

«ТЬМА НАД БЕЗДНОЙ» СУПЕРВИЗИЯ БРИГАД ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

М. ЛЭХЭД*

Автор данной статьи, обладая опытом кризисного вмешательства, а также супервизии специалистов, работавших с жертвами критических событий непосредственно во время и после трагедии, вводит понятие «сострадательное истощение», обозначая им вторичное травматическое стрессовое расстройство, симптомы которого начинают проявляться у этих людей. Размышляя над данным явлением и пытаясь понять его корни, он опирается на психосоциальные и антропологические подходы. В статье раскрывается многофакторная модель Basic Ph, позволяющая классифицировать методы работы с феноменом сострадательного истощения, и приводится пример групповой супервизии.

Психологические и методологические инновации в супервизии

Термин *сострадательное истощение* (compassion fatigue) впервые был предложен К.Джойнсоном (Joinson, 1992) и затем разработан Ч.Фиглеем (Figley, 1995) как альтернатива более раннему термину – *вторичное травматическое стрессовое расстройство* (McCann, 1990). Оба понятия описывают результат воздействия, которое оказывает на специалистов в области психического здоровья, в том числе психологов-консультантов, работа с людьми, страдающими ПТСР. Новый вебстровский словарь (*Webster's New Collegiate Dictionary*, 1989) определяет *compassion* как «сочувственное осознание страдания, дистресса других в сочетании со стремлением облегчить его».

Цель статьи – предложить новое понимание данного феномена, рассматривая его как следствие недостатка ритуалов, выполняющих функ-

* *Mooli Lahad*. Darkness Over the Abyss. Supervising Crisis Intervention Teams Following Disaster. Volume VI, Issue 4, Article 4 (December, 2000). Сокращенный перевод с англ. **Н.Ю. Федуниной**.

цию защиты и инициации, а также отсутствия мифов, откуда можно было бы черпать целительные метафоры. Размышляя над данным явлением, мы будем опираться на психосоциальные и антропологические подходы к его объяснению.

Остановимся сначала на самом понятии сострадательного истощения.

Симптомы, сопровождающие это явление, во многом сходны с теми физиологическими, эмоциональными и когнитивными реакциями, которые обычно наблюдаются у жертв критического события. Иными словами, спасатели, приходящие на помощь, сами начинают страдать той же симптоматикой, что и непосредственные жертвы трагедии. Примерно в 3-7% случаев она может получать столь сильное выражение, что у специалистов развивается ПТСР со всеми его долговременными проявлениями (*Hodgkinson & Stewart, 1991*).

Эмоциональное «сгорание» среди специалистов в области психического здоровья – достаточно распространенный предмет исследования (*Freudenbeyer, 1974; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1981; Pines, 1993*). Согласно литературным данным, процесс «сгорания» включает три компонента: эмоциональный, физиологический и психологический (*Pines & Aronson, 1988*). Примечательно, что в то время как этот синдром развивается постепенно и имеет предваряющие его, настораживающие реакции в виде эмоционального истощения, раздражительности, нарушения концентрации и других физиологических и психологических явлений, то феномен *сострадательного истощения* может появиться неожиданно, без каких бы то ни было предшествующих проявлений и настораживающих признаков (*Figley, 1995*). Более того, в отличие от психологического сгорания, *сострадательное истощение* связано с сильным чувством беспомощности, растерянности, ощущением оторванности от всяческой поддержки и, среди прочего, с психосоматическими симптомами, сходными с теми, что испытывают непосредственно пострадавшие или жертвы. Однако надо заметить, что и восстановление также происходит обычно достаточно быстро.

Кто может стать жертвой *compassion fatigue*?

Ч.Фиглей (1995) выделяет два главных компонента *сострадательного истощения*: эмпатию и столкновение с реальностью травмы. В отсутствие обоих компонентов развитие данного явления маловероятно. Как подчеркивает упомянутый автор и другие исследователи, работа с жертвами травмы (пострадавшими, а также свидетелями и членами семей пострадавших) предполагает столкновение с самой травмой и, соответственно, уязвимость по отношению к ней. Уязвимость объясняется рядом причин:

1. Эмпатия служит центральным инструментом при оказании помощи и планировании программ вмешательства. К.Харрис (*Harris*, 1995) полагает, что именно эмпатия выступает в качестве ключевого фактора, обуславливающего «проникающее» воздействие травматического события на консультантов, занятых в службах кризисной помощи.

2. Большинство из тех, кто участвует в оказании помощи, наверняка сталкивались в своей жизни с травматическими событиями. Некоторые из проблем, с которыми они помогают справиться, могут быть похожи на те, что пришлось пережить им самим.

3. Помогаящие могут страдать от своих собственных неразрешенных травм.

4. Работа с детьми, пережившими травматическое событие, может иметь особенно сильное влияние на человека.

Р.Янов-Булман (*Janoff-Bulman*, 1985; 1992) говорит о травме как о «сбое» внутриличностной структуры, отвечающей за чувство контроля через посредство ощущения понятности и стабильности мира, которое включает и восприятие человеком самого себя как части этого мира. Подобный сбой обычно происходит в результате прямой угрозы для жизни. Однако он может произойти и в тех случаях, когда человек становится свидетелем трагедии другого, особенно если он эмоционально вовлечен в судьбу страдающего человека.

Катастрофы, как правило, не дают времени на подготовку. Они могут произойти в любой момент, везде и с каждым. Через телевидение, рассказы потерпевших, череду последующих разговоров они проникают в наши жизни, требуя от спасателей незамедлительных действий, без всякого «разогрева», настройки, подготовки.

Телекоммуникации и роль специалистов в области психического здоровья: антропологический подход к мифу о бедствиях

До войны в Заливе¹ большинство гражданских специалистов в области психического здоровья практически не работали непосредственно в условиях чрезвычайных событий. Во-первых, существовала традиционная точка зрения, согласно которой специалисты должны были встречать пострадавших в реабилитационных центрах или клиниках; в некоторых случаях их просили поддерживать семьи погибших во время похорон или дома в минуты прощания и после. Другими словами, существовала физическая дистанция от места катастрофы. Во-вторых, требовалось время

¹ Имеется в виду война между Ираком и многонациональными силами (1990–1991 гг.)

для подготовки телерепортажа, не говоря уже о выходе из печати газеты. Этические правила, принятые ассоциациями журналистов, а также жесткий правительственный контроль над деятельностью СМИ, ограничивали трансляцию некоторых сцен и кадров. Так что спасатели, работающие с жертвами критических событий, были во временном и пространственном плане отделены от трагедии, сталкиваясь с конкретными ее обстоятельствами почти исключительно при посредстве рассказов пострадавших или статей и фотографий в газетах и телепередачах.

После войны в Заливе было принято решение, согласно которому гражданские специалисты в области психического здоровья (социальные работники и психологи) должны были работать также непосредственно на месте катастрофы. Поводом к такому решению послужили принципы кризисного вмешательства, впервые сформулированные Т.Салмоном (*Salmon*, 1919) и позже возрожденные К.Артиссом (*Artiss*, 1963), которые сводились к трем пунктам: «близость к месту трагедии, незамедлительность, ожидание быстрого восстановления». Данная модель кризисной терапии использовалась израильскими военными службами психического здоровья.

Предполагалось, что неотложная помощь, оказанная на месте трагедии, может снизить риск ПТСР среди пострадавших, родственников и свидетелей трагедии. Эта гипотеза уже прошла эмпирическую проверку во время войны в Ливане в 1982 году (*Solomon et al.*, 1986). В обязанности группы психологической и социальной помощи входила также поддержка спасателей. Такого рода экстренная психолого-социальная помощь предполагала вмешательство по ходу или непосредственно после спасательных операций, так что степень вовлеченности психологов и социальных работников в последствия чрезвычайного события значительно возросла. Более того, в средствах массовой информации прямые включения с места событий, минимальные временные затраты на установку оборудования и репортажи без предварительной редактуры также стали преобладающими. Таким образом, еще даже не доехав до места трагедии, психолог уже обнаруживает себя полностью погруженным в зрительные и слуховые картины происходящего, «видит», «слышит», «знает» не меньше, чем сами пострадавшие. Такая почти «реальная» встреча с трагедией приводит к идентификации с пострадавшим, а также восприятию его рассказа в роли уже не просто слушателя, но очевидца, а иногда и более информированного партнера по страданию, чьи образы трагедии почти столь же яркие и вызывают не менее сильные эмоции, чем у непосредственных жертв события. Это повышает степень эмпатии спасателей и ассимиляции ими всего происходящего в условиях катастрофы. Репортажи с места трагедии многократно повторяются и, по описаниям спасателей, имеют

полугипнотический эффект, побуждая смотреть их снова и снова, «чувствуя себя актерами/участниками и иногда “невидимыми” пострадавшими того же самого инцидента».

Отсутствие ритуалов как защитного фактора

В обычной работе специалиста в области психического здоровья существуют некоторые ритуалы, помогающие дифференциации позиций «пациент-терапевт» и защите от проникновения травмы в их жизнь. Эти ритуалы крайне полезны при попытках «вхождения в роль» страдающего клиента. Скажем, самая первая стадия установления контакта с клиентом – процедура приема (*intake*) – в терминах ролей может быть рассмотрена как ритуал дифференциации, при котором терапевт спрашивает, а клиент отвечает. Эта фаза работы, в числе прочего, имеет целью установление четких границ между двумя участниками психотерапевтического процесса. Ритуал знакомства может ограничиваться или не ограничиваться во времени, занимать одну или более встреч, и даже если он ограничивается всего лишь одной встречей, изучение материалов после ухода клиента помогает консультанту осмыслить его проблемы, что под определенным углом зрения также вносит свой вклад в дифференциацию между консультантом и клиентом.

Не менее важен ритуал достижения договоренности о времени и месте консультаций – фактор, обычно контролирующийся, главным образом, консультантом. Хотя предпочтения клиента, разумеется, также принимаются во внимание, однако встреча происходит в рабочее время терапевта, в его рабочие дни и на его территории, в его офисе. Консультант в этом ритуале контролирует также центральный компонент, то есть длительность консультации, которая обычно составляет 50 минут. Существуют и другие ритуалы, такие, например, как приветствие и прощание.

Принцип незамедлительности вмешательства, диктуемый всеми обстоятельствами чрезвычайного события, осложняет реализацию подобных ритуалов. Нет времени для глубокого анамнеза; редко, когда есть возможность решать, где будет происходить консультация; и даже длительность и регулярность консультаций нередко бывает весьма неопределенной.

Недостаточность дистанции

Консультанты экстренной психолого-социальной помощи обычно мобилизуются для работы при чрезвычайных ситуациях, происшедших в непосредственной географической близости от места их работы или про-

живания. Географическая близость приводит к особому рода идентификации с пострадавшими – психологи с большой вероятностью могли и сами стать жертвами, однако теперь их зовут на помощь. Это обстоятельство весьма затрудняет поддержание дистанции от события и его возможной угрозы. И поскольку место трагедии – их родной город или даже район, то по дороге с работы домой (даже если трагедия уже позади), они повсюду сталкиваются с ее знаками. Постоянное «напоминание» о том, что «это могло случиться со мной или моими близкими», еще более ослабляет механизмы защиты.

Помимо географической близости, можно выделить психологическую близость, характеризующую ситуацию, в которой пострадавшие имеют сходные с консультантом социо-экономический статус, возраст и т.д. Недостаточная географическая или психологическая дистанция повышает вероятность идентификации с пострадавшими, а также ассимиляции их историй как части личной истории, собственного я.

Идентификация и контрперенос

Идентификация и контрперенос – известные аспекты терапевтического процесса, широко обсуждаемые в ходе как обучения специалистов, так и их супервизии, и в плане кризисного вмешательства также. Однако в случае работы с пострадавшими при катастрофе вопросы идентификации и контрпереноса приобретают особую остроту.

В обычной работе консультант прорабатывает перенос с помощью конфронтации или других терапевтических техник. Встречаясь с пострадавшим или родственником погибшего, который говорит «как вы напоминаете мне моего сына» или «вы стали для меня совсем как родной», прибегнуть к конфронтации или дистанцированию трудно, практически невозможно. Подобная ситуация обычно приводит к «чувству значимости для них (клиентов), с одной стороны, и сознанию груза ответственности, с другой». Консультант включается в отношения, пытаясь исполнять эту нереальную, странную (контрпереносную) роль члена семьи или друга. Эмоциональный груз идентификации с пострадавшими часто выражается в развитии глубоких отношений с самими клиентами и их семьями, в частых визитах к ним домой, телефонных звонках, что выходит за пределы прямых задач терапии. Консультанты объясняют, что «все это для них крайне важно, я им так нужен/нужна».

Этот феномен связан с понятием, которому Р.Лифтон (*Lifton, 1967*) дал название *отпечаток смерти* (*the imprint of death*). Пострадавшие или члены их семей привязываются, запечатлевают образ первого «спасителя», которого они встречают. И терапевт, в свою очередь, тоже проходит

подобный путь, привязываясь к клиенту. Он проводит с ним гораздо больше времени, чем предполагает терапевтическая сессия, связывается с разного рода нужными организациями, выполняя эту функцию вместо самого клиента и его родных. Не описать всю степень тяжести расставания с пострадавшими и членами их семей, когда работа заканчивается и наступает минута прощания.

Другим проявлением процесса идентификации является развитие физических симптомов, подобных тем, которыми страдают клиенты, таких как физическая боль и пр. Порой терапевты начинают разделять с клиентами сильное раздражение, которое у тех вызывают разного рода официальные помогающие организации, службы и их работники, вопреки тому, что обычно специалисты работают с ними совместно и на основе отношений согласия. Некоторые консультанты рассказывают о преследующих их снах, возвращающих к трагедии, ее жертвам и их семьям, а также жалуются на трудности концентрации и апатию (явления, сходные с проявлениями горя и мягкой депрессии).

Как быстро развивается *сострадательное истощение?*

Мне приходилось видеть, как этот симптом появляется в считанные часы. Консультанты чувствуют себя уставшими, истощенными, однако отказываются идти домой, говоря или, по крайней мере, думая: «Я не могу оставить этих людей сейчас, когда я им так нужен. Они не смогут найти общий язык ни с кем другим». Или же консультант, едва расставшись с клиентом, звонит ему по телефону, выясняя, как у него дела. В некоторых случаях консультанты рассказывали, что так привязывались к семье, что не было и дня, чтобы они не навещали ее, «просто чтобы поздороваться». Одна очень опытная наша сотрудница, социальный работник, узнав в морге, что у семьи погибшего нет мебели в гостиной, перевезла туда мебель из квартиры своего сына, находившейся неподалеку.

Как бы то ни было, наиболее распространенными симптомами являются боли, изменение аппетита, нарушения сна, ухудшение настроения, потеря интереса ко всему, что находится за рамками события, и прежде всего перегруженность работой, ее рутинной, полную в нее погруженность. Эти симптомы похожи на феномен *военного истощения* (combat fatigue), проявления которого быстро развиваются и быстро проходят – физические и эмоциональные симптомы исчезают по прошествии трех-четырех дней после их возникновения, хотя полное восстановление часто занимает больше времени.

**Миф о спасателе, или размышление о том,
как снова собрать все воедино**

*Шалтай-Болтай сидел на стене,
Шалтай-Болтай свалился во сне,
И вся королевская конница
И вся королевская рать
Не могут Шалтая, не могут Болтая
Шалтая-Болтая, Болтая-Шалтая собрать.*

Желание собрать Шалтая-Болтая – прекрасный пример стремления героя, в нашем случае – спасателя, помочь: не просто дать консультацию, но заново собрать все части воедино, как было до того момента, когда некое целое вдруг распалось на отдельные фрагменты. Эта задача, определенно, играет важную роль в том участии, какое испытывает консультант в критической ситуации по отношению к пострадавшим. Но какого рода взаимодействие происходит между «Шалтаем» и «королевской ратью», то есть консультантами?

Трагедия создает внезапный разрыв в непрерывности нашей жизни и нарушает свойственное человеку чувство контроля (*Janoff-Bulman*, 1985; 1992; *Omer & Inbar*, 1991; *Winnicott*, 1971). Мы всю свою жизнь возводим эти непрерывности, словно мосты над пропастью, чтобы быть уверенными, что завтрашний день в чем-то основном будет подобен вчерашнему, что в жизни есть своя логика, непрерывность помогает ощущать стабильность, безопасность нашего существования. Трагедия разрушает нашу веру в добрый, правильный мир и сталкивает с хаосом. Обычные реакции в этих случаях: «не понимаю, что происходит» (разрыв когнитивной непрерывности); «не узнаю себя» (нарушение своей исторической непрерывности); «не знаю, что делать, как вести себя; как это – жить калекой, постоянно быть со своим горем?» (разрыв ролевой непрерывности); «я совсем один; где все, кого я люблю?» (утрата социальной непрерывности).

Я знаю по опыту две противоположные мысли, которые возникают в голове у пострадавших: «Это просто страшный сон – сейчас я проснусь, и все будет как прежде» и «Дальше все будет только хуже – это конец; ужас ранит больше боли». Поскольку трагедия реальна, и она уже произошла, первая, обнадеживающая, мысль угасает достаточно быстро, и человек часто переходит к катастрофальному мышлению, вынуждающему думать, что все плохо и будет еще хуже. Потребность в другом человеке, который извне помог бы организовать распавшееся бытие, «заземлить» его в настоящем, переместить пострадавшего в прямом и переносном

смысле в относительно безопасное место, обычно переходит в привязанность жертвы к тому, кто оказал помощь и проявил заботу. И, как Шалтай-Болтай, он без слов транслирует вовне свое экзистенциальное послание: «помоги мне, скажи, что все это неправда, верни все прежнее, себе-ри заново мой расколовшийся мир».

В свою очередь, терапевт также сталкивается с похожими переживаниями. С одной стороны, он чувствует в себе огромную решимость, чувство ответственности, желание помочь, основанное на убеждении, что это вполне в его силах и возможностях – «собрать все воедино»; с другой стороны, при столкновении с ужасом реального его не может не охватывать чувство беспомощности и бесполезности.

Пострадавший проецирует ожидание всемогущества на консультанта, который становится в его глазах своего рода родительской фигурой, и эта проекция, на первых порах, встречается с самоощущением консультанта себя самого в качестве всемогущего родителя. П.Валент (*Valent*, 1995) описывает этот феномен как «привязанность»; я обозначаю его как «волшебное прикосновение» – по аналогии с утешением, которое беспоконный родитель дает своему ребенку, когда тот больно поранился. Объединение со значимой фигурой создает чувство безопасности, удовлетворенности, облегчения. Согласно точке зрения П.Валента, привязанность пострадавших может быть направлена на любого члена группы, который, подобно отцу, откликается на их боль и уязвимость. В основе переживания родительского «волшебного прикосновения» лежит детское знание, непоколебимая вера ребенка, что если мама подует на больное место или поцелует его, то боль утихнет. На мой взгляд, именно такого рода переживания поддерживают фантазию о всемогуществе консультанта, веру в возможность тем или иным волшебным образом «отменить» страшное событие, вернуть все как было до катастрофы.

Как уже говорилось выше, огромное желание защитить человека, переживающего горе, активирует в спасателях фантазии по поводу собственного всемогущества. Потребность пострадавшего получить помощь и потребность спасателя помочь до поры до времени комплементарны. Но, увы, в условиях массовой трагедии рано или поздно обнаруживается, что в данной ситуации «волшебное прикосновение» не срабатывает, оставляя в консультанте чувства бессилия, пустоты, сомнений в себе. В литературе подобные переживания описываются в терминах диады «всемогущество-бессилие». После многих лет работы в области экстренного вмешательства, на всем протяжении которых эта диадическая формулировка вызывала во мне сомнения, я однажды понял, что именно мешало мне с ней соглашаться.

«Тьма над бездною» – метафорический подход к пониманию взаимоотношений «спасатель-жертва»

В книге В.Колька, посвященной травматическому стрессу (*Van der Kolk, 1996*), одна из глав носит название «Черная дыра травмы». Переживание травматического события, представленное в этой главе, автор описывает, как затягивание человека в некую черную дыру. Это, безусловно, очень верная метафора. Встречаясь с пострадавшими, наблюдая за ними и членами их семей, я не раз слышал из их уст метафорические описания типа: «я падаю в пропасть», «я чувствую, что погружаюсь в черноту какой-то страшной бездны», «я окружен тьмой» или «... это как бездонная пропасть».

Несколько лет назад, перечитывая Книгу Бытия, я вдруг осознал, что это такое – «тьма над бездною». Тьма, которую переживают огромное число пострадавших в стихийных и рукотворных катастрофах, на самом деле есть их мольба о свете, надежде, исцелении. Обратимся к описанию встречи с «хаосом», которое находим в Бытии (1: 2; 1: 3):

«Земля же была безвидна и пуста, и тьма над бездною; и Дух Божий носился над водою. И сказал Бог: да будет свет. И стал свет».

Переживание хаоса, о котором говорят многие жертвы катастроф, может быть описано как столкновение с бездной и тьмой. Неожиданный разрыв непрерывности разных аспектов их жизни усугубляет чувство хаоса, нарушения порядка. И консультант также оказывается на краю этой бездны, заглядывая в ту же тьму. Но и тьма заглядывает в него. И эта встреча бросает экзистенциальный вызов не только существующему в человеке страху перед смертью и болезнью, но и его жизненным ценностям и убеждениям.

Последующие строки книги Бытия подводят нас к дальнейшему пониманию динамики отношений между помогающим и пострадавшим. Противостояние тьме и бездне невозможно без могущественной субстанции, которая была бы способна принести свет. Другими словами, переживание хаоса приводит к упованию на всемогущество, на свет. С другой стороны, те же беспомощность и хаос как бы подпитывают иллюзию всемогущества у помогающего. Внемя нуждам пострадавшего, консультант жаждет принести свет, каким бы призрачным и тусклым он ни был. Но поскольку порождение света – задача демиургическая (а, следовательно, невозможная для человека), возникает вопрос о реальных границах и действительной роли психолого-социального вмешательства.

Изучение библейского описания сотворения мира привело меня к мысли, что поскольку сотворение света – не в наших, человеческих, возможностях, восстановление порядка, вероятно, следует начинать с кон-

ца, с того, что *может* человек. Мне кажется, такой подход мог бы стать ключевым в помощи, которую мы в силах оказать жертвам критических событий. Другими словами, с самой первой встречи с пострадавшим консультант должен быть, в первую очередь, *сопереживающим человеком*, а не всемогущим существом.

Интересно, что когда понятие ПТСР было впервые введено в DSM-III (1980), авторы использовали термин «расстройство» (disorder), который соответствует латинскому понятию «хаос». Таким образом, скорее всего ненамеренно, понятие, описывающее хаос, было принято как обозначение того воздействия, которое может произвести на человека травматическое событие. Иногда хаос остается с пострадавшими или их семьями навсегда. Так что, полагаю, мы имеем здесь дело не только с бессилием, но, вероятно, с гораздо более общим переживанием, которое можно определить как нашу человеческую уязвимость.

Супервизия «королевской рати», или Как помочь спасателям?

Психологи во всем мире (Harris, 1995; McCammon, 1995; Pearlman, 1995; Mitchell, 1985; Dunning, 1988; Mitchell & Dyregrov, 1993; Hodgkinson & Shepherd, 1994), в число которых входят также израильские специалисты (Ayalon & Shacham, 2000; Lahad & Ayalon, 1994; Klingman, 1991), описывают ряд подходов к поддержке и самопомощи в помогающих профессиях. Большая их часть сводится либо к структурированным психотерапевтическим процедурам, таким как дебрифинг (Mitchell, 1985) и супервизия, либо к спонтанному восстановлению. Эти подходы можно классифицировать в соответствии с многомерной моделью *BASIC Ph* (Lahad, 1995):

- B** Вера, убеждение (система ценностей, надежда, самоуважение, locus контроля).
- A** Аффект (прямое и косвенное выражение эмоций).
- S** Социальность (друзья, роль, семья).
- I** Воображение, креативность.
- C** Познание, логика, реализм.
- Ph** Физическое (физическая активность, отдых и активность).

Некоторые рекомендации соотносятся с несколькими категориями одновременно.

Категория убеждений и ценностей (B) связана с задачей сообщения событию нового смысла, с воссозданием системы убеждений, нахождением смысла перенесенного страдания (Ayalon & Lahad, 1990; Frankel, 1970; Lahad & Ayalon, 1994; Perlman & Saakvint, 1995; White, 1990).

Категория аффекта (А) относится к «вентиляции», легализации прямых и косвенных эмоциональных проявлений, переживаемых в связи с критическим событием (*Mitchell & Dyregrov, 1993; Lahad & Ayalon, 1994*).

Социальный фактор (S) включает социальную поддержку, принадлежность к сообществу, организации, принятие роли (*Ayalon & Lahad, 1990; Elraz & Ozami, 1994*). П.Ходжкинсон и М.Стюарт (*Hodgkinson & Stewart, 1991*) выделяют роль руководителя как ответственного за эмоциональное и физическое здоровье, а также психологическое благополучие членов его команды. Человек, ответственный за проведение работ, планирует рабочее время, организует обсуждения, обеспечивает официальное признание усилий и помогает членам своей команды создать внутреннюю дистанцию по отношению к происходящему.

Воображение (I) связано с использованием творчества, ролевого проигрывания, облегчения, задачей отвлечения (*Lahad & Ayalon, 1990; Breznitz, 1983; Moran & Colless, 1995*).

Познавательный фактор (C) относится к повышению готовности персонала к соответствующему поведению в условиях ЧС, проведением профилактических и обучающих программ, а также дебрифинга (*Mitchell & Bary, 1990; Lahad & Ayalon, 1994; Binyamini, 1984; Cherney, 1995*).

В физической составляющей (Ph) акцент переносится на физическую активность как способствующую восстановлению и снижению травматического стресса, на использование релаксации и необходимой диеты (*Kfir, 1990; Figley, 1995*).

Многомерная супервизия in-vivo: принятие невозможности «отменить» событие

Я встретился с этими девятью спасателями по прошествии нескольких дней после их работы во время катастрофы, которая была для них третьей за последние пять месяцев. Все они прошли дебрифинг, тем не менее, в группе ощущались симптомы фатализма, усталости, апатии. Некоторые из состава группы поддерживали постоянный контакт с клиентами, пострадавшими в предыдущих катастрофах, несмотря на то, что это не входило в круг их обязанностей. У кого-то наблюдался гнев, чувство дискомфорта, однако все члены группы были очень преданы своей роли спасателя и продолжали откликаться на каждое новое происшествие.

Атмосфера в начале нашей встречи складывалась из тезиса «Он (я, супервизор) решит все наши проблемы» и антитезиса «Что он может сделать? Все безнадежно». Я, не медля, отметил про себя параллельные процессы между спасателями и их клиентами, балансирующие между отчаянием и всемогуществом.

Я решил начать с движения (ведь говорили они уже предостаточно), поместив в разных сторонах комнаты таблички со словами: Надежда, Отчаяние, Страх, Мужество. Задание заключалось в том, чтобы двигаться по кругу и, приближаясь к этим знакам, либо остановиться, что-то написать, нарисовать, либо сделать какое-то движение, издать звук.

Затем я попросил каждого из участников выбрать один из углов и встретиться там с другими участниками, которые также выбрали это место (если кому-то было трудно определиться в выборе, предлагалось найти место между двумя знаками.) В итоге, все разошлись по углам, кроме одного человека, расположившегося в интервале между мужеством и отчаянием.

Задачей следующего этапа было выразить без слов (знаками, звуками, движениями) в течение пяти минут те чувства, мысли, ощущения, которые актуализирует этот угол. Затем каждая группа ставила свой «хор», создававшийся из 2-4 предложений каждого из участников. Можно было подобрать ритм или использовать какую-нибудь известную мелодию. Вся процедура заняла около получаса. Когда мини-представления были готовы, группы поочередно показывали их, а остальные внимательно смотрели и записывали все, что приходило им в голову по ходу исполнения – мысли, образы, предложения, которые им понравились.

Настрой группы перешел в Ph-, S- и I-категории, минуя А и В, тем не менее, слез среди «зрителей» и даже на сцене было пролито немало.

Когда участников просили поделиться тем, что с ними происходило, некоторые признавались, что стихи, а тем более ритм, музыка заставили их снова очутиться лицом к лицу с собственным бессилием. Тьма, мрачные цвета были очевидны в образах и словах. Несколько членов группы плакали, ссылаясь на разрешение, данное им в отношении горевания. Они говорили, что стихи, включенные в сценарий, а особенно, минуты, когда они были одновременно и сами по себе и вместе с тем рядом с другими, впервые создали для них возможность открыто выразить свою скорбь, свое горевание. Участник, определивший свое место между знаками, говорил о важности состояния, которое не позволяет сделать однозначный выбор. Он плакал и смеялся в одно и тоже время, а когда его попросили описать, что с ним происходит, сказал: «Слезы – о моих собственных потерях в жизни, смех – облегчение, что можно поделиться этим без страха».

Следующую встречу мы начали чтением стихотворения из «Алисы в стране чудес». Стихотворение о Шалтае-Болтае знали все, но никто не связывал его со своими переживаниями. Я принес и прочитал вслух это стихотворение, дабы исследовать существующую в группе потребность «собрать все воедино». Мне казалось важным выяснить, насколько фрустри-

рующей для спасателей была эта задача, насколько возможной или невозможной она им представлялась, а также, чувствуют ли они гнев в отношении «короля», который ждет, когда, наконец, они «соберут» Шалтая.

Предлагалось выбирать разные роли и пробовать разные внутренние и внешние диалоги. Большинство участников впервые осознали невозможность той функции, которую они на себя берут, ощутив, каким грузом она ложится на них. «Король» был демистифицирован и пережил несколько неприятных минут, терпя направленные на него нападки и выражения гнева за то, что он слишком многого ждет от своей «рати».

Последняя часть второй встречи была связана с использованием техники направленного воображения, при помощи которой мужественные спасатели делились с бедным Шалтаем соображениями о том, что консультант может для него сделать, а что нет. В конце этого эпизода участники оформили свои мысли в виде письма.

Третья встреча была посвящена навыкам и действиям, которые могут снизить неприятные симптомы. Мы поставили огромную корзину в центр комнаты и попросили каждого написать на отдельном кусочке бумаги, что его все еще беспокоит. Каждый мог написать столько бумажек, сколько хотел. Затем предстояло доставать записки из корзины в случайном порядке, отреагировав на каждую и передав следующему участнику, который мог бы добавить свои идеи. Если кто-нибудь вытаскивал собственную записку, он мог либо ответить на нее, либо положить обратно. Однако, пройдя круг, она оставалась у хозяина. Это была очень сложная группа, однако в конце работы многие «проблемы» получили «ответы», одни – в форме советов и практических мыслей, другие – просто в словах утешения и поддержки. Участники могли сохранить ответ или попрощаться с ним и выбросить в корзинку с «мусором». Только три участника из девяти выбрали второй вариант. Мы завершили группу беседой о «согратательном истощении» и путях его предотвращения. Обучение релаксации стало завершением этой последней встречи.

Я попытался охарактеризовать то, что происходит со спасателями, работающими во время бедствия. Все мысли, выраженные в статье, основаны на моем личном опыте и наблюдениях, а также последующем обсуждении со специалистами, которых я супервизировал. Были выделены такие факторы, как отсутствие ритуалов профессиональной защиты, усиление воздействия травматического события через СМИ, географическое и психологическое сходство условий травмы у спасателей и их клиентов.

Обратившись к понятию хаоса, найденному в Книге Бытия, я предложил новое понимание хорошо знакомой спасателям фантазии всемогу-

щества, которая обусловлена особыми взаимоотношениями в диаде спасатель-жертва, где спасатель или консультант принимают позицию родителя, а жертва – ребенка. Метафора встречи с «тьмой над бездною» делает объяснимой силу психологического воздействия, которое испытывает спасатель, оказавшись перед лицом тьмы и бездны. А понимание такого переживания, в свою очередь, частично раскрывает и корни сострадательного истощения.

И, наконец, я продемонстрировал многофакторную модель BASIC Ph, позволяющую классифицировать методы работы с феноменом сострадательного истощения, и привел пример групповой супервизии. Насколько мне известно, это первая попытка использования творческих методов, в частности драма-терапии, в супервизии антикризисных команд. Они действительно помогают понять природу и способы совладания со случаями эмоционального истощения. Но, разумеется, за этими первыми шагами должны последовать дальнейшие исследования и проверка гипотез.

ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association (1980)*. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. Washington D.C.
- Artiss Kenneth (1963)*. Human behavior under stress, from combat to social psychiatry. *Military Medicine*, 128, 1011-1019.
- Ayalon A. & Shacham A. (2000)*. Helping the Helpers: Teaching the salutogenic approach to colleagues coping with war trauma. In Klingman A., Raviv A., Stein B. (eds.). *Children under Emergency and Stress: Characteristics and Psychological Interventions*. Jerusalem, Israel, Ministry of Education, Service for Psychology and Counseling. (Hebrew).
- Ayalon A. & M.Lahad (1990)*. *Life on the Edge*. Haifa: Nord Publishers (Hebrew).
- Beaton D.R. and Murphy S.A. (1995)*. Working with people in crisis: research implications. in Figley Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
- Binyamini K. (1984)*. The psychologist in the field tent: Introduction to professional camping. *Israeli Journal of Psychology and Counseling in Education*, p.35-54. (Hebrew).
- Breznitz S. (1983)*. *The Denial of Stress*. New York: University Press.
- Cherney M. (1995)*. Treating the “Heroic Treater”, in Figley Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel. p.131-149.
- Dunning C. (1988)*. Intervention strategies for emergency workers. In Lystad M. (Ed.) *Mental Health Response to Mass Emergencies*. New York: Brunner/Mazel.
- Elrav I. & R.Ozami (1994)*. Use of Supporting resources: during a progressive war incident, *Psychology*, vol. 4, p.1-2. (Hebrew).
- Figley Ch. (Ed.)*. *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.

- Frankel V. (1970).* Man in Search for Meaning. Tel Aviv: Dvir. (Hebrew).
- Freudenbeyer H.J. (1974).* Staff burnout. Journal of Social Issues. 30 (1). p.159-165.
- Harris C.J. (1995).* Sensory based therapy for crisis counselors. In Figley Ch. (Ed.) Compassion Fatigue. New York: Brunner/Mazel.
- Hodgkinson P. & Stewart M. (1991).* Coping with Catastrophes. London: Routledge.
- Hodgkinson P. & Shepherd M. (1994).* The impact of disaster support work. Journal of Traumatic Stress. 7(4).
- Janoff-Bulman Ronnie (1985).* The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. in Charles R.Figley (ed). Trauma and Its Wake, Vol. I, The Study and Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. Brunner/Mazel Psycho-social Stress Series No. 4.
- Janoff-Bulman Ronnie (1992).* Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. The Free Press, A Division of Macmillan, Inc. New-York.
- Joinson C. (1992).* Coping with compassion fatigue. Nursing. 22(4). p.116-122.
- Kfir N. (1990).* Like Ripples in the Water. Tel Aviv: Am Oved. (Hebrew).
- Klingman A. (1991).* Psychological and Educational Intervention in Disaster. Jerusalem: Ministry of Education. (Hebrew).
- Lahad M. (1995).* Masking the gas mask: Brief intervention using metaphor, imagery, movement and enactment. In A.Gersie (Ed.), Dramatic Approaches to Brief Therapy. London: Jessica Kingsley.
- Lahad M. & Ayalon A. (1994).* On Life and Death. Haifa: Nord. (Hebrew).
- Lahad M. & Cohen A. (1997) (Eds.).* Community Stress Prevention 1&2. Kiryat Shemona: Community Stress Prevention Centre.
- Lifton R.J. (1967).* Death in Life: Survivors of Hiroshima. New York, Random House.
- Maslach C. & Jackson S.E. (1981).* The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour. 2(2). p.99-113.
- Maslach C. (1982).* Burnout: The Cost of Caring. Engelwood Cliffs: Prentice Hall.
- McCann L. (1990).* Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress. 3 (1) p.131-149.
- McCammon S.L. & Allison E.J.* Debriefing and treating emergency workers. in Figley Ch. (Ed.) Compassion Fatigue. New York: Brunner/Mazel.
- Mitchell J. (1985).* When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency Medical Services. p.36-39.
- Mitchell J. & Bary G. (1990).* Emergency Services Stress. Englewood Clift. N.J.: Prentice Hall.
- Mitchell J. & Dyregrov A. (1993).* Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. in Wilson J. & Raphael B. (Eds.) The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press. p.905-914.
- Moran C. & Colless E. (1995).* Positive reactions following emergency and disaster responses. Disaster, Prevention and Management. University Press. 4 (1), p.55-60.

- Noy Shabtai (1987)*. Combat psychiatry: The American and Israeli Experience. In Belenky G.L. (ed.), *Contemporary Studies in Psychiatry*. Westport, CT., Greenwood Press.
- Noy Shabtai (1991)*. Can't Take it Anymore: Combat Stress Reactions. Tel-Aviv, Ministry of Defense Publications. (Hebrew).
- Noy Shabtai (1991a)*. Combat Stress Reactions. in Gal, R., & Mangelsorf, A. D., *International Handbook of Military Psychology*. John Wiley, London.
- Omer H. and H.Inbar (1991)*. Mass disasters: The role of the emergency team. *Sichot, The Israeli Journal of Psychotherapy*, 2 (3): 157-170. (Hebrew).
- Omer D. (1978)*. The kiss that got lost. Sherbrak, Tel Aviv (Hebrew).
- Perlman L. & Saakvinte K. (1995)*. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. in Figley Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel. p.150-177.
- Pines A.M. (1993)*. Burnout. In Goldberger L. & Breznitz S. (Eds.) *Handbook of Stress*, 2nd Ed. New York: Free Press. p.386-402.
- Pines A.M. & Aronson E. (1988)*. *Career Burnout Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Salmon T.W. (1919)*. The war neuroses and their lessons. *New York Journal of Medicine*. p.109.
- Solomon Z. (1993)*. *Combat Stress Reaction, The Enduring Toll of War*. New York: Plenum Press.
- Solomon Z. (1995)*. From denial to recognition: Attitudes towards Holocaust survivors from World War II to the present. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 8. p.229-242.
- Solomon Z., Benbenisti R., Mikulincer M. (1988)*. A followup of Israeli casualties of combat stress reactions (Battle Shock) in the 1982 Lebanon war. *The British Journal of Clinical Psychology*, 27 (2), 125-135.
- Solomon Z., Benbenishti R., Spiro S. (1986)*. Evaluation of the effectiveness of forward treatment in Combat Stress Reactions in the Lebanon War. Israel Defense Forces, Medical Corp., Mental Health Dept., Research & Evaluation Branch. (Hebrew).
- Valent P. (1995)*. Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. in Figley Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
- Van der Kolk B.A. (1996)*. The black hole of trauma. In Van Der Kolk & McFarlane A.C. & Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic Stress*. New York: The Guilford Press.
- Webster's Encyclopedic. *Unabridged Dictionary of the English Language*. (1989) New York, Grainevay.
- White M. (1990)*. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
- Witstom A. (1989)*. Crisis intervention and short-term psychotherapy. In H.Dasberg, I.Isaacson, G.Shefler. *Short-term Psychotherapy*. Jerusalem: Magnes, pp.53-66. (Hebrew).
- Winnicott D.W. (1971)*. *A Play and Reality*. London: Tavistock Publication.