*© С.В. Уманский*

**Тяжелая утрата и горе.   
Психологические и клинические аспекты**

В данной статье горе будет рассмотрено как с психологической, так и с клинической позиции. Обусловлено это несколькими моментами. Объективность потери (утраты) сопровождается субъективной переработкой полученной трагической информации. Мысли, чувства и переживания людей, перенесших утрату, индивидуальны, уникальны и неповторимы. Психогенез развития состояния зависит как от силы стрессора (субъективная близость потери), так и от адаптационных механизмов и копинг-стратегий субъекта, перенесшего утрату. При его дезадаптации возникают патологические (болезненные) состояния, которые требуют квалифицированной медицинской помощи.

Горе — понятие больше психологическое, нежели медицинское. Психологи определяют горе как реакцию на утрату значимого объекта, утрату части собственной идентичности или ожидаемого будущего. Термины «горе» и «утрата» используют обычно как синонимы. В узком смысле утрата — это человеческий опыт, связанный со смертью близкого, а горе — это чувства (страдание) и их проявления (например, плач). Реакция утраты может быть вызвана не только смертью близкого, но и, например, удалением части тела (руки, молочной железы), разрывом родственных связей (развод), увольнением с работы, уходом из родного дома, коллектива и т.д. [8][[1]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn1" \o ").

Реакция утраты на смерть близкого человека может проявляться эмоциональным шоком с оцепенением и «окаменелостью» или беспокойством, плачем, нарушением сна, аппетита, сужением сознания на психотравмирующих переживаниях, постоянными воспоминания об умершем, душевной тоской и т.п. С такими симптомами пациенты часто, в связи со смертью близких людей обращаются к психиатрам и психотерапевтам.

Реакция на утрату значимого объекта является специфическим психическим процессом, развивающимся по своим законам. Данный период жизни, сопровождающийся трауром, особыми атрибутами и ритуалами, носит очень важную задачу — адаптацию субъекта, перенесшего утрату, к «новой» жизни, жизни без умершего человека.

На сегодняшний день нет теорий горя (утраты, потери), адекватно объясняющих, как люди справляются с утратами, почему они по разному переживают меняющиеся степени и типы дистресса, как и через какой время они приспосабливаются к жизни без значимых умерших людей.

Существует несколько классификаций реакций горя. Исследователи выделяют от 3 до 12 стадий или этапов. В этих классификациях предполагалось, что человек, переживающий утрату, двигается от стадии к стадии [2,9,12,17] . Однако, некоторые специалисты критикуют данный подход [9,17]. Они считают, что основная сложность использования этих классификаций заключается в отсутствии четких границ между стадиями, а периодически возникающих рецидивах болезненного состояния, когда пациент возвращается на уже прошедшую, вроде бы успешно прожитую стадию. Еще одной особенностью проявления горя, затрудняющий использование стадийных классификаций и диагностику актуального состояния, является его индивидуальный и изменчивый характер. Кроме того, в определенных случаях некоторые стадии отсутствуют или бывают плохо выражены, и тогда их не удается отследить и/или взять в проработку. Поэтому некоторые авторы предпочитают ориентироваться не на стадии и этапы, а на задачи, которые должны быть выполнены человеком, переживающим утрату при нормальном течении горя [9,17].

Таким образом, большинство современных специалистов выделяют многообразные варианты течения и переменчивость переживаний горя, которые значительно отличаются по интенсивности и продолжительности среди культуральных групп и у разных людей [3,8,14,15,16, 18 ].

Психиатру (психотерапевту) в своей практической деятельности важно отличать адаптивный вариант совладания с трагической ситуацией (неосложненное горе) от дезадаптивного варианта (осложненное горе).

Субъективные переживания утраты индивидуально-различны для каждого человека, в связи с чем клинические проявления могут быть крайне вариабельны. Тем не менее, психиатру (психотерапевту) нужно составить мнение о том, развивается ли горе человека адаптивно или нет, чтобы принять решение о вмешательстве. Клиницист, который не представляет диапазон симптомов горя, рискует вмешаться в нормальный процесс и, возможно, расстроить его.

Знание специалиста о границах неосложненного, адаптивного горя может помочь ему распознать осложненное горе и/или депрессию, возникающую вслед за смертью близкого человека.

Неосложненное горе хотя и определяется в некоторой степени временными критериями и глубиной переживаний[[2]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn2" \o "), но не они являются определяющими. Критериями диагностики неосложненного горя являются:

1. Наличие динамики состояния. Горе — это не состояние, а процесс. «Застывшее», не меняющееся состояние должно внушать опасения.

2. Периодическое отвлечение внимания от болезненной реальности смерти.

3. Появление позитивных чувств в течение первых 6 месяцев после смерти близкого человека.

4. Переход от острого горя к интегрированному. Shear M.K. и Mulhare E. выделяют две формы горя [15]. Первая — это острое горе, которое возникает сразу после смерти. Оно проявляется выраженной печалью, плачем, непривычными дисфорическими эмоциями, озабоченностью мыслями и воспоминаниями об ушедшем человеке, нарушенными  нейровегетативными функциями, сложностью концентрации внимания и относительное отсутствие интереса к другим людям и активности в повседневной жизни.

Во время перехода от острого горя к интегрированному интенсивность психопатологических расстройств снижается и человек, переживший утрату, находит путь возврата к полноценной жизни. Утрата интегрируется в автобиографическую память, мысли и воспоминания об умершем более не поглощают все внимание и не лишают трудоспособности. В отличие от острого горя интегрированное горе не занимает постоянно мысли и не нарушает другие виды деятельности. Однако, могут быть периоды, когда острое горе снова актуализируется. Это часто случается во время значимых событий, таких, как праздники, дни рождения, юбилеи, но особенно в «круглые» даты, связанные со смертью близкого человека.

5. Способность субъекта, пережившего утрату, не только признать смерть близкого человека и расстаться с ним, но и поиск новых и конструктивных способов продолжать отношения с умершим [16]. Столкнувшись с дилеммой сбалансировать внутренние и внешние реалии, скорбящие постепенно учатся снова воспринимать в своей жизни любимого человека как умершего.

Исследователями установлено, что наличие вышеперечисленных критериев является признаком жизнеспособности для людей, переживших утрату, и связаны с хорошими долгосрочными исходами для них.

**Осложненное горе,** иногда упоминаемое по отношению к неразрешимому или травмирующему горю, является употребительным обозначением для синдрома пролонгированного (протяженного) и интенсивного горя, который связан со значительным ухудшением в работе, здоровье, социальном функционировании.

Осложненное горе — синдром, который возникает примерно у 40% людей, понесших утрату, что связано с неспособностью перейти от острого горя к интегрированному.

При осложненном горе симптомы частично совпадают с симптомами обычного, неосложненного горя, и часто не принимаются во внимание. Они воспринимаются как «нормальные» с ошибочным предположением, что время, сильный характер и естественная поддерживающая система исправят ситуацию и освободят горюющего от душевного страдания. Несмотря на то, что неосложненное горе может быть крайне болезненным и разрушительным, оно обычно бывает переносимым и не требует специфического лечения. В то же время осложненное горе, и связанные с ним различные психические нарушения могут быть дезадаптирующими и тяжело инвалидизирующими, влияя на функционирование и качество жизни пациента, приводя к тяжелым соматическим заболеваниям или суициду. Такие состояния требуют специфического психотерапевтического и психиатрического вмешательства.

Для людей с осложненным горем характерны специфические психологические установки, связанные с трудности в принятии смерти близкого человека. Они воспринимают для себя радость как нечто неприемлемое и постыдное, считают, что их жизнь тоже закончилась и что та сильная боль, которую они терпят, никогда не исчезнет. Эти люди не хотят, чтобы горе закончилось, так как чувствуют, что это все, что им осталось от отношений с их любимыми. Некоторые из них идеализируют умершего или пытаются самоотождествляться с ним, перенимая некоторых черт его характера и даже симптомы болезни [9].

У субъектов с осложненным горем иногда отмечается сверх-вовлеченности в деятельность, связанную с умершим, с одной стороны, и чрезмерным уклонением от другой активности. Часто эти люди чувствуют себя отчужденными от других, включая ранее близких им.

**Период траура****[[3]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn3" \o ") является** формой внешнего выражения печали или горя по причине смерти близкого человека**.** Этот социальный процесс в большинстве обществ и культур, используя существующие ритуалы и обряды, помогает человеку пережить утрату. В различных культурах траур имеет определённую продолжительность, предписанную обычаями. Преждевременное прекращение траура, как правило, осуждается обществом. К преднамеренному затягиванию этого скорбного периода отношение неоднозначное. Опасность периода траура заключается в том, что человек, переживающий утрату и носящий траур, даже если ему очень плохо, не обращается за помощью, т.к. считается, что этот период необходимо стойко переносить.

За последние годы появились исследования, указывающие на то, что в период траура повышается риск соматических заболеваний. Во многом, это обусловлено тем, что сильный стресс (как сама утрата, так и привыкание к новому жизненному укладу) может вызывать иммунные нарушения, соматические заболевания, быть пусковым механизмом онкопатологии и приводить к манифестации психических расстройств [1,18].

Рассмотрев выше горе как психологический феномен, необходимо акцентировать внимание и на клинических (медицинских) аспектах.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров DSM-III-R имеется специальная шкала тяжести (ось IV) психосоциальных факторов, вызывающих стресс. Смерть ребенка или одного из супругов рассматривается как катастрофический острый стресс и кодируется 6 (самым высоким) уровнем тяжести [5].

Термин «неосложненная реакция утраты», входивший в DSM-III-R, в классификации DSM-IV не используется. В DSM-IV реакция утраты отнесена к «прочим состояниям, которые могут потребовать медицинской помощи». В соответствии с этой классификацией, термин «реакция утраты» может использоваться при формулировке развернутого диагноза [5,8].

По МКБ-10 реакции горя любой длительности расцениваются как патологические на основании их формы и содержания [7].

Критерием «нормального» горя является реакция, которая «соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более шести месяцев». Если такая реакция при относительно нормальном содержании и форме продолжается более шести месяцев, то к данному расстройству применяется код МКБ-10 F43.21 — «Пролонгированная депрессивная реакция». Патологические адаптационные расстройства по МКБ-10 могут наблюдаться в следующих клинических вариантах:

F43.20 — кратковременная депрессивная реакция. Транзиторное легкое депрессивное состояние длительностью не более одного месяца.

F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция. Легкое депрессивное состояние, возникающее в ответ на длительное воздействие стрессовой ситуации, но продолжительностью не более двух лет.

F43.22 — смешанная тревожно-депрессивная реакция. Отчетливо выражены симптомы тревоги и депрессии, но их степень тяжести не выше, чем при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) или других смешанных тревожных расстройствах (F41.3).

F43.23 — с преобладанием нарушения других эмоций. Наблюдаемые симптомы обычно относятся к нескольким типам эмоций, таким как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не являются преобладающими в достаточной степени, чтобы служить основанием для диагностики иных, более специфических, депрессивных или тревожных расстройств. К этой категории следует относить и аналогичные реакции у детей, при которых отмечаются также определенные формы регрессивного поведения, например, энурез или сосание пальца.

F43.24 — с преобладанием нарушений поведения. Доминирующую роль в клинической картине играют нарушения поведения; так, у подростков реакция горя нередко проявляется агрессивным или диссоциальным (асоциальным) поведением.

F43.25 — со смешанным нарушением эмоций и поведения. Отчетливо выражены и эмоциональные симптомы, и нарушения поведения.

F43.28 — с другими уточненными преобладающими симптомами.

Одним из серьезнейших психических расстройств, возникающих после смерти близкого человека, является депрессия.

Клинически выраженная депрессия сохраняется в течение года у 15–20% людей, переживающих утрату.

Депрессия (Депрессивный эпизод — F32 по МКБ-10) бывает легкой, умеренной и тяжелой степени. Тяжелый депрессивный эпизод может протекать без психотических симптомов (F32.2) или с психотическими симптомами (F32.3).

Наиболее важными диагностическими признаками депрессии являются: снижение способности к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и уверенности в себе; идеи виновности и самоуничижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, приводящие к самоповреждению или суициду; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Если депрессия протекает с психотическими симптомами (F32.3), то на высоте эпизода могут возникать бредовые идеи самообвинения в смерти близкого человека. Из-за смерти близкого человека, субъект, перенесший утрату, возлагает на себя грехи всего человечества и считает, что он их должен искупить их или своей смертью или, иногда ценой вечной жизни (синдром Агасфера). Его мысли могут подтверждать слуховые или обонятельные галлюцинации. В результате подобного рода переживаний возникают заторможенность и депрессивный ступор.

При потере ребенка горе родителей может быть выражено сильнее и более деструктивно влиять на личность, чем утрата значимого взрослого. Чувство вины и беспомощности может быть всепоглощающим. Проявления скорби длятся практически всю жизнь. До 50 % супругов, переживших смерть ребенка, разводятся.

Clayton Р. et al.  (1974, 1978), в своих классических исследованиях по изучению психических расстройств у овдовевших супругов установил у них высокую встречаемость депрессивных  симптомов, которые уменьшаются по частоте и выраженности с течением времени,  но могут вновь появляться с большей вероятностью через годы после  смерти, чем в контрольной группе лиц, не перенесших тяжелую утрату [14,15].

В  исследовании   Clayton Р. et al., описанном выше, 42% мужчин соответствовали критериям большой  депрессии около одного месяца и 16% — после одного года. У некоторых овдовевших супругов (особенно пожилого возраста), отмечаются пугающие их симптомы. Они сообщали, что чувствовали, как к ним прикасался покойный супруг (а), слышали голос, видели или ощущали их присутствие. Ложное узнавание покойных супругов в толпе бывает при депрессии достаточно часто.

Первый год после утраты особенно тяжел для пожилых вдовцов, прежде всего для одиноких, не женившихся повторно. С другой стороны, слишком ранний повторный брак также затрудняет разрешение реакции утраты.

Депрессивная симптоматика в динамике имеет тенденцию к изменению, что требует переоценки психического состояния пациента.

На фоне депрессивных и субдепрессивных состояний[[4]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn4" \o ") могут формироваться ипохондрические, диссоциативные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства.

Ипохондрические расстройства (F45.2) чаще формируются у людей (родственников), ухаживающих за умирающими больными. При ипохондрическом расстройстве у человека, который ухаживал за умершим, возникает убежденность, что у него развивается тяжелое заболевание (чаще всего такое же, как и у покойного — рак, язвенный колит, почечная недостаточность, болезнь Альцгеймера и т.п.).

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)[[5]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn5" \o ") выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела — с другой. В происхождение ведущую роль играют психогенные факторы, почти всегда прослеживается тесная связь по времени с травматическими жизненными обстоятельствами, неразрешимыми и невыносимыми событиями или нарушенными взаимоотношениями.

Диссоциативная амнезия (F44.0) проявляется потерей памяти (чаще частичной, реже полной) на недавние, важные события травматического характера и сопровождается растерянностью. Разрушение сознания человеком, пережившим утрату, является способом борьбы с эмоциональным конфликтом или внешним стрессом.

Диссоциативная фуга (F44.1) так же является своеобразным избавлением от эмоционально болезненных переживаний. Диссоциативная фуга проявляется внешне целенаправленными действиями, путешествиями, часто в течение нескольких дней в сочетании с явлениями диссоциативной амнезии. Внешне поведение представляется совершенно нормальным. В некоторых случаях отмечается формирование новой личности. Период фуги амнезируется.

Диссоциативный ступор (F44.2) протекает с полной обездвиженностью,  [мутизмом](http://ru.wikipedia.org/wiki/Мутизм) и ослабленными реакциями на раздражение.

Диссоциативные расстройства моторики (F44.4) проявляются полным или частичным параличом конечностей (моно-, геми— и пара— парезы и плегии), атаксия, астазия-абазия, апраксия, акинезия, афония, дизартрия, блефароспазм. Оценка психического состояния больного с диссоциативными расстройствми моторики предполагает, что снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить свою зависимость или негодование. Существенным фактором является поведение, направленное на привлечение внимания.

Диссоциативные судороги (F44.5). Продолжительность  судорожного синдрома от нескольких минут до 2-3 часов. Демонстративный характер подчеркивает то, что происходит в присутствии посторонних наблюдателей и исчезает при утрате ими интереса к пациенту. Чаще встречаются абортивные формы — обмороки, слезы или смех, тремор всего тела с внешними признаками утраты сознания без фактической его потери. В детском возрасте судороги могут возникать как реакция протеста при отказе взрослых выполнить требования ребенка.

Диссоциативная анестезия (F44.6) или потеря чувственного восприятия является сенсорным расстройством психогенного происхождения, которое характеризуется нарушением одного из видов чувствительности, но не имеет в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной и при его нарушении чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». Вопреки жалобам на потерю зрения у больного часто хорошо сохраняются общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются диссоциативная глухота и аносмия.

При посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1) , формообразующим фактором является ситуация непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого [1]. Формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при утрате значимого объекта происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более. Эти состояния отличаются следующими особенностями: 1) формируются в несколько стадий, приобретая пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) в 6–20 % случаев завершаются стойкими резидуальными состояниями с явлениями социальной дезадаптации. Квалификация психических нарушений при патологических реакциях утраты (осложненное горе) с признаками ПТСР, проводимая в соответствии с МКБ-10, выявляет тенденцию к многоосевой диагностике патологии (дистимия, депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени тяжести, коморбидные диссоциативные нарушения или соматоформные расстройства с проявлениями невротической ипохондрии).

**Таким образом, развитие психопатологической симптоматики при осложненной реакции горя требует динамического наблюдения, периодической переквалификации состояния и изменения стратегии лечения.**

Для людей, переживающих утрату близкого человека, можно выделить несколько аспектов помощи:

1. Сопровождение и психологическая поддержка (оказывается близкими людьми)

2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).

3. Психотерапия и медикаментозное лечение. Проводится психиатрами, психотерапевтами.

*1. Сопровождение и психологическая поддержка.*

Человек, переживающий реакцию горя, нуждается в психологической поддержке друзей и родственников. Желательно, чтобы к человеку, у которого только что умер близкий, на несколько дней переехал кто-то из друзей или родственников (или чтобы он сам первые дни ночевал у них). Кроме того, родственники и друзья могут помочь при траурных приготовлениях и похоронах. Плохо в эти дни остаться одному, но не лучше и заводить новые знакомства, производить важные перемены в жизни. Люди, оказывающие сопровождение и психологическую поддержку должны учитывать религиозные, этнические и культуральные представления человека, переживающего горе.

Если человек, переживающий горе много говорит, наделяя умершего качествами, которыми он не обладал, не надо его в этом переубеждать. Надо слушать, не мешая словоизлиянию. Уже сам факт тог, что человека внимательно слушают, не перебивают и сочувствуют, может принести облегчение.

*2. Психологическое консультирование (проводится квалифицированным психологом).*

Психологическое консультирование — это вид профессиональных услуг, предоставляемых специалистом-психологом клиентам, заинтересованым в решении своих психологических проблем. Оказание такого рода консультативной помощи всегда сопровождается эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержкой.

Целью консультирования является помощь клиентам в понимании происходящего в их жизненном пространстве и осмысленное достижение поставленных целей на основе осознанного выбора при разрешении проблем.

Основными общетеоретическими подходами в консультировании являются психодинамический, поведенческий (бихевириальный), когнитивный, гуманистический (экзистенциально-гуманистический, феноменологический).

В отношении значимой утраты (смерти близкого человека) большинство практикующих психологов используют стратегии, которые базируются на концепции Worden J. (Дж. Ворден) [17]. Ее суть заключается в том, что психологу в работе с клиентом, переживающим утрату необходимо решить четыре психологические задачи: 1) признать факт потери; 2) пережить боль потери; 3) организовать окружение, в котором ощущается отсутствие усопшего; 4) выстроить новое отношение к умершему и продолжать жить. Реакция горя может блокироваться на выполнении любой задачи. За этим может стоять разный уровень патологий. Признаками того, что задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, является низкая активность клиента, его сниженное настроение, появившееся чувство вины и высказывания типа, что «после его смерти я не живу», «не вижу смысла жизни» и т.п. Все это указывает на проявления клинически значимых психических расстройств. Появление суицидальных мыслей является поводом для незамедлительного направления клиента, переживающего утрату к психиатру.

*3. Медикаментозное лечение и психотерапия.*

При неосложненом горе возможно кратковременное и осмотрительное назначение транквилизаторов. Просьбу человека, переживающего утрату не отменять «успокоительные» следует рассматривать как возможный признак патологической реакции или начинающейся депрессии.

Антидепрессанты в острой стадии реакции утраты, как правило, не эффективны. Раннее их назначение показано в случаях перенесенного депрессивного эпизода в анамнезе.

Горе — это острый стресс. Мощный стресс, связанный со смертью близкого человека, вместе со своими последствиями (бессонницей, дневной утомляемостью, раздражительностью) не проходит бесследно. В зависимости от психопатологической симптоматики, при ситуациях, угрожающих психическому здоровью, необходима соответствующая квалифицированная психофармакологическая коррекция (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты).

При осложненном горе психиатр (психотерапевт) должен оценить психический статус пациента, поставить диагноз и в соответствии с ним назначить лечение. В терапии психических расстройств у людей, перенесших утрату, используются все группы психотропных препаратов. На начальных этапах терапии желательно использовать небольшие дозы препаратов, обладающих минимальной поведенческой токсичностью. Терапию лучше начинать с небольших и средних дозы транквилизаторов (релиум, сибазон, феназепам, атаракс, диазепам, алзолам и др.) и минимальных доз мягких нейролептиков (эглонил, сонапакс, хлорпротиксен). Использование на начальном этапе лечения нейролептиков и антидепрессантов, может резко ухудшить состояние больного. По показаниям могут использоваться нейрометаболические церебропротекторы, ангиопротекторы, вегетотропные препараты, нормотимики, антиконвульсанты.

В случаях труднокурабельных затяжных депрессий с картиной патологических реакций горя, необходимо учитывать наличие коморбидных расстройств личности или расстройств эндогенно-процессуальной природы [4].

**Психотерапия.**

При реакции утраты, особенно патологической реакции утраты (осложненное горе), любая «правильная» терапия не принесет должного результата, если не будет осуществлена адекватная психотерапевтическая поддержка.

Удобной в практическом применении представляется классификация, предложенная J. Bowlby (1994). Автор выделяет 4 стадии реакций утраты: 1) эмоциональный шок, оцепенение, «окаменелость» или протест, 2) тоска и желание вернуть потерянного человека, 3) дезорганизация и отчаяние, 4) реорганизация (разрешение) [2,3,12,13].

Диагностика состояния осуществляется не только с учетом клинических (психических, соматических, неврологических) симптомов, но и психологических характеристик пациента. Именно психологическая составляющая обеспечивает специфичность всего терапевтического процесса, специфичность, проявляющуюся в воздействии на горе.

Целью психотерапии является экологичная инкорпорация[[6]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn6" \o ") значимой утраты в психологическое пространство субъекта, перенесшего смерть близкого человека и его адаптация к «новой» жизни, жизни без умершего.

Для осуществления этой цели лучше всего подходит синергетический подход. Синергетика, как философско-методологический подход — это, по сути, теория самоорганизации в системах различной природы [6]. Человек, как биологическая система в своем развитии имеет внутренние, биологически обоснованные и генетически запрограммированные тенденции, стремления, или «предпочтения», однако эволюция личности во многом социально и психологически детерминировано. С позиций синергетики эволюция сложной системы определяется структурами-аттракторами, благодаря чему для нелинейной системы возможны различные варианты будущего. Понятие «аттрактор» (attrahere — лат., притягивать) близко к понятию «цель». Структуры-аттракторы человекосистемы определяют направленность и цели её эволюции.

В синергетической психотерапии лечебный процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности пациента. При этом основной акцент делается на организацию психотерапевтического альянса [10].

*Принципы объединения (формирование терапевтического альянса).*

Основными принципами построения терапевтического альянса являются антропоцентризм, ответственность, безусловное приятие пациента и подстройка к нему. При этом врач всегда активен и иерархически доминантен.

Объединение структур возможно лишь при наличии общей цели и при установлении общего темпоритма существования. Врач (иерархически доминантный), как организующий элемент новой мегасистемы, подстраивается (приобретает определенную конфигурацию для образования устойчивой системы) к пациенту. Взаимоотношения врача и пациента превращаются в психотерапевтический альянс, только тогда, когда они, имея определенный энергетический потенциал (пациент не пассивен), становятся не только взаимосвязанными, но и объединяются в функциональную целостность, направленную на достижение единой цели. Таким образом, для формирования психотерапевтического альянса изначально должно произойти качественное сближение врача и пациента. Подстраиваясь, врач устанавливает с пациентом особые отношения, обращенные в первую очередь к его личности и болезни. Смысл передаваемой информации должен быть доступен пациенту для понимания (антропоцентрический принцип).

*Принципы управления.*

Психотерапевтическое воздействие не обязательно должно быть мощным, сверхсильным, потрясающим. В первую очередь оно должно следовать основной эволюционной линии развития. Воздействие должно быть «мягким» и топически точным.

Воздействовать на пациента можно двумя путями: изменениями среды или межличностных (врач-пациент) воздействий-взаимодействий. Правильно построенные межличностные взаимоотношения в системе врач-пациент всегда приносят положительный результат. С точки зрения синергетики неэффективное управление открытыми системами заключается в навязывании им некоей несвойственной и чуждой формы организации или поведения. Используя принцип положительной и отрицательной обратной связи, врач контролирует терапевтический процесс, при необходимости стабилизируя или ускоряя его. Эффект от психотерапевтического воздействия будет только тогда, когда оно будет воспринято пациентом как специфическая процедура, способствующая изменению (т.е. соблюден антропный[[7]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftn7" \o ") принцип), и его (воздействия) направленность совпадет с путем эволюционного развития личности. Воздействие должно быть не сильным, но топически точным. Направленность психотерапии определяется аттракторами, формирующими план будущего. **Учитывая возможность получения в процессе психотерапии у пациентов, как плавного эволюционного развития, так и эффекта внезапных кризисных изменений, необходимо сделать воздействие максимально мягким и осторожным. Контроль над психотерапевтическими манипуляциями врач осуществляет с помощью обратной связи. Со временем врачебное воздействие должно перейти в самоуправление, осуществляемое пациентом (запускаются процессы самоорганизации)** [10].

Схему психотерапевтического ведения можно подразделить на три этапа (*Этап кризисной поддержки,* *Этап стабилизации состояния, и реабилитационный этап****)***, каждый из которых имеет свои особенности. Главное правило синергетической психотерапии — принятие того темпа работы пациента, который он сам предлагает.

***Этап кризисной поддержки*** (1,2 и 3 стадии по J. Bowlby). Основной целью данного этапа является смягчение боли утраты. Однако не всегда эта боль ярко выражена, а ее проявления индивидуальны, как по интенсивности, так и по клиническим проявлениям. Иногда люди, испытывающие боль утраты пытаются (сознательно или бессознательно) блокировать болезненные переживания.

Как сильная душевная боль, так и отсутствие этой боли или извращенное ее восприятие являются симптомами, требующими психотерапевтического вмешательства.

Боль потери ощущается не всегда. Иногда она воспринимается как апатия, отсутствие чувств. У скорбящих может нарушаться контакт не только с внешней реальностью, но и с внутренними переживаниями. Подобные состояния подтверждаются такими высказываниями: « Я ничего не чувствую, и это как то даже странно», «Я думал, это бывает иначе, какие-то переживания сильные, а тут — ничего».

Внешние (поведенческие и эмоциональные) проявления горя индивидуальны. Оплакивание, причитания и пр. могут носить как культуральный (ритуальный, обрядовый), так и индивидуально-личностный характер, связанный с утратой. Но иногда выполнение этой задачи осложняется окружающими. Часто находящиеся рядом люди испытывают дискомфорт от напряженных эмоций и чувств человека, переживающего утрату. Они не знают, как правильно поступать в такой ситуации и что с этим делать. Пытаясь его успокоить, они посылают ему сообщение: «Ты не должен так сильно горевать». Это пожелание окружающих часто вступает во взаимодействие с собственными защитами человека, пережившего утрату, что приводит к отрицанию необходимости или неизбежности горя. Иногда это вербализируется как: «Я не должна о нем плакать», «Я не должен горевать», «Сейчас не время горевать». В такой ситуации проявления горя блокируются, эмоции не отреагируются, и не приходят к своему логическому завершению.

Некоторые люди, переживающие утрату, для смягчения душевной боли, пытаются избегать мучительных мыслей о потере. Они могут допускать только позитивные, «приятные» (по выражению Worden J**.**) [17], мысли об умершем, вплоть до полной идеализации. Это помогает им избежать неприятных переживаний, связанных со смертью. Для избегания всяческих воспоминаний о покойном определенная часть скорбящих начинает употреблять алкоголь или наркотики. Другие используют «географический способ» — непрерывные путешествия. Третьи — погружаются в непрерывную напряженную работу, что не позволяет им задуматься о чем-либо, кроме повседневных дел.

Такое охранительное поведение имеет свои причины, однако не всегда его нужно исследовать и анализировать. Иногда, вскрывая причины, по которым человек избегает переживаний, связанных с болью утраты, мы можем вызвать еще более сильную боль. В такой ситуации надо ориентироваться на пациента и следуя не впереди него, а за ним, не навязывать своего понимания проблемы, а вести с ним диалог. В данной ситуации это выбор человека, переживающего утрату, выбор, продиктованный его опытом жизни, его эволюцией [10]. Та часть пациентов, которая соглашается на исследование причин, приведших к блокаде эмоций, часто отмечает ухудшение состояния, у них быстрее и глубже формируется чувство вины по отношению к умершему. Попытки навязать человеку открытое выражение чувств, с целью отреагирования эмоций, не всегда продуктивно. Смена стереотипа поведения, связанного с запретом на открытое проявление чувств может привести к патологической трансформации личности с ее последующей дезадаптацией [10].

По мере отдаления от трагического события душевная боль в «норме» уменьшается. Она не должна быть всеобъемлещей, это должна быть печаль, печаль контролируемая и уместная месту и времени. Способность самоконтроля является одним из признаков психического здоровья.

В ситуации смерти близкого человека, переживание горя не должно избегаться или полностью подавляться. При патологических проявлениях этот процесс контролируется и управляется в системе психотерапевт-пациент. В этом же контексте Дж. Боулби писал, что «…раньше или позже, все, кто избегает всех переживаний горя, ломается и впадает в депрессию» [2,3,12].

Таким образом, психотерапевтической целью этапа кризисной поддержки для пациентов, переживающих утрату, является помощь в прохождении, проживании трудного периода горевания. Человек должен пережить боль не разрушившись как личность и не причинив своему здоровью невосполнимого вреда. Если этого не сделать своевременно, то терапия может понадобиться позже, когда возвращение к этим переживаниям будет еще мучительнее и больнее. Отсроченное переживание боли труднее еще и потому, что если утрата переживается спустя значительное время после смерти близкого человека. Отсрочено скорбящий уже не может получить того сочувствия и поддержки от окружающих, которые оказываются сразу после потери и которые помогают справиться с горем.

Если человек, переживающий утрату не почувствовал и не прожил боль потери, которая есть абсолютно всегда, она должна быть выявлена и проработана с помощью психотерапевта, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматику или расстройства поведения.

Основным приемом на этом этапе является выслушивание. Главным для врача будет нацеливание пациента на проговаривание своих переживаний. Человек должен вербализировать свои мысли, передать свое эмоциональное отношение к произошедшему. Так можно выявить суицидальную настроенность пациента. Роль психотерапевта сводится к созданию эмпатической атмосферы беседы, сочувственному выслушиванию.

***Этап стабилизации состояния*** (2 и 3 стадии по J. Bowlby). На высоте переживания боли логические способности не работают, разум отключается и человек живет только своими эмоциями. По мере стабилизации состояния эмоциональный накал спадает, однако полная критичность не восстанавливается еще длительное время, особенно в тех аспектах, которые касались умершего человека. Попытки рационально объяснить человеку, переживающему утрату, как правило, не достигают успеха. Признание факта смерти близкого человека и принятие этой потери возможно только после стихания душевной боли. Но до полного принятия и экологической инкорпорации может пройти достаточно много времени.

При смерти близкого человека всегда срабатывают защитные механизмы (психологические защиты) как бессознательные стратегии, благодаря которым личность снижает тревогу или избегает конфликта ценой искажения реальности: неадекватного восприятия каких либо аспектов внешнего мира или чувств. Защитные механизмы включаются по большей части неосознанно, а достигаемый компромисс обычно содержит сокрытие от себя внутренних побуждений или чувств, которые угрожали бы самоуважению или могли вызвать тревогу.

Одним из таких защитных механизмов является отрицание.

Отрицание может использоваться на разных уровнях и принимать разные формы, но, как правило, включает в себя либо отрицание факта потери, либо ее значимости, либо необратимости.

В норме, после смерти, поведение скорбящего направлено на разрушение связи с умершим близким. Признается факт реальности происходящего, осознание того, что любимый человек умер, ушел и никогда больше не вернется. Однако изредка (в первые дни после смерти) бывают сбои. В этот период, человек, переживающий утрату, бессознательно пытается войти в контакт с умершим. Это может проявляться бессознательным поиском контакта — машинально набирается телефонный номер умершего, видит его, «обознавшись», среди прохожих на улице, покупает ему продукты и т.д. Это поведение «поиска», направленное на восстановление связи, было описано Bowlby, J. и Parks, C.M. [13].

*Диагностика состояния, связанного с отрицанием факта потери.*

Отрицание факта потери может варьировать от легких расстройств до тяжелых психотических форм, при которых человек проводит несколько дней в квартире с умершим, не осознавая его смерти.

Менее патологичная и более часто встречающаяся форма проявления отрицания была названа английским автором Горером мумификацией [цит. по 9]. В таких случаях скорбящий сохраняет все так, как было при умершем, готовое в любое время к его возвращению. Например, родители сохраняют комнаты умерших детей. Это нормально, если продолжается недолго, это создание своего рода «буфера», который должен смягчить самый трудный этап переживания и приспособления к потере. Однако, если такое поведение растягивается на годы, реакция горя останавливается и человек отказывается признать те перемены, которые произошли в его жизни, «сохраняя все как было» и не двигаясь в своем трауре — это проявление отрицания. Еще более легкая форма отрицания является ситуация, когда человек, переживающий горе «видит» умершего в ком-нибудь другом. Например, овдовевшая женщина видит мужа в своем внуке, считая, что он «вылитый дедушка».

*Диагностика состояния, связанного с отрицанием значимости потери.*

Отрицание значимости потери является еще одним способом, с помощью которого люди избегают реальности потери. В этом случае они говорят что-то вроде «мы не были близки», «он был плохим отцом», «я о нем не скучаю». Вариантом отрицание значимости потери являются случаи, когда люди поспешно убирают все личные вещи покойного и все что может о нем напомнить. Подобное поведение, противоположное мумификации, позволяет человеку, переживающему утрату уберечь себя от столкновения с реальностью потери. Те, кто демонстрирует такое поведение, относятся к группе риска развития патологических реакций горя.

Еще одним вариантом проявление отрицания значимости потери является «избирательное забывание». В этом случае человек забывает о чем-то важном, что касается покойного.

*Диагностика состояния, связанного с отрицанием необратимости потери.*

Третий способ избежать осознания потери, который используют скорбящие — это отрицание необратимости потери. Worden J. [17] приводит пример из своей практики — женщина, потерявшая в пожаре мать и двенадцатилетнюю дочь, два года твердила вслух, как заклинание «я не хочу, чтобы вы умирали». Она говорила это так, как будто ее близкие еще не умерли, и она этим заклинанием может удержать их в жизни. Еще одним примером может служить ситуация, когда после смерти ребенка родители утешают друг друга: «У нас будут другие дети, и все будет хорошо». Подразумевается, что они заново родят умершего ребенка и все будет, как было.

Вариантом отрицания необратимости потери является увлечение спиритизмом. Иррациональная надежда вновь воссоединиться с умершим «нормальна» первые недели после потери, когда поведение направлено на восстановление связи, но если она становится хронической — это патология.

У религиозных людей такое поведение выглядит немного иначе, поскольку у них другой менталитет, другая картина мира. В такой ситуации «нормой» будет критичное отношение горюющего к происходящему, он понимает что в этой жизни уже никогда не будет вместе с покойным, и воссоединится с ним, только прожив свою жизнь в этом мире так, как ее должен прожить добрый христианин или добропорядочный мусульманин. Это ожидание воссоединения после смерти не нужно разрушать, поскольку оно входит в нормальную картину мира глубоко религиозных людей.

Имеющие место временные интеллектуально-мнестические нарушения у людей, переживающих утрату, не позволяют в полной мере использовать когнитивные и аналитические подходы. Вследствие этого не целесообразно на первом и втором этапах проводить анализ причин, приведших к патологическому состоянию. Беседы о прошлом врач не инициирует. С пациентом при необходимости может проводиться работа над чувствами вины и долга перед ушедшим. Особое внимание в психотерапии на этих этапах следует уделить повышению самооценки и снижению уровня общей тревоги. Главное — это формирование аттракторов, то, что определяет движение и способствует самоорганизации. Основной метод воздействия — гипносуггестия [10].

***Этап адаптации к жизни*** (IV стадиям по J. Bowlby). Этап поддерживающей психотерапии. На этом этапе решаются 3 и 4 задачи по Worden J.  — организация окружения, в котором ощущается отсутствие умершего и выстраивание нового отношения к нему [17].

После смерти близкого, человек, переживающий утрату, теряет не только объект, которому адресованы чувства и от которого чувства получаются, он теряет определенный уклад жизни. Во многих сферах жизни скорбящего возникают пустоты, которые должны быть заполнены. Эти нарушения могут быть связаны с отсутствием практических и жизненных навыков, сниженной самооценкой или регрессом личности после перенесенной тяжелой психологической травмы.

Организация нового окружения — это сугубо индивидуальный процесс, потому что, как писали Bowlby J. и Parks C.M. «Во всяком горевании не всегда ясно, что представляет собой потеря». Примером может служить ситуация, когда для жены потеря мужа, может означать, а может и не означать — потерю сексуального партнера, компаньона, бухгалтера, садовника, помощника и т.д. Все зависит от тех ролей, которые обычно он выполнял.

Горюющий должен приобретать новые навыки и семья может быть помощником в их приобретении.

 Часто у скорбящего вырабатывается новые способы преодоления возникающих трудностей и тогда перед ним открываются новые возможности. Это один из способов, каким образом может происходить переформулирование потери в нечто, имеющее и позитивный смысл. Это достаточно успешный вариант завершения третьей задачи (по Worden J.) [17].

Кроме утраты объекта, вызывающего определенные чувства и играющего определенные роли, некоторые люди во время потери близкого человека переживают чувство утраты себя, своего «Я». Некоторыми исследованиями показано, что женщины, определяющие свою идентичность через взаимодействия с близкими или заботу о других, потеряв объект заботы, переживают чувство утраты собственного «Я». Работа с такими пациентами должна быть значительно глубже, чем просто выработка новых навыков и умения справляться с новыми ролями.

Смерть близкого человека может приводить скорбящего к восприятию себя как беспомощного, неспособного справляться с затруднениями, как несамостоятельного ребенка. Не способность человека, переживающего горе, выполнять роли умершего ведет к еще боле глубокому регрессу и повреждению самооценки. В таких ситуациях приходится работать с негативным образом «Я» у пациента.

Параллельно выстраиванию новых отношений и организации окружения, человек переживающий потерю должен формировать новое отношение к умершему. Это не изъятие эмоциональной энергии из прежних отношений с умершим и помещение ее в новые связи. Подобного рода трансформация не предполагает ни забвения, ни отсутствия эмоций, а только их перестройку. Чувства к умершему должны сохраниться, но перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжить жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения [17].

 Выполнение этой задачи прерывается запретом на любовь, фиксацией на прошлой связи или избеганием повторного возможного проживания утраты, если новый партнер умрет. При нарушении этих внутренних установок легко возникает чувство вины.

У многих людей есть установка, что если они ослабляют эмоциональное отношение к умершему, то тем самым оскорбляют его память или предают его. В некоторых случаях может возникать страх того, что новая связь может тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты — такое бывает особенно часто, если потеря еще свежа. В других случаях выполнению этой задачи могут противиться близкие. В качестве примеров можно привести случаи, когда у овдовевшей матери в случае новой привязанности начинаются конфликты с детьми. За этим нередко стоит обида на мать, которая нашла для себя замену умершему мужу, а ребенку нет замены для умершего отца.

Еще одной распространенной установкой является инфантильно-романтическое убеждение, что любят только раз, а все остальное — безнравственно. Это поддерживается культурой, особенно у женщин. Поведение «верной вдовы» одобряется социумом.

На этапе адаптации к жизни проводится тренинг новых форм поведения — жизнь без умершего. В этот период у человека, переживающего утрату, могут появляться симптомы, характерные для 2 и 3 ст. (по Bowlby J.). Подобные состояния необходимо быстро и адекватно купировать. Желательно введение новых значимых персон для поддержки и помощи. На данном этапе эффективны различные методы поведенческой психотерапии с обязательными домашними заданиями. Аналитические техники используются по просьбе больного. При этом, однако, необходимо помнить, что углубленный анализ трагических событий и болезненных переживаний чаще всего приводит к ухудшению состояния.

Признаком эффективной психотерапии считается адаптация человека, переживающего утрату, к новым для него условиям, нормальное функционирование в окружающих его реалиях.

Завершение психотерапии не всегда совпадает с окончанием траура, продолжительность которого зависит как от культурально-оговоренных сроков, так и от индивидуального понимания периода скорби. Назвать определенные сроки продолжительности психотерапии затруднительно вследствие индивидуально-личностных особенностей людей, переживающих смерть близкого человека. Такой же точки зрения придерживается Worden J. [17], который считает, что нельзя определить конкретный срок, на протяжении которого будет разворачиваться реакция утраты.

Признаками выздоровления (по Worden J.) можно считать способность адресовать большую часть эмоций не усопшему, а новым впечатлениям и событиям жизни, способность говорить об умершем без сильной боли. Печаль может остаться, она естественна, когда человек говорит или думает о том, кого он любил и потерял, но печаль спокойная, «светлая» [17]. Выздоровление наступило и психотерапия может быть завершена, когда человек, переживший утрату, вновь способен вести нормальную жизнь. Он адаптировался к новым жизненным реалиям, проявляет интерес к жизни, осваивает новые роли, создает новое окружение и может в нем функционировать адекватно своему социальному статусу и складу характера.

**Литература**

1. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — № 4. — С. 104-109.
2. Боулби Дж. Привязанность. Гардарики, 2003. — 480 с.
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2004. — 232 с.
4. Дубницкая Э.Б. К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий (введение в проблему) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т. 2, № 4. — С. 102-104.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. Т.1 / Пер. с анг. — М.; Медицина, 1994. — 672 с.
6. Князева, Е. Н., Курдюмов С. П. Основания синергетики: Синергетическое мировидение. 2-ое изд-е — М. : КомКнига, 2005. — 240 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — Спб.; Оверлайд, 1994. — 305 с.
8. Психиатрия // Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
9. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 1-2. — С. 18-22.
10. Уманский С. В., Семке В. Я.. Эволюция хаоса, или синергетическая психотерапия — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. — С 304.
11. The varieties of grief experience // Clin. Psychol. Rev. — 2001. Vol. 21. P. 705-734.
12. Bowlby, J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Depression andsadness. New York: Basic Books, 1980. — 437 р.
13. Bowlby, J., Parks, C.M. Separation and Loss Within the Family. //The Child in His Family. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.) New York: Wile-Interscience, 1970. — Р. 112-124
14. Clayton P.,  Darvish H. Course of depressive symptoms following the stress of  bereavement // Stress and mental disorder. In: Barrett  J., Rose R., Klerman  G. (eds).   New York: Raven Press, 1979. — Р. 121-136.
15. Clayton, P. J., Herjanic, M., et al. Mourning and depression: Their similarities and differences //Can. Psychiatr. Assoc. J. — 1974. — Vol. 19. — Р. 309-312.
16. Shear M.K., Mulhare E. Complicated grief // Psychiatric Annals. — 2008. — Vol.38, №10. — Р. 662–670.
17. Worden J. Grief Counseling and Grief Therapy //A Handbook for the Mental Health Practitioner, Fourth Edition Publisher: Springer Publishing Company, Incorporated, 2008. — 248 р.
18. Zisook S., Shear K. Горе и тяжелая утрата: что нужно знать  психиатрам // Всемирная  психиатрия. — 2009. Т. 8, № 2. — С. 90— 99

[[1]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref1" \o ") В настоящей статье основной акцент делается на горе, связанном со смертью близкого человека.

[[2]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref2" \o ") Интенсивность и продолжительность определяются множественными факторами, включающими, среди прочих: преморбидные личностные особенности индидуума, стиль привязанности, генетический тип и индивидуальные уязвимые места; возраст и состояние здоровья; духовную природу и культуральную идентичность; поддержку и ресурсы; количество утрат; характер взаимоотношений (например, взаимозависимые или дальние; нежные или амбивалентные); связь (родитель и ребенок, супруг и супруга, родные братья или сестры, близкие друзья и т.д.); тип утраты (внезапная и непредсказуемая или постепенная и ожидаемая, вследствие естественных причин или суицид, несчастный случай, убийство) [11].

[[3]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref3" \o ") Траур (от нем. trauern «оплакивать»)

[[4]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref4" \o ") В том числе и ларвированные (скрытые, маскированные) депрессии.

[[5]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref5" \o ") Старое название — истерия, истерический невроз.

[[6]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref6" \o ")Инкорпорация — включение ме́ньших объектов в состав бо́льшего.  Экологичная инкорпорация— введение в психическую реальность субъекта, пережившего утрату информации о смерти близкого человека и принятие этой информации без нанесения вреда его психическому состоянию.

[[7]](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm" \l "_ftnref7" \o ") Антропность — один из принципов синергетической психотерапии. Принцип антропности заключается в том, что пациент должен понимать и чувствовать, что на него оказывают специфическое лечебное воздействие [10].

*См. также:*

[Слоны и горе. Как пережить горе](http://psyfactor.org/lib/psychotherapy8.htm)

© [С.В. Уманский](http://psyfactor.org/autors/umanskiy.htm), 2012  
© Публикуется с любезного разрешения автора