голову. Для вас это было просто шоком, он не оставил никакой записки с объяснением причины своего поступка. Ваша мать умерла в прошлом году, и, хотя отец жил далеко от вас, вы часто разговаривали с ним по телефону и считали, что он адекватно справляется с утратой. После его смерти вы стали резкой и раздражительной с окружающими людьми, и особенно со своим мужем. Вы неохотно согласились обратиться вместе с ним к консультанту.

Роль мужа. Недавно ваш тесть застрелился, через год после смерти своей жены. Это было шоком и для вашей жены, и для вас, потому что он не оставил никакой записки, объясняющей это самоубийство. После его смерти жить с вашей женой стало невыносимо. Она сердится из-за каждой мелочи. Вы уже сыты по горло таким ее поведением и грозитесь, что уйдете от нее. Но до этого вы все же хотите попробовать психологическое консультирование, хотя и не очень-то надеетесь на результат.

Роль консультанта. К вам обратится пара, находящаяся на грани развода. Из разговора с мужем по телефону вы знаете, что отец ее жены недавно умер. Оцените ситуацию. Насколько, по-вашему, горе влияет или не влияет на разлад в этой семье?

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 16

Роль матери. Ваш ребенок умер в больнице, прожив на свете три месяца. С его смерти прошло 15 месяцев, и вы все еще остаетесь очень подавленной. Вы были на одной групповой сессии для родителей, потерявших детей, но покинули группу, сказав: «Обмен историями – это не то, что мне нужно». Вы очень сердитесь на вашего мужа за то, что он не был рядом, когда ребенок умер, и за то, что он уделяет больше времени двоим вашим живым детям, чем вам. Ваш отец покинул вас и вашу семью, когда вам было 5 лет. Недавно вам приснился ваш умерший ребенок, который сказал: «Вы не дали мне шанса». Подруга посоветовала вам обратиться к консультанту.

Роль отца. Ваш малыш умер в больнице в возрасте всего трех месяцев от врожденной патологии. Вы чувствуете некоторую вину за его смерть, и теперь уделяете двоим вашим живым детям больше внимания, чем до этой смерти. Ваша жена находится в депрессии уже 15 месяцев после смерти младенца. Ее печаль беспокоит вас и заставляет чувствовать себя беспомощным. Единственный способ поддержать ее, который вы знаете, – это выглядеть сильным и уверенным. Но это не помогает. Она собирается посетить консультанта и хочет, чтобы вы пошли с ней. Вы считаете, что с вами все в порядке, но соглашаетесь пойти, если это ей поможет.

Роль консультанта. Супружеская пара потеряла трехмесячного ребенка. С этого момента жена уже в течение 15 месяцев находится в депрессии. В семье есть двое других детей. На первую консультативную сессию муж и жена придут вместе. Ваша задача – понять, на каком этапе процесса горевания они находятся, и решить, в каком формате работать: индивидуально, с парой или со всей семьей.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

СИТУАЦИЯ 17

Роль отца. Ваша жена умерла от рака 10 месяцев назад, оставив вас с тремя детьми – 14-летней дочерью и двумя сыновьями, 11 и 6 лет. Вы делаете все возможное в роли единственного родителя, но обязаны подолгу находиться на работе, и дорога на работу и с работы также занимает много времени. Вы думали, что после смерти матери ваши дети сблизятся, но они кажутся разобщенными. Вас особенно беспокоит дочь, которая отказывается от работы по дому. Вы же считаете, что она должна это делать, будучи девочкой и старшей из детей. А когда школьный психолог сообщил о ее прогулах, вы решили обратиться к семейному консультанту.

Роль сестры. Тебе 14 лет; десять месяцев назад твоя мама умерла от рака. Ты скучаешь по ней и считаешь, что твой папа с тех пор, как она умерла, стал просто невыносимым. Он ожидает, что ты будешь готовить еду, что ты будешь ходить в магазин и нянчиться с шестилетним братом. Тебя это возмущает. Ты хуже учишься в школе из-за того, что твоя мама умерла, и предпочитаешь бродить с друзьями в центре города, а не идти в школу. Ты считаешь, что только это свободное время у тебя и осталось, потому что обязанности по дому не оставляют тебе другого. Ты неохотно

соглашаешься встретиться с семейным консультантом.

Роль брата. Десять месяцев назад, когда тебе только исполнилось 11, твоя мама умерла от рака. С тех пор в доме хаос, и ты предпочитаешь находиться вне дома. Ты в основном проводишь время с друзьями. Вы гуляете или играете в парке в хэки-сэк. Твоя старшая сестра вечно командует, и ты ненавидишь, когда она говорит тебе, что ты должен делать. Твой 6-летний брат тебе симпатичен, но вам нравятся слишком разные занятия.

Роль младшего брата. Тебе 6 лет. С тех пор как твоя мама умерла от рака 10 месяцев назад, ты чувствуешь себя брошенным. Ты толком не понимаешь, что случилось с мамой и где она теперь. Ты не был на похоронах. Мама снится тебе по ночам, и тебя это немного утешает. У тебя есть несколько друзей, с которыми можно поиграть; после школы и по выходным ты в основном смотришь телевизор.

Роль консультанта. Школа направила к вам семью на семейное консультирование, включающее консультирование по вопросам горя. В этой семье мать умерла от рака 10 месяцев назад, оставив мужа и трех детей: дочь 14 лет и сыновей 11 и 6 лет. Дочь в последнее время пропускает занятия в школе и плохо учится. У мальчиков нет проблем в школе, но шестилетний, по словам учительницы, выглядит потерянным, и она не знает, что с ним делать. Оцените семью и разработайте стратегию интервенции.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 18

Роль матери. Однажды вечером год назад ваш сын внезапно погиб. Он был в машине, которую вел его 16-летний друг, и машина вышла из-под контроля. С тех пор вы безутешны. Это был ваш первенец, одаренный мальчик, ваш бесспорный любимец. Вы не можете понять, почему муж и двое других детей не так поражены горем, как вы. Бывают моменты, когда вы приходите в ярость, которая обрушивается то на мужа, то на парня, который вел машину, то на младшего сына, который не хочет говорить о погибшем брате.

Роль отца. Год назад вы потеряли сына в автокатастрофе. Первые два месяца вы чувствовали себя опустошенным и плакали, когда рядом никого

не было. Хотя вы по-прежнему тоскуете о нем, но верите, что ваша семья – вы, жена, и двое других детей – может продолжать жить нормальной жизнью. Жена постоянно плачет, и вы чувствуете в семье постоянное напряжение. Чтобы справиться с этим вы обратились к семейному консультанту.

Роль брата. Тебе 13 лет, твой 15-летний брат погиб в автокатастрофе год назад, когда ехал в машине с другом. Ты всегда чувствовал превосходство брата, и испытал некоторое облегчение, когда он умер. Теперь из-за этого ты чувствуешь себя виноватым. Память о нем живет в доме, брат незримо присутствует, но, когда о нем начинают говорить, ты поднимаешься и выходишь из комнаты. Это огорчает всю остальную семью, но тебе все равно.

Роль сестры. Ты 9-летняя сестра парня, который погиб в автокатастрофе в 15 лет, когда машина, в которой он находился, вышла из-под контроля. Ты расстроена и тоскуешь о брате. Ты расстраиваешься еще больше из-за того, что мама не так близка к тебе, как раньше. Ты чувствуешь, что теряешь маму, и не знаешь, что сделать, чтобы ее вернуть.

Роль консультанта. К вам с запросом на консультирование горя обратился отец погибшего год назад в автокатастрофе 15-летнего мальчика. Ваша задача – встретиться с семьей, оценить ситуацию и предложить подходящий вариант интервенции.

(Этот сценарий можно разыграть в виде нескольких семейных сессий.)

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 19

Роль отца. Ваш единственный ребенок, 8-летний Тимоти, 3 месяца назад умер от лейкемии. Вы справляетесь со своим горем, занимая себя делами как на работе, так и в свободное время. Это раздражает вашу жену, но вы чувствуете, что дела не дают вам совсем расклеиться. Вы хотите поскорей завести другого ребенка, но жена не хочет других детей, боясь новой потери, подобной той, которую вы вдвоем недавно пережили. Вы просите ее обратиться вместе с вами за консультацией к священнику.

Роль матери. Ваш единственный ребенок, 8-летний Тимоти, умер от лейкемии 8 месяцев назад. С тех пор вы постоянно находитесь в депрес-

сии и часто плачете. Вы потеряли интерес к большинству друзей и проводите время дома в одиночестве. Вы злитесь на мужа, потому что с момента смерти Тимоти он все время находит себе дела и недоступен для вас. Вы также сердитесь, потому что он хочет другого ребенка, и прямо сейчас. Вам кажется, что это бесчувственно, и ваши отношения становятся напряженными. Вы соглашаетесь вместе с мужем обратиться к священнику за консультацией.

Роль медсестры. Вы ухаживали за маленьким Тимоти в течение 8 лет во время его долгой борьбы с лейкемией. Вы заходите повидать его родителей, с которыми познакомились во время болезни Тимоти. Вы чувствуете, что в их отношениях не все в порядке, и пытаетесь помочь им с переживанием утраты и с их отношениями.

Роль священника. Супруги потеряли восьмилетнего сына Тимоти, умершего от лейкемии 3 месяца назад. Они приходят к вам на консультацию по настоянию мужа. Муж хочет, чтобы вы помогли ему с чувствами, которые он испытывает по отношению к жене и сыну. Он надеется, что вы убедите жену быстрее завести другого ребенка. Они прихожане вашей церкви, но раньше ваши контакты с ними были минимальными.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 20

Роль молодого человека. Ваш любимый человек, с которым вы были в течение 8 лет, шесть месяцев назад умер от СПИДа. Вы жили с ним вместе и заботились о нем вплоть до его смерти. Он умер дома. Вы чувствуете, что за 18 месяцев его болезни проделали большую работу горя. Его старшая сестра часто звонит вам, чтобы получить эмоциональную поддержку. Хотя она вам нравится, и вы хотели бы ей помочь, ее звонки вас расстраивают, и вы бы предпочли, чтобы она звонила не так часто. Годы, проведенные с ее братом, – важная глава в вашей жизни, Вы тоскуете о нем, но сейчас вам хочется продолжать свою жизнь. Вы неохотно соглашаетесь на встречу с ее консультантом в надежде, что она от вас отстанет.

Роль сестры. Ваш брат, который был на 7 лет младше вас, 6 месяцев назад умер от СПИДа. Вы помогли парню, который прожил с ним 8 лет, заботиться о нем в течение 18 месяцев его болезни. Вы хорошо знаете, как

заботиться о других, потому что ваша мать умерла, когда вам было 12, оставив вас, старшего ребенка, заботиться о семье. Вы чувствуете себя оставленной один на один с вашим горем. Вы сердитесь на любовника вашего брата и на своего мужа, потому что они хотят забыть об этой тяжелой смерти и продолжать жить полной жизнью.

Роль мужа. Брат вашей жены умер от СПИДа 6 месяцев назад. Брат жены вам нравился, и в течение 18 месяцев его болезни вы проявляли сочувствие и поддержку, но его смерть была настоящим облегчением. Для вас это значило, что он отмучился, а вы теперь можете возвратиться к обычной жизни. Но ваша жена все время плачет и отказывается возвращаться на работу, и вы чувствуете досаду, злость и безысходность. Вы неохотно соглашаетесь посетить консультанта, надеясь, что он положит этому конец.

Роль консультанта. К вам на прием записана женщина, чей младший брат умер от СПИДа 6 месяцев назад. С ней придет ее муж и любовник брата. Ваша задача – выявить проблемы, связанные с горем, и организовать диалог в семейном контексте.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

Ситуация 21

Роль сына. Твой отец только что умер после борьбы с раком, продолжавшейся в течение года. Всего за несколько недель до этого ты поступил на первый курс колледжа. Ты тревожишься о том, что покинешь дом, и несколько раз чувствовал панику. Ты чувствуешь себя виноватым в том, что начинаешь учиться в колледже, вместо того чтобы устроиться на работу и помогать семье материально. Ты грустишь, но не позволяешь себе плакать, считая, что это не по-мужски.

Роль дочери. Тебе 17 лет, ты старшеклассница. Как раз перед началом учебного года твой отец умер от рака. Ты глубоко переживаешь эту утрату, но не можешь выразить свои чувства. Когда семья хочет поговорить с тобой о смерти отца, ты замыкаешься.

Роль младшей дочери. Тебе 14 лет, ты заканчиваешь среднюю школу. Твой отец только недавно умер после того, как в течение года борол-

ся с раком. Тебе хочется восстать против семьи и поступать по – своему, но ты чувствуешь себя виноватой, потому что это может обидеть маму. Тебя раздражает старшая сестра, потому что она не хочет говорить с тобой о смерти папы.

Роль матери. Вы остались одна с тремя детьми – 19-летним сыном, который только что поступил в колледж, и дочерьми 17 и 14 лет. Вас беспокоит и то, как вы будете сводить концы с концами, и то, как вы справитесь со своими чувствами. До некоторой степени вы осознаете, что злитесь на мужа за то, что он умер, взвалив на вас всю эту ответственность. Это чувство пугает вас. Вы тревожитесь о сыне, который уезжает из дома, о старшей дочери, которая не может выразить свое горе, и о младшей дочери, которая эмоционально отделилась от семьи.

Роль консультанта. К вам обратилась мать троих детей – 19-летнего сына и двух дочерей 17 и 14 лет. Ее муж, который в течение года боролся с раком, недавно умер. Она просит вас помочь им всей семьей обсудить свои чувства и продумать реалистичные планы на будущее. Ваша задача: помочь им в работе горя и в том, о чем еще они могут вас попросить.

Из книги: *Grief Counseling and Grief Therapy (5th ed.)* by J. William Worden, PhD. Copyright © 2018 by Springer Publishing Company, LLC.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ТАБЛИЦА 1. ЗАДАЧИ ГОРЕВАНИЯ

I. Принять реальность утраты	(Не верит)
II. Переработать боль, причиняемую горем	(Не чувствует)
III. Приспособиться к миру без умершего: <i>А. Внешнее приспособление: повседневная жизнь без умершего</i>	(Не приспосабливается)
<i>Б. Внутреннее приспособление: «Кто я теперь?»</i>	(Не развивается)
<i>В. Духовное приспособление: переформулировать мир своих представлений</i>	(Не понимает)
IV Сохранить связь с умершим, приступая к построению новой жизни	(Не продвигается вперед)

ТАБЛИЦА 2. МЕДИАТОРЫ ГОРЕВАНИЯ

Медиатор 1	Родство (кем был умерший)
Медиатор 2	Природа привязанности: <i>Прочность/надежность</i> <i>Амбивалентная/конфликтная</i> <i>привязанность</i> <i>Проблемы зависимости</i>
Медиатор 3	Обстоятельства смерти: <i>Близость смерти</i> <i>Ожидаемая смерть</i> <i>Травматичная смерть</i> <i>Множественные утраты</i> <i>Смерть, которую можно было</i> <i>предотвратить</i> <i>Неподтвержденная смерть</i> <i>Стигматизируемая смерть</i>
Медиатор 4	Личная история: <i>История утрат</i> <i>Психическое здоровье</i>

<p>Медиатор 5</p>	<p>Личностные переменные: <i>Возраст/пол</i> <i>Стиль копинга</i> <i>Стиль привязанности (надежная; ненадежная)</i> <i>Когнитивный стиль</i> <i>Сила Эго (самоуважение; самоэффективность)</i> <i>Мир представлений (убеждения; ценности)</i></p>
<p>Медиатор 6</p>	<p>Социальные переменные: <i>Доступность поддержки</i> <i>Удовлетворенность поддержкой</i> <i>Вовлеченность в социальные роли</i> <i>Религиозные ресурсы</i> <i>Этнические ожидания</i></p>
<p>Медиатор 7</p>	<p>Сопутствующие стрессы (события, изменяющие жизнь)</p>

Научное издание
Серия «Библиотека Международной школы психологии»

В. Ворден

«КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕРАПИЯ ГОРЯ»

Пособие для специалистов
в области психического здоровья

Перевод с английского
Т. Литвинова

Научная редакция перевода
К. Ягнюк

Компьютерная верстка
К. О니кова

Обложка
М. Оникова

Центр психологического консультирования и психотерапии,
ipsyshop.ru тел. +74954887246

НОЧУ ДПО «Международная школа психотерапии»
website: ipsyschool.ru,
e-mail: info@ipsyschool.ru
tel: +74954887246

Подп. в печать - 05.02.2020. Формат 70×100^{1/16}.
Усл. печ. л. 18,5. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Заказ 2470. Тираж 1000 экз.

ISBN 978-5-6042941-1-6



Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного оригинал-макета
в Публичном акционерном обществе «Т8 Издательские Технологии»
109316, Москва, Волгоградский проспект, дом 42, корпус 5.
Тел.: 8 (495) 221-89-80



Вильям Ворден – доктор философии, член Американской психологической ассоциации, Американского совета профессиональной психологии, преподает в Медицинской школе Гарварда и Школе психологии в Роузмид, Калифорния. Он также является одним из главных участников гарвардского исследования переживания утраты детьми, проводимого на базе центральной больницы Массачусетса. Исследования и клиническая работа Вордена, получившего три гранта Национального института здоровья, уже более сорока лет посвящаются опасным для жизни заболеваниям и опасному для жизни поведению.

Профессиональные интересы привели его к тому, что он стал учредителем Ассоциации просвещения и консультирования по вопросам смерти и Международной рабочей группы, занимающейся проблемами смерти, умирания и переживания утраты. Первопроходец в движении хосписов в Соединенных Штатах, Вильям Ворден работал в консультационном совете первого хосписа США в Брэнфорде (Коннектикут), а также в хосписе в Пасадене (Калифорния). Он работал консультантом на различных исследовательских проектах в Соединенных Штатах, включая такие, как «Женщины и ВИЧ» (Колумбийский университет), «Эвтаназия и принятие решения о прекращении жизни» (Американская психологическая ассоциация), «Опыт отцов в педиатрии (уход за смертельно больным ребенком)» (Калифорнийский университет, Сан-Франциско). В течение семи лет он являлся членом правления Американского общества по борьбе с раковыми заболеваниями и по-прежнему остается активным членом общества на государственном и местном уровне.

Д-р Ворден читал лекции и писал на темы, связанные со смертельными болезнями, сопровождением больных раком и утратой. Он является автором книг «Осознание собственной смертности» и «Дети и горе: когда умирает один из родителей», а также соавтором книги «Как помочь больным раком справляться с их проблемами». Книга «Консультирование горя и терапия горя: пособие для специалистов в области психического здоровья» была переведена на 11 иностранных языков. Она широко используется в мире в качестве признанного пособия в этой области. Вильям Ворден практикует в городе Лагуна-Нигель в Калифорнии.

ISBN 978-5-6042941-1-6



9 785604 294116