

РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: РАБОТА С СЕМЬЕЙ

А. ДЫРЕГРОВ*

Травма затрагивает всю семью. Несмотря на кажущуюся очевидность этого положения, кризисное вмешательство в редких случаях способно во всей полноте откликнуться на проблемы не только отдельного индивида (ребенка или взрослого), но и семьи как целого. И тогда тяжелый след, оставленный травматическим событием, может давать о себе знать в семье на протяжении даже не одного, а ряда поколений. В статье раскрывается высокий терапевтический потенциал раннего вмешательства. Выявляется губительная роль образования семейных тайн и секретов после трагедии. Подчеркивается исключительная важность создания в семье атмосферы открытости, способствующей внутрисемейной коммуникации о том, что произошло и происходит между членами семьи после критического события. Вместе с тем обсуждается проблема ответственности консультанта, возрастающей по мере расширения сферы раннего вмешательства и включение в него работы с семьей как целостностью.

Вступление

Раннее вмешательство включает в себя целый ряд мероприятий, направленных на оказание помощи людям в условиях и по следам критических или травматических событий, – от ухода за пострадавшими, поступившими в больницу, до структурированных форм психологической поддержки, таких как психологический «дебрифинг». Эти интервенции образуют область «кризисного вмешательства» и преследуют своей целью снижение дистресса у пострадавших, стабилизацию ситуации, содействие скорейшему возвращению к нормальной жизнедеятельности человека, семьи, сообщества. Их формы различаются в зависимости от

* *Dyregrov A.* Early intervention – a family perspective. *Advances in Mind-Body Medicine.* 2001. 17, 9-17. Сокращенный перевод с англ. *Н.Ю. Федуниной.*

условий, варьируя от более формализованных программ – общего сопровождения в рамках помогающих профессий, где столкновение с критическими ситуациями происходит, практически, ежедневно (Critical Incident Stress Management – CISM – см.: *Everly & Mitchell*, 1997), до менее структурированных – для людей, которые внезапно столкнулись с травматическим событием.

В последнее десятилетие обострились дискуссии о незамедлительности вмешательства как одном из принципов целостной кризисной стратегии. В большинстве своем дебаты касаются «психологического дебрифинга», и их кульминацией можно считать недавно вышедшую в свет книгу Рафаэля и Уилсона (*Raphael & Wilson*, 2000), где представлены разные точки зрения по поводу этой формы помощи, приведены аргументы «за» и «против».

Маловероятно, что людям, переживающим тяжелое стрессовое событие, может помочь весьма кратковременное вмешательство, длящееся не более часа. Кроме того, не очень гуманно вторгаться в жизнь человека и семьи в такой сложный момент их жизни, а затем исчезнуть. Подобная форма помощи способна принести вред.

Вместо того, чтобы подливать масло в огонь прений, разгоревшихся по этому поводу, автор данной статьи решил вынести на суд читателя размышления, основанные на более чем двадцатилетнем опыте работы с отдельными индивидами, семьями, организациями, сообществами, как непосредственно по следам травматических событий, так и в условиях длительного сопровождения пострадавших. Этот опыт охватывает пять лет работы (в качестве психолога) с семьями, потерявшими маленьких детей или пережившими другие кризисные ситуации, связанные с серьезным заболеванием детей, а затем почти двадцать лет работы с семьями, где имела место чья-либо неожиданная смерть или острая кризисная ситуация. В таких случаях семьи направляются в наш центр из полиции, больниц, школ и пр. Многие обращаются к нам непосредственно после травматического события сами, поскольку центр хорошо известен. К сказанному остается добавить, что представленные здесь размышления основаны также на работе в ситуациях разного рода техногенных катастроф и стихийных бедствий, включая дорожные происшествия, пожары, землетрясения, войны.

Какая помощь нужна в подобных ситуациях

В серии исследований, проведенных на норвежской популяции (*Dyregrov, Nordanger & Dyregrov*, 2000a,b; *Nordanger, Dyregrov & Dyregrov*, 2000), было выявлено, что семьи, переживающие утрату, нуждаются в

следующих видах помощи и поддержки: а) экстренной психологической, б) выездной, помощи на дому (outreach help), в) информировании о событии и возможных реакциях на него, г) организации встреч с теми, кто оказался в аналогичной ситуации, д) последующем психологическом сопровождении. Все эти формы вмешательства, за исключением последнего, обычно бывают представлены в кризисной интервенции. Однако внимание опрошенных именно к последнему пункту отражает тот факт, что многие семьи сталкиваются со значительными проблемами еще длительное время после критического события. Некоторые травматические ситуации (взятие в заложники, изнасилование, ограбление) связаны с долговременными реакциями, требующими более длительного сопровождения, чем традиционно предполагается необходимым в рамках кризисного вмешательства.

Успешность сопровождения предполагает хорошую координацию структур, ответственных за оказание помощи. В наших исследованиях (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 1998; Nordanger, Dyregrov & Dyregrov, 1998) мы выявили, что люди получают более эффективную поддержку, если сообщество обеспечено структурами помощи, которые представлены, по крайней мере, следующими составными частями: а) хорошо проработанным формализованным планом действия в рамках экстренной и долгосрочной помощи, б) наличием координатора мероприятий по экстренной помощи, в) наличием местной анти-кризисной команды, г) оформленными в виде печатных текстов конкретизированными процедурами вмешательства.

Роль специалистов в области психического здоровья

Специалисты в области психического здоровья играют важную роль в организации и проведении структурированных вмешательств. Оказание скорой психологической помощи требует хорошей осведомленности в области теории кризиса, богатого практического опыта кризисного вмешательства, сформированной *не*-психиатрической установки (навыки работы с *обычными* людьми, оказавшимися в *необычной* ситуации) и понимания семейной динамики. Посредством психологического ликбеза и некоторого начального обучения, помощи в восстановлении социальных контактов, разрешения возникших профессиональных трудностей консультант может помочь пострадавшему восстановить чувство контроля и уменьшить неблагоприятные последствия трагической ситуации, в которой оказался человек.

Семейные последствия травмы

Если о факторах, влияющих на восстановление после травмы психологического состояния отдельного человека, известно достаточно много, то об адаптации к травме и горю семьи мы знаем значительно меньше. Семейные последствия травмы определяются действием совокупности факторов: природой стрессора, историей семьи, ее текущим состоянием, семейными ресурсами, реальными возможностями помощи и поддержки. К сожалению, часто раннее вмешательство описывается без учета семейной динамики. Между тем, здесь важно понимать, что экстренная помощь в данном случае не может ограничиваться только сиюминутным утешением или информированием и всем прочим, что предполагается определениями «экстренная», «скорая». Она должна создать почву для *долговременного совладания*, поскольку травматические события оказывают глубинное и длительное воздействие на семью.

Травматические события имеют свойство нарушать витальные функции семьи, такие как родительские функции, эмоциональное общение, обучение, защита. Дети особенно страдают, когда родители, страдая сами, стараются оградить их от болезненных известий. Общение, близость, экспрессивность, распределение ролей могут роковым образом меняться под воздействием сниженной способности справляться с внешними и внутренними требованиями. Поэтому уже на первых этапах работы, директивы раннего вмешательства должны быть ориентированы на то, чтобы помочь родителям осознать важность относительного эмоционального и физического комфорта для детей и одновременно – важность адекватного информирования ребенка о происходящем.

Следующий пример описывает, как явления подобного рода могут влиять на процессы внутрисемейной коммуникации на протяжении ряда поколений:

Несколько лет назад семья N в результате несчастного случая потеряла маленькую дочь. Ее четырехлетняя сестра видела, как она умерла. Родителям была оказана экстренная помощь в их совладании с горем. Через десять лет мама погибшей девочки вновь обратилась за помощью, поскольку навязчивые образы катастрофы все еще беспокоили ее. В ходе терапии выяснилось, что мать этой женщины в свое время также потеряла и не одного, а двух детей, но ни разу не говорила с ней об этом: «Мне нигде и никогда не было места, поскольку те два мертвых ребенка все еще были у нее на руках». В свою очередь, когда клиентка потеряла ребенка, опыт повторился. Женщина научилась надевать маску благополучия и отрицать свои собственные реакции. В конечном итоге, это определило и то, как ее собственная дочь переживала потерю сестры. Она не

рисковала говорить с мамой на большую тему. По прошествии нескольких лет я встретился с уже почти взрослой дочерью клиентки. Пожилой мужчина пытался соблазнить ее, и хотя это почти не причинило ей вреда, она болезненно переживала случившееся, чувствуя необходимость соответствовать скрытым ожиданиям родителей и переживая чувства стыда и вины перед ними. Эти проблемы стали предметом рассмотрения на семейной терапии. Однако во время нашей встречи девушка затронула также давнюю тему, вдруг заговорив о том, как она переживала потерю сестры более десяти лет назад. Слушая ее, я выяснил две важные вещи. Во-первых, на протяжении всех этих лет у нее было ложное представление о происшедшем, что легко могло бы быть исправлено, если бы в семье существовала более открытая коммуникация, а также если бы ребенок не был исключен из семейной психотерапии после трагедии. Во-вторых, она упомянула об одной важной детали аварии, о которой родители не знали, и которая изменила наше восприятие трагедии. Она не помнила, почему в свое время не рассказала об этом родителям. Но есть все основания полагать, что такое умолчание отражает принятый в семье и наследуемый от поколения к поколению запрет коммуникаций по поводу потенциально болезненных тем. Таким образом, работа с семьей непосредственно после аварии могла бы помочь и ребенку и родителям справиться с потерей.

Работа с семьями со всей очевидностью убеждает, что если непосредственно после критического события реакции пострадавших, включая и шоковые, часто очень похожи, то со временем они приобретают все большую индивидуальную окраску, в зависимости от личностных особенностей жертв происшедшего, их предшествующего опыта, возраста, социального взаимодействия. При асинхронии реакций в семье могут возникать серьезные проблемы и конфликты. Имеются в виду такие случаи, как, например, недостаток родительской проницательности, не позволяющий им проникнуть в подлинные причины внешнего отсутствия у детей сильных эмоциональных проявлений при переживании горя, или неспособность членов семьи поддержать друг друга в этих условиях. Нельзя не учитывать и гендерные особенности в реагировании на травму. Известно, например, что сила и длительность эмоциональных реакций у женщин иная, сравнительно с мужчинами: они выражены ярче и сохраняются на протяжении более длительного времени. Противоположны и гендерные стили совладания с горем и травмой: женщины стремятся говорить о случившемся, выплескивая свои чувства вовне, тогда как мужчины, как правило, предпочитают справляться с трагедией в одиночку, нередко уходя в работу или «размывая» горе при посредстве активных

действий и ритуалов. Игнорирование этих различий может приводить к взаимным обвинениям, к состояниям погруженности в мысли о потере и пр. Раннее вмешательство, включающее информирование о возможности такого рода трудностей в первую неделю после кризисного события, способствует стрессоустойчивости, сопротивляемости семьи.

Раннее вмешательство: работа с семьей

Первичная фокусировка экстренной помощи после чрезвычайного события, как для отдельных индивидуумов, так и для семей или групп, заключается в: а) обеспечении комфорта, заботы и как следствие – снижении возбуждения и б) информировании пострадавших. Сразу же после травмы члены семьи оказываются в ситуации, когда их чувства обострены и открыты быстрому восприятию информации. Последние исследования памяти свидетельствуют об активации механизмов запоминания в ситуации сильного возбуждения (*van der Kolk & Fisler, 1995*) – феномене, который я назвал «сверхпамятью» (*Dyregrov, 1992*), подчеркивая интенсивность и яркость воспоминаний, переживаемых в подобных условиях. В то же время многие, напротив, переживают снижение эмоциональной реактивности (или диссоциацию), а также амнезию (*Joseph, 1999*). Мы полагаем, что, как обострение чувств, так и диссоциация, составляют часть процесса мобилизации психических ресурсов, помогающих человеку справиться с критическим событием. Обостренное внимание к важным аспектам ситуации, быстрая актуализация предыдущего опыта способствуют более адекватному реагированию на ситуацию (*Dyregrov, Solomon & Bassge, 2000*). Впрочем, обостренная чувствительность может также означать и то, что окружающая среда будет восприниматься и как недостаточно поддерживающая и помогающая (лишний аргумент в пользу чрезвычайной важности того, чтобы семье была оказана профессиональная экстренная помощь).

Вследствие повышенной чувствительности ко всем сторонам окружения должен быть сделан акцент на создании поддерживающей атмосферы, которая бы способствовала снижению уровня возбуждения. Если данное условие соблюдается, воспоминания о событии упорядочиваются (*Pitman, 1989*), снижаются психологический дистресс и физиологическое возбуждение. Родители, братья и сестры по прошествии многих лет могут возвращаться к ситуации либо с позитивными воспоминаниями («У врача были слезы на глазах. Представляете, он так переживал за нас, что плакал») или негативными («Я никогда не забуду, как нас заставляли ждать и ничего при этом не говорили»). Опыт «холодной» нечеловечной обстановки после критического или травматического события или жесткое

информирование может иметь очень тяжелые последствия. Еще один пример:

Ребенок – девочка – умерла в реанимации, когда родителей не пускали к ней. Хотя отделение обычно позволяет родителям быть с ребенком, трудные попытки спасти ее жизнь вынудили врачей запретить присутствие родителей. Дополнительной травмой стали слова анестезиолога, которого мать девочки обвинила в том, что ее лишили возможности побыть с дочерью в последние минуты ее жизни: «Она все равно не почувствовала бы никакой разницы».

Первый день после травматического события обычно очень важен тем, что в это время становится ясно, как семья интерпретирует критическое событие, как она оценивает свои действия в этой ситуации и как справляется и восстанавливается с ходом времени. И все это связано не только с травматическим воздействием трагического дня, но также с представлениями о собственных действиях и реакциях других людей. В первые дни после события мы стремимся помочь пострадавшим вновь обрести чувство контроля, предлагая им шаг за шагом рассмотреть те решения, которые были ими приняты, чтобы выжить и справиться с ситуацией. Фокус обычно смещается с ощущения беспомощности и трагизма на восприятие правильных выборов, которые были необходимы для выживания. *Восстановление чувства контроля и веры в собственную компетентность* является ключевым в этих интервенциях. В данный период мы должны принять эмоциональную подавленность или диссоциацию, которая в каком-то смысле позволяет человеку сфокусироваться на том, что произошло, и не стимулировать эмоциональную переработку события, пока к этому нет готовности. А. Шалев (*Shalev, 2000*) недавно поднял эту проблему, замечая, что неадекватный дебрифинг может разрушить защитный щит тех, кто все еще находится в состоянии оцепенения или диссоциации.

Работа с сенсорными импринтами

Членам семьи, страдающим от тяжелых сенсорных образов, необходимо освоить способы контроля по отношению к навязчивым образам и воспоминаниям. И детей и взрослых можно научить элементарным техникам самопомощи, представив, например, что они видят травмирующий их образ на экране телевизора, что в руках у них есть пульт управления и, по крайней мере, они могут выключить телевизор. Но у них еще остается возможность всячески изменять беспокоящий образ, с тем чтобы, манипулируя им, обрести над ним контроль (*Dyregrov, 1997a*). Эти методы также являются частью информирования, предоставляемого участникам в групповом дебрифинге (*Dyregrov, 1997b*).

Если навязчивые образы неотступно преследуют пострадавшего на протяжении нескольких дней, человека просят описать эти образы и связанные с ними мысли детально. Это делается для того, чтобы удостовериться, что сенсорные фрагменты последовательно облечены в слова и вписаны в предшествующий опыт жизни человека, чтобы сделать имплицитную память эксплицитной. Однако, и в работе с семьей, и в групповой работе данная процедура представляет собой достаточно сложный процесс, требующий осторожности и внимания. Детальный разбор беспокоящих воспоминаний в группе может привести к травматизации других членов группы, которые в данный момент являются всего лишь слушателями (*Dyregrov*, 1999). Только в том случае, если подобный опыт имеется у всех членов группы, тем самым объединяя их, такая работа может проходить в групповом формате.

Шаги к восстановлению

Одно из предназначений раннего вмешательства – помочь семье избежать появления семейных тайн и секретов, еще одного «минного поля» семьи (*Brown-Smith*, 1998). Недавно я работал с пострадавшими в транспортной катастрофе (по прошествии примерно года после события). Это были мама, оказавшаяся непосредственной жертвой происшествия, и ее четырехлетняя дочь, которую мучили ночные кошмары. Проходивший стажировку психолог-консультант рекомендовал маме скрыть от ребенка, что в этой катастрофе многие погибли, хотя девочка спрашивала, всех ли удалось спасти, и задавала много вопросов о других пассажирах. Адекватное раннее вмешательство, не игнорирующее потребностей ребенка, могло бы создать безопасное коммуникативное пространство и, возможно, оградить ребенка от ночных кошмаров. Этот пример лишний раз убеждает в необходимости специальной подготовки тех, кто оказывает экстренную помощь.

Соккрытие фактов, касающихся травмы, от членов семьи сказывается на стабильности семейной системы и атмосфере доверия между членами семьи. Не менее трагичны случаи самоубийства в истории семьи, когда детям говорят, что их родственник умер от болезни сердца или другой менее стигматизирующей причины. Правда может открыться позже при участии друзей и знакомых семьи, или же дети могут узнать о ней уже через много лет. В некоторых случаях информация, связанная с травмой или потерей, может скрываться одним из супругов, что также приводит к подозрениям и тревоге в семейной системе и, в конечном счете, к снижению доверия. Раннее вмешательство призвано помочь избежать создания этих незримых стен, способствовать открытой прямой коммуникации между членами семьи и ее подсистемами.

Психолого-образовательные интервенции

В лонгитюдном исследовании семей, по прошествии 12-15 лет после смерти ребенка (*Dyregrov & Dyregrov, 1999*), родителей спрашивали о том, что из арсенала помощи на протяжении всех этих лет оказалось наиболее полезным, что лучше всего помогало им справиться с потерей. Практически все семьи подчеркивали значимость раннего информирования о возможных индивидуальных и семейных реакциях (мыслях, чувствах, поведении), которое помогало им сориентироваться в наступившей их психологически новой реальности. Психологическая готовность к тем изменениям в семейном и социальном взаимодействии или в общении с партнером, которые обычно переживаются после травмы, помогала вовремя распознать и принять эти реакции как части нормального функционирования. Раннее вмешательство включает терапевтические задачи подготовки, объяснения, интерпретации и «обучения», касающиеся того, что может испытывать человек, переживший трагедию. Однако, надо заметить, что поскольку все люди очень разные и размах реакций обычно бывает весьма широким, важно проводить эту пропедевтику так, чтобы те, кто не переживает сильных интенсивных реакций, не считали бы это, в свою очередь, признаком патологии.

Предпочтительно, чтобы в первые две недели после критического события, сразу же после того, как минует первая шоковая стадия, партнеры получили информацию, касающуюся гендерных различий в способах реагирования. Неосведомленность в этой области нередко приводит к ошибочно нелицеприятной интерпретации в адрес партнера и его поведения, к необоснованным обвинениям себя и другого. Своевременное информирование может предупредить потенциальные конфликты, повысить взаимное чувство контроля. Помощь членам семьи, направленная на то, чтобы они открыто выразили свои эмоции и услышали друг друга, как правило, только повышает внутрисемейную сплоченность. Одновременно было выявлено, что низко-конфликтные пары используют невербальные коммуникации и кодовые слова и сигналы, давая понять друг другу о своих чувствах (*Gilbert, 1989*).

Улучшение внутрисемейной коммуникации – непростая задача. Делая предметом рассмотрения на консультациях обсуждение коммуникаций между партнерами и членами семьи, распределение ролей между ними, степень эмоционального удовлетворения, реальные и потенциальные конфликты и т.д., можно работать непосредственно с задачей формирования благоприятного климата для восстановления после травмы. Схожим образом мы можем помочь семье понять реакции социального окружения, общества, одновременно расширив собственные представления о том, как можно активизировать социальные ресурсы.

Заключение

Раннее вмешательство обладает драгоценным потенциалом избавления отдельных людей, семей и целых сообществ от избыточной боли и дистресса. В этой статье рассматривалась работа с семьей. Травматические события могут оказывать тяжелое воздействие на функционирование семьи, след которого сохраняется на протяжении даже не одного, а ряда поколений. В этих обстоятельствах исключительно важно создавать и поддерживать открытость внутрисемейной атмосферы, благодаря чему становится возможной коммуникация о том, что произошло и происходит между партнерами или членами семьи после критического события. Однако расширение сферы раннего вмешательства и включение в него работы со всей семьей добавляют ответственности, требуя от консультанта не только профессиональных навыков кризисной помощи, но и познаний в области семейной динамики и возможных воздействий травмы на внутрисемейное взаимодействие и отношения. Как и во всяком помогающем взаимодействии, небрежность и непрофессионализм в этой области могут вызвать больше боли и вреда, чем пользы.

ЛИТЕРАТУРА

- Brown-Smith N. (1998).* Family Secrets. *Journal of Family Issues*, 19, 20-42.
- Dyregrov A. (1992).* Katastrofpsykologi. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov A. (1997a).* Barn og traumer. (Children and Trauma) Bergen: Sigma forlag.
- Dyregrov A. (1997b).* The process in critical incident stress debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-605.
- Dyregrov A. (1998).* Psychological debriefing – An effective method? *Traumatology*, 4: 2, Article 1. <http://www.fsu.edu/~trauma/>
- Dyregrov A. (1999).* Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 175-181.
- Dyregrov A. & Dyregrov K. (1999).* Long-Term Impact of Sudden Infant Death: A Twelve to Fifteen Year Follow-Up. *Death Studies*, 23, 635-661.
- Dyregrov A., Solomon R.M. & Bassoe C.F. (2000).* Mental mobilization on critical incident stress situations. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 73-81.
- Dyregrov K, Nordanger D. & Dyregrov A. (1998).* Omsorg for etterlatte etter selvmord. Kommunestudien. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen. (113 s.)
- Dyregrov K, Nordanger D. & Dyregrov A. (2000a).* Omsorg for etterlatte ved selvmord. Etterlattestudien. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen. (171 s.)
- Dyregrov K, Nordanger D. & Dyregrov A. (2000b).* Omsorg for etterlatte ved bra, uventet dod. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen. (80 s.)

- Everly Jr., G.S. & Mitchell J.T. (1997).* Critical incident stress management. A new era and standard of care in crisis intervention 2nd edition. Chevron Publishing Corporation.
- Field T., Seligman S. & Scafidi F. (1996).* Alleviating posttraumatic stress in children following hurricane Andrew. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 37-50.
- Gilbert K.R. (1989).* Interactive grief and coping in the marital dyad. *Death Studies*, 13, 605-626.
- Joseph R. (1999).* The neurology of traumatic “dissociative” amnesia: commentary and literature review. *Child Abuse & Neglect*, 23, 715 – 727.
- Nordanger D., Dyregrov K. & Dyregrov A. (1998).* Omsorg for etterlatte ettekrybbedod og barneulykker. Tilbudet i norske kommuner. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen. (72 s.)
- Nordanger D., Dyregrov K. & Dyregrov A. (2000).* Omsorg for etterlatte etter krybbedod og barneulykker. Etterlattestudien. Rapport. Senter for Krisepsykologi. (130 s.)
- Raphael B. & Wilson J.P. (2000)* (Eds.). Psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pitman R.K. (1989).* Post-traumatic stress disorder, hormones and memory. *Biological Psychiatry*, 26, 221-223.
- Shalev A.Y. (2000).* Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. In B.Raphael & J.P.Wilson (Eds.). Psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shalev A.Y., Bonne O. & Spencer E. (1996).* Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-187.
- Van der Kolk B.A. & Fisler R. (1995).* Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, (4), 505-525.