



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Учебник

Под редакцией д-ра психол. наук,
проф. *Н. С. Хрусталёвой*



ИЗДАТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 159.9
ББК 88.4.я7
П86

Авторский коллектив: Хрусталёва Н. С. (отв. ред., 10.1., 10.3., 13.6., 13.6.2., 15.1., 15.2., 15.4.1., 15.5.1.); Антонова Д. В. (15.4.3, 15.7.2), Беглер А. М. (12.7.2.); Бочаров В. В. (1.3., 11.1., 11.2., 12.7.1.); Беркалиев Т. Н. (2.1.2., 2.2.1., 2.2.3., 2.2.6., 2.2.7., 15.3.); Бриль М. С. (11.2., 11.3., 11.4.); Вагайцева М. В. (2.2.4., 15.7.5.); Васильева Н. Г. (15.5.3.); Воробьев И. А. (3.3.); Денисова К. С. (4.2.1.); Егоров А. Ю. (7.5., 12.1., 12.2., 12.3., 12.4., 12.5.); Жукова А. Д. (2.2.2.); Заманаева Ю. В. (9); Иванов Е. А. (13.2.); Исаева Е. Р. (4.3.1., 4.3.2.); Карпова Э. Б. (1.1, 1.2., 1.3., 1.4., 3.1., 4.1., 7.1., 14); Константинова А. А. (13.6.2.); Лебедева Г. Г. (3.1., 3.2., 3.3., 3.4., 3.5., 3.6., 4.3.1.); Лебедева Е. И. (2.1.1., 2.1.2., 2.1.3., 2.1.4., 2.2.1., 2.2.2., 2.2.5., 2.2.6., 15.8.); Матан В. В. (7.4., 11.2., 15.6.1.); Миргород (Потехина) Н. В. (3.7.); Мокрецова О. Г. (10.2.); Пестерева Е. В. (2.2.4., 5); Петрова Е. Н. (2.1.2., 2.3.1., 2.3.3., 2.3.4., 2.3.5., 15.5.2.); Подгайская И. Г. (15.6.2., 15.7.2.); Попов Т. М. (2.2.4); Почебут Л. Г. (13.5.); Пятакова Г. В. (2.1.5., 2.3.6., 7.4., 8); Резлер М. И. (13.6.2.); Решетников М. М. (6); Рыбников В. Ю. (12.2., 12.3., 12.6.); Смирнова Т. Г. (10.4., 11.1., 12.7.1., 12.7.2., 13.6.); Стадников М. Г. (13.2., 13.3., 13.4.); Стрельникова Ю. Ю. (1.1, 1.2., 4.2., 7.3., 15.1.1); Тарабрина Н. В. (7.2., 15.7.3., 15.7.4.); Федоров В. Ф. (13.1.); Цымбал А. В. (1.3., 1.4., 7.1., 14); Чулкова В. А. (2.2.4., 5, 15.4.2., 15.4.3.); Шайдарова В. В. (2.2.6.); Шклярчук С. П. (1.3., 3.3.); Шурыгина О. С. (2.3.2., 15.4.3.); Щеглов А. Ю. (13.2., 13.3.); Ялов А. М. (1.1., 1.2., 2.4., 15.1., 15.2., 15.4.1., 15.5.1.).

Рецензенты: д-р психол. наук, проф. *В. А. Аверин* (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет); д-р психол. наук, проф. *О. Ю. Щелкова* (С.-Петерб. гос. ун-т)

Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н. С. Хрусталёвой. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2018. — 748 с.
ISBN 978-5-288-05830-1

В учебнике представлен обширный материал по психологии выживания, витальной угрозе, боевой травме, по психологии горя и утраты, агрессии и суицидального поведения, зависимостей и психосоматических нарушений. Отдельными главами дан материал по индивидуальным жизненным кризисам и психологии эмиграции. Подробно рассмотрен психодиагностический инструментарий и виды психологической помощи.

Учебник адресован студентам, обучающимся по направлению «Психология», будет несомненно полезен аспирантам, клиническим психологам, специалистам профессий поддерживающего профиля, а также широкому кругу читателей.

УДК 159.9
ББК 88.4.я7

ISBN 978-5-288-05830-1

© Санкт-Петербургский
государственный университет, 2018
© Авторский коллектив, 2018

Оглавление

Предисловие	1
Глава 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ	5
1.1. История исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций за рубежом	6
1.2. История отечественных исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций	9
1.3. Предмет, объект, основные понятия психологии кризисных и экстремальных ситуаций	16
1.4. Психология кризисных и экстремальных состояний с позиции основных психологических направлений.....	22
Глава 2. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ КРИЗИСЫ	45
2.1. Теория индивидуальных кризисов.....	46
2.2. Кризисы развития.....	63
2.3. Трудные жизненные ситуации.....	98
2.4. Ресурсы преодоления индивидуальных кризисов.....	105
Глава 3. ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ	111
3.1. Определение понятий	112
3.2. Экстремальные психические состояния как реакция на ситуацию	116

3.3. Параметры психического состояния.....	118
3.4. Виды экстремальных состояний.....	122
3.5. Психические функции в экстремальных состояниях.....	129
3.6. Влияние средств массовой информации на психологическое состояние населения	133
3.7. Психологические аспекты профессиональной деятельности в экстремальных условиях.....	135
Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ ВЫЖИВАНИЯ.....	149
4.1. Определение понятий	150
4.2. Факторы риска и ресурсы выживания в экстремальных и чрезвычайных ситуациях.....	158
4.3. Психологическая готовность к экстремальным ситуациям	170
Глава 5. ЗАБОЛЕВАНИЕ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ: И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ, И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС.....	199
5.1. Экстремальная и кризисная ситуации при онкологических заболеваниях	200
5.2. Место онкопсихологии в системе психологических дисциплин	205
5.3. Роль психологических факторов в развитии онкологических заболеваний.....	207
5.4. Течение онкологического заболевания и этапы лечения больного.....	210
5.5. Особенности психологической адаптации онкологического больного.....	216
5.6. Нарушения психологической адаптации у онкологических больных в связи с заболеванием	224
5.7. Экзистенциальные вопросы в ситуации онкологического заболевания	225

5.8. Психологические проблемы семьи онкологического больного.....	228
5.9. Психологические трудности во взаимодействии врача-онколога с пациентом.....	231
5.10. Психологические аспекты отношения общества к онкологическим больным	234
Глава 6. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА.....	237
6.1. История появления термина.....	238
6.2. Содержание понятия «психическая травма».....	238
6.3. Концепция вытеснения травматических переживаний ...	241
6.4. Психодинамика травмы	242
6.5. Вторичные психические травмы.....	243
6.6. Собственная работа горя	244
6.7. «Соматизация» психической травмы	245
6.8. Фиксация на травме	246
6.9. Институализация понятия «психическая травма»	247
Глава 7. ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ.....	249
7.1. Острые психические расстройства	250
7.2. Посттравматическое стрессовое расстройство.....	265
7.3. Последствия боевого стресса	295
7.4. Психосоматика в психологии экстремальных и кризисных ситуаций.....	309
7.5. Зависимости и зависимое (аддиктивное) поведение.....	316
Глава 8. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	341
8.1. Дети и подростки в экстремальных и кризисных ситуациях.....	342
8.2. Травматическая ситуация и психическая травма у детей	349

8.3. Специфика переживания травматических ситуаций в детском возрасте.....	350
8.4. Психическая травма и ее последствия в детском возрасте.....	361
8.5. Психическая травма и психическое развитие в детском возрасте.....	371
Глава 9. ГОРЕ И УТРАТА	381
9.1. Утрата как событие	382
9.2. Утрата как процесс.....	388
Глава 10. ПСИХОЛОГИЯ ЭМИГРАЦИИ	413
10.1. Психология миграционных процессов.....	414
10.2. Психологические особенности миграции XXI века	433
10.3. Проблемы психологической адаптации пятой волны русскоязычных эмигрантов.....	438
10.4. Детерминанты сексуально-насильственных преступлений в условиях чужой социокультурной среды.....	461
Глава 11. ПСИХОЛОГИЯ АГРЕССИИ	469
11.1. Актуальность исследования агрессии.....	470
11.2. Термин «агрессия» и подходы к его определению	473
11.3. Связанные термины.....	477
11.4. Теории агрессии.....	478
Глава 12. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КРАЙНЯЯ ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОАГРЕССИИ	493
12.1. Суициды: общие понятия, терминология, распространенность	494
12.2. Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение	499

12.3. Динамика суицидального поведения	512
12.4. Проблема аутодеструктивного (саморазрушающего) поведения.....	517
12.5. Профилактика суицидального поведения	521
12.6. Типичные ошибки или заблуждения, затрудняющие оценку суицидального поведения.....	526
12.7. Правовые аспекты суицидального поведения	528
Глава 13. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИИ	535
13.1. Психология агрессии и этнорелигиозные конфликты	536
13.2. Психология экстремизма и терроризма	552
13.3. Психологические особенности личности экстремиста и террориста	558
13.4. Социально-психологические особенности развития устойчивой экстремистской группы	580
13.5. Психология толпы.....	592
13.6. Психологические основы ведения переговорной деятельности	598
Глава 14. ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ	609
14.1. Психодиагностические задачи в области психологии кризисных и экстремальных ситуаций	610
14.2. Особенности психологической диагностики, общие для экстремальных и кризисных состояний.....	610
14.3. Особенности психодиагностики экстремальных состояний	612
14.4. Особенности психодиагностики кризисных состояний.....	616
14.5. Психодиагностический инструментарий, применяемый в психологии кризисных и экстремальных состояний.....	618

14.6. Психодиагностика последствий психической травматизации.....	625
Глава 15. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ	635
15.1. Значение психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях.....	636
15.2. Задачи психологической помощи	639
15.3. Принципы и механизмы психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях.....	641
15.4. Экстренная психологическая помощь	647
15.5. Методы психологической помощи	666
15.6. Реабилитация.....	677
15.7. Специальная психологическая помощь.....	682
15.8. Балинтовские группы.....	699
Послесловие.....	705
Литература	706

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ
И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ
СИТУАЦИЙ

Предисловие

Современный мир стал значительно сложнее и опаснее. На психику человека постоянно воздействуют стрессоры высокой интенсивности, вызывающие чувство тревоги и незащищённости. Закончился период гуманитарного благополучия человека, который длился после Второй мировой войны на протяжении полувека.

За последние два десятилетия произошёл квантовый скачок в развитии общества: традиционное общество превратилось в «текущее» из-за стремительно меняющихся стереотипов жизни, вызванных множеством причин. Неустойчивая международная обстановка и потоки негативной информации в СМИ. Религиозно-этнические конфликты и террористические акты. Локальные войны и проблемы беженцев. Процессы глобализации и техногенные катастрофы. Психическое напряжение на работе и в транспорте. Ускорение темпа жизни и повышение требований к человеку. Расширение виртуального мира, публичности жизни в цифровом пространстве и информационные перегрузки. Жёсткое давление рекламы и современной моды. Изменение общественных стереотипов и привычных семейных ценностей. Появление новых видов зависимостей и «болезней цивилизации».

Этот перечень внешних факторов, вызывающих у человека «хроническое напряжение», можно продолжить. Их объединяет «модерность» происхождения. Все они связаны с новым временем, новым витком науки, техники, информационных технологий, а также с обнаружением новых пределов человеческих возможностей, что влечёт за собой трансформацию менталитетов и установок, эмоциональную уязвимость и рост психических нарушений. Так, депрессии, страхи, тревога, зависимости, «выгорание» и т. д. часто становятся маркерами современного человека.

Однако кроме внешних факторов, связанных с трансформацией общества и издержками цивилизации, человеку приходится преодолевать и внутренние проблемы. Это прежде всего собственные индивидуальные кризисы, старые, как мир: возрастные, семейные, любовные, профессиональные, экзистенциальные и пр. К ним же относятся и трудные жизненные ситуации, которые становятся часто серьёзным вызовом и испытанием для человека: болезни, потери, травмы, насилие, смерть близких, утраты, эмиграция и т. д.

Как сохранить в современном мире стабильность, душевное здоровье, профессию, материальное благополучие и близких людей? Как пережить давление среды

и жизненные кризисы? Какие ресурсы и способы совладания возможно задействовать? Какова природа агрессии, аутоагрессии и социальной адаптации? Как не сломаться и сделаться сильнее? Почему, приняв вызов судьбы и преодолев его, человек становится интереснее и мудрее? В чём движущая сила кризиса и глубинных переживаний? Почему личностный рост всегда связан с болью? Каковы причины возникновения психической травматизации и постстрессовых расстройств? Как их обнаружить с помощью психодиагностики и почему нужна профессиональная психологическая помощь? Почему специалисты экстремального профиля нуждаются в психологическом сопровождении?

Чтобы ответить на эти и целый ряд других важных вопросов, необходимо было разработать новое направление в клинической психологии — психологию кризисных и экстремальных ситуаций. Из-за сложности задачи нужно было осуществить междисциплинарный подход и привлечь разных специалистов: клинических и социальных психологов, врачей, физиологов, религиоведов, культурологов, журналистов, военных специалистов, судебных экспертов, спасателей.

Благодаря этим замечательным профессионалам нам удалось в СПбГУ 15 лет назад (2003 г.) разработать концепцию и создать кафедру «Психологии кризисных и экстремальных ситуаций», получившую профиль клинической специализации.

Почему клинической? Потому что поведение и переживания здоровых людей, оказавшихся в тяжёлых кризисных и экстремальных ситуациях, часто имеют все признаки психической травматизации. Это происходит из-за того, что стрессогенная ситуация значительно превышает по силе и интенсивности охранительные ресурсы и возможности человека. При этом следует обратить внимание, что уровень непереносимости страдания является глубоко индивидуальным.

История создания учебника, который вы держите в руках, неразрывно связана с динамикой развития теоретико-методологического и методического инструментария нашей кафедры.

С одной стороны, нам необходимо было объединить исследования о жизнедеятельности человека в кризисных и экстремальных ситуациях, «рассыпанные» в разных областях психологии, медицины, психофизиологии и других сферах, с другой — разработать свой инструментарий, начиная с определения основных понятий и задач в области профилактики — диагностики — коррекции и психологической помощи. Кроме того, перед нами стояла очень важная задача, связанная с «нащупыванием» своей «сквозной» рабочей темы, которая интегрировала бы научные и практические интересы кафедры. Такой темой оказалась психическая травматизация и её последствия.

Сегодня эта тема оказалась, к сожалению, очень востребованной. Почему у разных людей одна и та же ситуация может вызвать разные реакции и последствия? Как определить предельную допустимость переживаний, после чего начинается психотравматизация? Почему одни люди страдают постстрессовыми расстройствами, а другие — нет. Какие изменения в поведении и в образе жизни могут наблюдаться после перенесённых психотравм у взрослых и детей? Соответствующие главы учебника содержат ответы на эти вопросы и представляют собой ценный теоретический и практический материал.

Изложение материала учебника начинается с истории исследований, определения понятий и основных психологических направлений. В последующих главах рассматриваются психология выживания, витальной угрозы и боевой травмы, психология горя и утраты, психология агрессии и суицидального поведения, психология зависимостей и феноменология психосоматических нарушений. Отдельными главами в учебнике представлены индивидуальные кризисы человека и психология миграции как кризисного состояния, которое охватывает миллионы людей в современном мире. Большое место в учебнике уделено профессиональной диагностике и психодиагностическому инструментарию, а также психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях. Этот материал может быть особенно востребован в практической работе клинических психологов.

Библиография, состоящая из отечественных и зарубежных источников, содержит более 800 наименований. Это тоже полезная информационная база для студентов, аспирантов и преподавателей. Учебник составлен из 15 глав, в написании которых приняло участие более 40 специалистов. Такое количество авторов оказалось совершенно оправданным в связи с многообразием актуальных тем и междисциплинарного материала.

Я специально не останавливаюсь подробно на изложении содержания учебника. С ним вы сможете познакомиться, открыв страницы оглавления и прочитав заинтересовавший вас параграф или главу.

Мне хотелось бы просто подчеркнуть, что в учебнике вы найдёте ответы на многие затронутые выше проблемы и поставленные вопросы.

Данному учебнику предшествовали 3 части, опубликованные в издательстве СПбГУ. Они выпускались по мере систематизации наших лекционных курсов и накопления теоретического и практического материала.

- Психология кризисных и экстремальных ситуаций: Психодиагностика и психологическая помощь: учеб. пособие. СПб., 2013. 142 с.
- Психология кризисных и экстремальных ситуаций: Психическая травматизация и её последствия: учебник. СПб., 2014. 372 с.
- Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы; агрессия и экстремизм: учебник. СПб., 2016. 445 с.

Все эти 3 книги пользовались большой популярностью у студентов и специалистов. Поэтому мы решили обобщить, переработать и дополнить наши предыдущие труды, издав весь материал в виде одного большого учебника. Во-первых, это позволило обновить и расширить содержание, а, во-вторых, благодаря новой логике изложения, сделать более простым и удобным доступ к интересующим темам и библиографии.

В заключение мне хотелось бы выразить огромную благодарность нашему большому авторскому коллективу за высокую корпоративную культуру, взаимопонимание и креативность. Важный вклад в создание учебника внесли

- преподаватели кафедры, работающие сегодня и работавшие ранее: **В. В. Бочаров, Т. Н. Беркалиев, М. С. Бриль, И. А. Воробьёв, А. Ю. Егоров, Ю. В. За-**

манаева, Е. А. Иванов, Е. Р. Исаева, Э. Б. Карпова, Е. И. Лебедева, В. В. Матан (Потявина), Н. В. Миргород (Потехина), О. Г. Мокрецова, Е. В. Пестерева, Г. В. Пятакова, Т. Г. Смирнова, В. Ф. Фёдоров, Н. С. Хрусталёва, А. В. Цымбал, В. А. Чулкова, С. П. Шклярчук, А. М. Ялов;

- докторанты кафедры: М. Г. Стадников, Ю. Ю. Стрельникова;
- аспиранты кафедры: Д. В. Антонова, А. М. Беглер, М. В. Вагайцева, К. С. Денисова, А. Д. Жукова, А. А. Константинова (Ишуткина), Г. Г. Лебедева, Е. Н. Петрова, И. Г. Подгайская, Т. М. Попов, М. И. Резлер, В. В. Шайдарова, О. С. Шурыгина, А. Ю. Щеглов;
- учёные, которых мы попросили поделиться своими научными разработками: проф. Н. Г. Васильева, проф. Л. Г. Почебут, проф. М. М. Решетников, проф. В. Ю. Рыбников, проф. Н. В. Тарабрина.

Также хочется поблагодарить:

- рецензентов проф. В. А. Аверина, проф. О. Ю. Щелкову, потративших время и силы на ознакомление и оценку нашего объёмного труда;
- редакционную коллегию и особенно Э. Б. Карпову, которая внесла неоценимый вклад в работу над учебником;
- координатора и помощника по всем организационно-техническим вопросам В. В. Матан (Потявину);
- Издательство СПбГУ за трудную и кропотливую работу с каждым из авторов.

Мы надеемся, что материал, изложенный в учебнике, сможет помочь не только студентам, аспирантам и специалистам, но и вызовет большой интерес у широкого круга читателей.

Н. С. Хрусталева

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

1.1. История исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций за рубежом

1.2. История отечественных исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций

1.3. Предмет, объект, основные понятия психологии кризисных и экстремальных ситуаций

1.4. Психология кризисных и экстремальных состояний с позиции основных психологических направлений

Роль психотравмы при стихийных бедствиях и катастрофах изучали: Е. Кретчмер (E. Kretschmer), И. Линдемман (I. Lindemann), Ф. Аллоди (F. Allodi), Б. Грин (B. Green); при адаптационных реакциях и неврозах Р. Зоммер (R. Sommer), П. Б. Ганнушкин, Б. Д. Фридман, Е. К. Краснушкин, В. Н. Мясищев, И. В. Давыдовский, Х. Кристал (H. Kristal), В. Д. Менделевич, А. В. Сухарев, С. Т. Посохова, Е. Р. Исаева и др.

Комбатанты (фр. combattant — сражающийся, воин, боец) — члены персонала частей и соединений сухопутных, морских и воздушных сил, внутренних войск (включая полицию), формируемых служб безопасности (участвующие в боевых операциях), участники военного ополчения, отрядов добровольцев, личный состав организованного движения сопротивления (партизан) и население, стихийно взявшее в руки оружие для борьбы с вторгшимися войсками неприятельского государства (п. 2 ст. 43 Дополнительного протокола I 1977 г.к Женевским конвенциям о защите жертв войны 1949 г.)

Острые и посттравматические стрессовые расстройства исследовали у комбатантов — А. Эгендорф (A. Egen Dorf), Дж. Буландер (G. Boulander), Т. А. Меллман (T. A. Mellman), Д. А. Билле (D. A. Bille) и мн. др.; у жертв изнасилования — А. Барджес и Р. Холстром (A. Burgess, R. Holmstrom); Д. Дж. Килпатрик (D. G. Kilpatrick); А. Амик-Макмуллан (A. Amick-McMullan) и др.

Представления о психологии кризисных ситуаций и психической травматизации формировались постепенно с середины XIX в., преимущественно в следующих трех направлениях: 1) *психологическое* — с акцентом на травмирующем событии, без его связи с психосоматическим преморбидом (К. Ясперс; К. Шнайдер и др.); 2) *клинико-описательное* — с акцентом на клинических симптомах и формах психогений (П. Б. Ганнушкин и др.); 3) *патофизиологическое* — с акцентом на идеи И. П. Павлова, положенные в основу концепций психогений. Американская научная школа основное внимание уделяла реакциям (в том числе реакциям адаптации), в отличие от немецкой и русской школ, которые делали акцент на нозологических единицах, включающих симптомы и синдромы. Отметим основные аспекты историографии психической травматизации, отраженные в отечественной и зарубежной литературе.

1.1. История исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций за рубежом

Первые исследования психических расстройств в результате травмирующих событий начались в Англии и Америке (1829), далее в Германии (1840). В связи с развитием промышленности и строительства железных дорог резко увеличилось количество пострадавших, у которых наблюдались травматические нервные расстройства. В 1867 г. английский хирург Джон Эриксен (J. Erichsen) описал психические нарушения у жертв железнодорожных катастроф. Немецкий психиатр К. Мели (Moeli K., 1881) объяснил происхождение «травматического невроза» влиянием эмоций страха и ужаса. Боевой стресс первоначально изучался в рамках медицины. В 1871 г. американский врач Джекоб Мендос Да Коста (J. M. DaCosta) описал нарушения дыхания,

«солдатское сердце» и психические расстройства у ветеранов Гражданской войны в США. В 1889 г. немецкий невропатолог Герман Оппенгейм (H. Oppenheim) в монографии «Травматические неврозы» подвел итог двадцатилетним исследованиям последствий травм в виде нервных заболеваний и психических нарушений у комбатантов. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин (Kraepelin E., 1916), исследуя ветеранов Первой мировой войны и симптомы «невроза пожара» у жертв несчастных случаев, обнаружил, что психические травмы оставляют после себя стабильные, прогрессирующие с течением времени расстройства. А. Майерс (1920), изучив «снарядный шок» у французских солдат, показал его отличие от контузии мозга в монографии «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919 гг.». Американский психиатр, психоаналитик Абрам Кардинер (Kardiner A., 1941) ввел термин «хронический военный невроз», подчеркнув его психофизиологическую природу. В монографии «Человек в условиях стресса» Р. Гринкер и Дж. Шпигель (Grinker R., Spiegel J., 1945) перечислили симптомы «острой боевой реакции» у американских солдат и «военного невроза» у военнопленных, психосоматические последствия боевой психической травмы, а также факторы наследственной предрасположенности к психическим расстройствам. Л. Батимор (Bartemeor L., 1946) описал «боевое утомление» у комбатантов.

В середине 70-х годов XX в. для американского общества стала очевидной проблема дезадаптации ветеранов Вьетнама, у которых отмечались «посттравматический невроз выживших» (Leopold R., 1963), «большая стрессовая реакция» (Bourne P., 1970), «военный травматический невроз» (Levy S., 1971; Bourne P., 1972), «постэмоциональный синдром» (Poiso Y., 1976), «посттравматическое стрессовое расстройство» (Figley Ch., 1978; Wieson J., 1978; Horowitz M. et al., 1980), а также высокий уровень семейной дисгармонии, актов насилия, самоубийств, заболеваемости и более ранней смертности (Lee E., Lu F., 1989).

Роль травмы в возникновении и развитии эндогенных расстройств, эндореактивных психозов и состояний исследовали: Н. К. Янушевская, Л. Л. Рохлин, Б. Д. Петраков, А. Б. Смуглевич, Г. К. Ушаков, Р. Урзано (R. Ursano), А. Каздин (A. Kazdin), Ю. А. Александровский, Г. Хант и др.

Исследованиями комбатантов Первой мировой и Гражданской войн в России занимались: Л. Ф. Якубович, Г. Е. Шумков, А. Б. Залкинд, С. А. Преображенский, М. Н. Никитин и др., во время и после Великой Отечественной войны — Н. Н. Тимофеев, М. Я. Серейский, Э. М. Залкид, А. Л. Эпштейн, Г. Е. Сухарева, В. В. Знаков, В. М. Лыткин; в 1990-е годы Б. В. Овчинников, Е. В. Снедков, А. А. Стрельников, С. В. Чермянин, И. О. Котенев, Н. В. Л. А. Китаев-Смык в 1995–2003 годы и мн. др.

К. Шнайдер (Schneider K., 1952) провел феноменологическую дифференциацию состояний, провоцируемых травмой. В. Франкл (Frankl V., 1959) и В. Нидерланд (Niderland W., 1964) описали «синдром узников концентрационных лагерей». Л. Этингер и А. Стром (Etinger L., Strom A., 1973), обследовав норвежских заключенных нацистских лагерей, выявили у них выраженную раздражительность, утомляемость и сниженную концентрацию внимания.

В 1986 г. были обобщены результаты международных исследований в коллективной монографии «Травма и ее след» (ed. Figley C. R., 1986) и опубликованы итоги изучения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) военной этиологии, у жертв геноцида и при других формах насилия над личностью. Наконец, группа исследователей под руководством М. Горовица (Horowitz M. et al., 1986) разработала диагностические критерии PTSD (post-traumatic stress disorder), которое в 1987 г. было отнесено к группе тревожных расстройств, включенных в DSM-III (Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorder) — классификационный психиатрический стандарт Американской психиатрической ассоциации. В 1993 г., после обнародования данных общенациональных исследований послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны (Kulka R. A. et al., 1990), были уточнены диагностические критерии острого стрессового расстройства (ОСР) и ПТСР в новой редакции классификационного психиатрического стандарта (DSM-IV).

Систематические исследования постстрессовых состояний мирного времени («гражданских катастроф» и преступлений) начаты с середины XX в., однако количество работ по данной тематике намного меньше, чем по последствиям военных действий. Под эгидой Национальной Академии наук США был выполнен ряд исследований, оценивающих адаптацию пострадавших от землетрясений, ураганов (Blosch D., Silber E., Perry S., 1956), наводнений (Allodi F., 1985;

Green B. L., 1983; Green B. L. et al., 1989, 1990) и крупных пожаров. Жертв преступлений (в том числе сексуального насилия) исследовали А. Барджес, Р. Холмстром (Burgess A., Holmstrom R., 1974), Д. Килпатрик (Kilpatrick D. G. et al., 1985) и А. Амик-Макмуллан с соавторами (Amick-McMullan A. et al., 1989). Они описали «синдром травмы изнасилования» и подтвердили, что около 30 % жертв преступлений имеют симптомы ПТСР. Систематические исследования широкого спектра катастроф и травматических событий продолжают проводиться зарубежными исследователями и в настоящее время.

1.2. История отечественных исследований в области кризисных и экстремальных ситуаций

В начале XX века в Америке, Англии, Германии число исследований по психической травматизации быстро увеличивалось, в царской России же данным вопросом почти не занимались. Однако в 1928 г. вышла монография Л. Я. Брусиловского, Н. П. Бруханского, Т. Е. Сегалова «Землетрясение в Крыму и нейропсихический травматизм», в которой авторы рассмотрели психические расстройства у населения, пострадавшего во время землетрясений 1887, 1908 и 1927 гг. Подъем научного интереса к этой теме произошел уже во время Русско-японской войны. В отечественной военной психиатрии и психологии появилось понятие «отсроченные психогенные реакции», которые часто наблюдались у участников боевых действий. В 1910 г. вышла крупная монография Л. Станиловского «Травматические неврозы». Психосоматическими проблемами комбатантов Первой мировой и Гражданской войн в России занимались В. Н. Бехтерев, Н. И. Бондарев, П. Б. Ганнушкин и др., во время и после Великой Отечественной войны — В. Н. Мясищев, В. А. Гиляровский, К. И. Герман, В. А. Гуревич, Е. К. Краснушкин, А. Р. Лурия и мн. др.

Начиная с 60-х годов XX в. мощным стимулом для научных исследований послужило участие профессиональных контингентов в боевых действиях по всему миру (во Вьетнаме, Египте, Сирии, Мозамбике, Камбодже, Анголе, Афганистане, Ливане, Ливии, Сомали, Чехословакии, Югославии, Таджикистане, Чечне, Дагестане, Южной Осетии и др.). Исследования установили влияние ситуационно-психогенных и личностных факторов боевого стресса на развитие психопатологических и патопсихологических последствий у комбатантов. Возникли новые исследовательские проблемы психологического сопровождения и реабилитации участников военных конфликтов.

В связи с постигшими нашу страну катастрофами природного и техногенного характера и многочисленными террористическими актами среди мирного населения также возросло количество жертв травматического стресса.

В последние десятилетия XX в. стало очевидным, что психическая травма воздействует на индивида на биохимическом, психофизиологическом, эмоциональном, когнитивном, личностном, микро- и макросоциальном уровнях, поэтому сформировалась самостоятельная отрасль наук — *психотравматология*, предметом исследования которой стал широкий спектр психических состояний, охватываемых понятием *посттравматического стресса* (ПТС). В 1995 г., вслед за введением в США

Террористические акты против России: 1991 г. — захват пассажирского самолета; 1995 г. — захват заложников в больнице Буденновска; 1996 г. — захват заложников в г. Кизляр, селе Первомайское; взрывы в троллейбусах и на станции метро «Тульская» в Москве; пассажирского автобуса «Минеральные Воды — Владикавказ», дома в Каспийске; 1997 г. — взрыв на железнодорожном вокзале Пятигорска; 1999 г. — взрывы на Центральном рынке Владикавказа, в торговом центре «Охотный ряд», в жилых домах Москвы и Волгодонска; газопровода в Кировской области; 2000 г. — взрыв у московского метро «Пушкинская», на железнодорожном вокзале Пятигорска; 2001 г. — взрывы в г. Минеральные Воды, Ессентуки, Астрахань, Владикавказ, Грозный; 2002 г. — взрывы в Каспийске 9 мая; Дома правительства в Грозном; захват заложников в московском Театральном центре на Дубровке; 2003 г. — теракты в различных районах Чечни; взрывы в Краснодаре, Ингушетии, возле здания Государственной Думы и на рок-фестивале в Москве; взрыв Моздокского военного госпиталя и двухэлектричек «Кисловодск — Минеральные воды»; 2004 г. — взрывы в вагоне московского метро «Павелецкая» и «Рижская», в гражданских самолетах «Москва — Волгоград», «Москва — Сочи», серия взрывов в Воронеже, Самаре, Грозном, Ингушетии; захват здания школы № 1 в Беслане; 2005 г. — взрывы в Махачкале, Нальчике, на железнодорожных путях «Грозный — Москва»; 2006 г. — на Черкизовском рынке в Москве; 2007 г. — взрывы у станции метро «Владимирская», в ресторане «Макдоналдс» в Санкт-Петербурге; в автобусах Пятигорска; подрыв железнодорожных путей и авария поезда «Невский экспресс»; 2008 г. — взрывы в Сочи, Владикавказе, Москве; 2009 г. — крушение поезда «Невский экспресс»; 2010 г. — взрывы между станциями «Боровая» и «Лигово» в Санкт-Петербурге; на станциях метро «Лубянка», «Парк культуры» в Москве; 2011 г. — взрыв в аэропорту Домодедово; 2017 г. — взрыв в метро в Санкт-Петербурге и др.

Психологические механизмы развития постстрессовых состояний при опасных для жизни заболеваниях изучали российские психологи Н. В. Тарабрина, М. А. Падун, О. А. Ворона, Н. Е. Шаталова, Г. П. Гене, Л. И. Коробкова и др.

М. В. Леви в диссертации «Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных» (2001) подтвердил, что оценка выраженности психологических защит способна служить косвенным методом определения риска развития стрессовых расстройств (в том числе ПТСР).

DSM-IV, диагностические критерии ОСР и ПТСР были включены в десятую редакцию Международного классификатора болезней (МКБ-10) — основного диагностического стандарта европейских стран — под рубрикой F4, объединяющей психические расстройства, основной причиной которых является психическая травма (конфликт, психологический стресс). Внесение ПТСР в МКБ-10, в соответствии с которым работают и отечественные клиницисты, интенсифицировало исследовательские работы в этом направлении.

С 1990-х годов в Институте психологии РАН (Москва) начаты исследования в области ПТС. В настоящее время функционирует «Лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии», областью научных интересов которой являются различные аспекты методо-

логии, теории, механизмов развития, методов и мишеней психологической коррекции и психотерапии посттравматических изменений, а также поиск новых исследовательских подходов к определению места ПТС в современной научной психологии. Направления исследований лаборатории связаны с изучением механизмов развития ПТС, разработкой и адаптацией психодиагностического инструментария симптомов ПТС у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, пожарных, спасателей, участников военных действий, онкологических, соматических больных, определением взаимосвязи психических травм, пережитых на протяжении жизни, с развитием ПТС и др. Одним из основных итогов работы лаборатории является теоретико-методологическое и эмпирическое обоснование нового научного направления в клинической психологии — *психологии посттравматического стресса*.

Специалисты профессий экстремального профиля деятельности (ВВ, МВД, МЧС России и др.) находятся в зоне риска развития негативных психосоматических изменений, что обуславливает социальный заказ на разработку прикладных и фундаментальных основ психологического обеспечения сотрудников опасных профессий, а также прогноза надежности их профессиональной деятельности.

Совместно с Всероссийским НИИ противопожарной обороны в 1998 г. впервые в отечественной психологии были проведены исследования, посвященные определению особенностей ПТС, схожести уровней выраженности ПТСР у спасателей, пожарных и сотрудников МВД. Результаты исследования позволили разработать профессиографическое описание деятельности, систему критериев профессиональной пригодности и групп риска дезадаптивных состояний. В.И. Дутов в монографии «Психофизиологические и гигиенические аспекты деятельности человека при пожаре» (1993) рассмотрел характер труда оперативных служб пожарной охраны, дал рекомендации по профессиональному отбору,

Техногенные и природные ЧС нашей страны: авария на Чернобыльской АЭС, 1986; землетрясение в Армении, 1988; взрыв метана на шахте «Зырянская» в Кемеровской области, 1997; гибель атомной подводной лодки «Курск», 2000; наводнение в г. Ленске (Якутия), 2001; авиакатастрофы в Иркутске, 2001, 2006; сход селевых потоков и ледника в Кармадонском ущелье Северной Осетии, 2002; пожар в общежитии РУДН, 2003; обрушение крыши аквапарка «Трансвааль» в Москве, 2004; обрушение кровли Басманного рынка в Москве, 2006; взрыв метана на шахте «Ульяновская» в Кемеровской области, 2007; авиакатастрофа Boeing-737 в Перми, 2008; авария на Саяно-Шушенской ГЭС, 2009; пожар в клубе «Хрошая лошадь», 2009; лесные пожары в Центральных районах России, Поволжье и Дагестане, площадью около 200 тыс. га, 2010; авария на шахте «Распадская» в Кемеровской области, 2010; крушение теплохода «Булгария» на Волге, 2011; наводнение в Крымске, 2012; в Хабаровске, 2013; и др.

По заключению А. П. Самонова (1982), состояние высокой степени психической напряженности не ухудшает эффективность действий пожарных с сильной нервной системой и ухудшает — со слабой. Для оперативных работников характерен низкий уровень тревоги и высокая склонность к риску.

И. О. Котене выделит два типа личности среди спасателей и пожарных с низкой успешностью профессиональной деятельности: 1) с длительным стажем службы, повышенной тревожностью, мнительные, неуверенные в себе, замкнутые, пассивные, испытывающие затруднения в принятии решений, с тревожно-депрессивными реакциями и склонностью к самообвинениям; 2) легкомысленные, недисциплинированные, импульсивные, раздражительные, обидчивые и конфликтные, с экстернальным локусом контроля при высокой самооценке.

Е. Н. Ашанина (2011) показала, что у сотрудников МЧС доминируют нарушения психоэмоциональной сферы и астеноневротические проявления. Сочетанное применение технологий аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи является эффективным способом комплексной коррекции дезадаптивных состояний, восстановления психоэмоционального статуса, функциональных резервов организма, нейрофизиологических характеристик ЦНС и физической работоспособности.

психологической и физической подготовке пожарных, описал факторы пожара и их действие на людей, а также методы исследования поведения людей на пожарах. И. О. Котенев (1998) сравнивал динамику ситуативной тревожности у лиц, работающих в напряженных (пожарная часть) и экстремальных (зона вооруженного конфликта) условиях деятельности. Исследования В. Ю. Рыбникова (2000) подтвердили, что эффективность деятельности специалистов (офицеров плавсостава, сотрудников МВД и МЧС РФ) тесно связана с симптомокомплексами личностных свойств, характеризующих активность, нервно-психическую устойчивость, уровень тревожности, свойства высшей нервной деятельности, организаторские способности, интеллектуальное развитие и др. (Рыбников В. Ю., 2000; Шойгу Ю. С., 2015).

Критериями долгосрочного прогноза успешности деятельности являются количественные показатели биоэлектрической активности коры головного мозга. В 2001 г. были опубликованы основные результаты междисциплинарных исследований последствий ПТС, связанных с профессиональной деятельностью пожарных (Н. В. Тарабрина, М. И. Марьин, В. А. Агарков, М. В. Леей, С. И. Ловчан). М. В. Леви в работе «Аудиовизуальные средства поддержки работоспособности в дежурных частях» (2006) обосновал применение программы психофизиологического воздействия, способствующей поддержанию высокой работоспособности у пожарных в течение дежурной смены. М. В. Вавилов (2002) установил, что эффективность профессиональной деятельности специалистов (спасателей МЧС России, сотрудников МВД, ГПС МЧС России) связана с функциональным состоянием ЦНС, функциями внимания и нервно-психической устойчивости. В работе Е. Н. Ашаниной рассматривается копинг-поведение сотрудников ГПС МЧС России как многокомпонентное психодинамическое, психолого-акмеологическое образование, феноменология которого включает трехуровневую структурно-функциональную

модель, а психологический механизм реализации проявляется во взаимодействии профессиональных стресс-факторов, личностных, средовых копинг-ресурсов и различных типов копинг-стратегий, детерминированных индивидуально-психологическими качествами личности (Ашанина Е. Н., 2011). Л. Г. Пыжьянова описала наиболее значимые социально-психологические последствия ЧС и предложила алгоритм прогнозирования рисков их развития с помощью базы программно-аппаратного комплекса «Психолог», позволяющего эффективно планировать мероприятия по психологическому сопровождению аварийно-спасательных работ (Шойгу Ю. С., 2016; Пыжьянова Л. Г., 2011).

С 1974 г. постепенно стали создаваться психологические службы силовых ведомств (центры психодиагностики, отделы социально-психологической работы с личным составом и должности психологов) для реализации эффективного профотбора, подготовки, сопровождения, коррекции и реабилитации сотрудников профессий экстремального профиля деятельности. В настоящее время психологическая служба МВД осуществляет два основных направления деятельности.

Психологическое сопровождение сотрудников включает: 1) профориентацию, психологический отбор кадров, работу с резервом на выдвижение и участие в аттестации сотрудников; 2) профессиональную адаптацию молодых сотрудников; 3) развитие личности, профилактику и психокоррекцию дезадаптивных состояний сотрудников; 4) диагностику психологического климата в коллективе; 5) психологическое консультирование сотрудников, членов их семей и др.

Психологическое обеспечение оперативно-служебных задач включает: 1) психологическое консультирование при решении оперативно-служебных задач; 2) проведение судебно-психологической экспертизы; 3) разработку психологических портретов (серийных убийц, террористов и др.); 4) психологическое обеспечение службы в экстремальных условиях; 5) психологическое обеспечение переговорной деятельности в ситуации захвата заложников и при угрозе террористических актов; 6) психологическое сопровождение уголовно-исполнительного процесса в пенитенциарных учреждениях; 7) изучение социально-психологических явлений, влияющих на состояние правопорядка в регионе и др.

В 1999 г. была создана психологическая служба МЧС России, которая объединила специалистов страны в пожарных и воинских частях, спасательных отрядах, учебных и научно-исследовательских учреждениях МЧС России. Организационно-методическое руководство психологической службой осуществляет «Центр экстренной психологической помощи МЧС России» (ГУ ЦЭПП) — филиал «Всероссийского центра экстренной радиационной медицины МЧС России» (ВЦЭРМ) Санкт-Петербурга. Основными направлениями деятельности ГУ ЦЭПП МЧС России являются: 1) профессиональный психологический отбор, психологическая подготовка, мониторинг и постэкспедиционное обследование личного состава МЧС России, участвующего в ликвидации последствий ЧС; 2) психотерапевтическая и психологическая помощь сотрудникам МЧС и членам их семей; 3) оказание экстренной психологической помощи пострадавшим в зонах ЧС и их родственникам; 4) социально-психологические исследования и научно-исследовательская работа в области психодиагностики

Последствия стресса радиационной угрозы, психосоматические и социально-стрессовые расстройства описаны в следующих исследованиях: Baum A. et al., 1983; Davidson L. M., Baum A., 1986; Березин Ф. Б., 1988; Александровский Ю. А. с соавт., 1991; Лазебная Е. О., Зеленова М. Е., Костюкова Л. В., Ласко Н. Б., Орр С. Ф., Питман Р. К., 1994–1996 и др.

Л. И. Анциферова (1990) считает, что интеграция личности с настоящим и будущим способствует усилению ее энергетических и смысловых возможностей, переходу на новые уровни развития. Исследуя поведение личности в трудных жизненных ситуациях, она выявила различные типы поведения, направленные на преодоление человеком преград и определение адекватных форм реагирования на негативные кризисные события.

и медико-психологической реабилитологии и др. (Шойгу Ю. С., 2017б).

В 2003 г. впервые в России на базе Санкт-Петербургского государственного университета была основана кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций в связи с необходимостью подготовки квалифицированных специалистов данного направления. За время своего существования профессорско-преподавательским составом (включающим психофизиологов, психиатров, клинических, социальных психологов, психологов МВД и МЧС, специалистов в области культурологии, религиоведения) были разработаны новые учебные курсы в рамках специализации «Психология кризисов и экстремальных состояний» и создана методологическая база для целого ряда университетов. Основными направлениями научных исследований кафедры являются: теория и методология психологии кризисных, экстремальных состояний и психической травмы; проблемы онкопсихологии, изменения личности в кризисных и экстремальных ситуациях; теория и практика психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях; профилактика психической травматизации; психология миграционных процессов и религиозно-этнических конфликтов; психология стратегий средств массовой информации в чрезвычайных ситуациях; психологическое сопровождение специалистов помогающих профессий и профессий экстремального профиля деятельности; совершенствование и разработка новых методов психодиагностики кризисных состояний и последствий посттравматического стресса. Выпускники кафедры приобретают практические навыки оказания психологической помощи населению в кризисных ситуациях, в зоне ЧС, сопровождения специалистов профессий экстремального профиля деятельности, подверженных риску эмоционального выгорания и профессиональной деформации. В настоящее время подобные факультеты, кафедры и центры организованы во многих университетах России

и стран СНГ: в Московском городском психолого-педагогическом университете (факультет экстремальной психологии), Санкт-Петербургском университете государственной противопожарной службы МЧС России (кафедра психологии риска, экстремальных и кризисных ситуаций), Казанском государственном университете (кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций), Российском государственном педагогическом университете им. А. И. Герцена (кафедра психологической помощи), Психологическом институте РАО (Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций»), Владивостокском государственном медицинском университете (Центр клинической и прикладной психологии), Белорусском государственном педагогическом университете им. М. Танка (Центр кризисной психологии), Национальном университете гражданской защиты Украины (Научно-исследовательская лаборатория экстремальной и кризисной психологии) и др.

Актуальным направлением научных исследований психологии кризисных и экстремальных ситуаций является разработка методологии, принципов, средств и методов оказания психологической помощи населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях. В этом плане вызвали интерес исследования Х. Б. Ахмедовой, рассмотревшей изменения личности при ПТСР у мирного населения, пережившего военные действия (Ахмедова Х. Б., 2004); А. Г. Абдуллина, изучавшего психологические последствия крупномасштабных техногенных катастроф на примере Уральского региона (Абдуллин А. Г., 2005); Т. Б. Мельницкой, разработавшей концепцию и модель информационно-психологической безопасности населения в условиях риска радиационного воздействия (Мельницкая Т. Б., 2009); Н. В. Тарабриной, Ю. В. Быхолец, изучивших взаимосвязь между параметрами ПТС и уровнем переживания террористической угрозы у жителей разных регионов России (Быхолец Ю. В., Тарабриной Н. В., 2010); Е. Р. Исаевой, рассмотревшей защитное и совладающее со стрессом поведение при расстройствах психической адаптации различного генеза (Исаева Е. Р. 2010); Ж. Ч. Цуциевой, исследовавшей психологию ПТСР у детей — жертв террористических актов (Цуциева Ж. Ч., 2010). Однако несмотря на большое количество работ, в настоящее время злободневными остаются исследования в области психологии безопасности и поведения человека в ЧС, вопросы психологической экспертизы рисков и угроз техногенных явлений разрушительного и пожароопасного характера, а также формирование психологической готовности населения (психологическая профилактика и подготовка к деятельности и поведению в экстремальных ситуациях).

В последнем десятилетии XX в. часть исследователей помимо последствий травматического стресса сосредоточилась на изучении «критических жизненных событий» (Перре М., Бауманн У., 2003), приводящих к возникновению кризиса — состояния, при котором невозможно функционирование личности в рамках прежней модели поведения. Однако кризис имеет не только патологические последствия, но и возможности роста и развития личности. Л. И. Анциферовой (1990) разработан динамический подход к пониманию личности как саморазвивающейся системы, способной к деятельному существованию, изменению и поступательному развитию. С. В. Кравец (2001) предложила классификацию кризисных явлений по критерию их нормативности, что позволяет рассмотреть ПТСР в контексте теории кризиса; в ра-

боте показано методологическое значение понятия «кризис» для осуществления междисциплинарных исследований и создания методологического инструментария для анализа кризисных ситуаций.

1.3. Предмет, объект, основные понятия психологии кризисных и экстремальных ситуаций

Психология кризисных и экстремальных ситуаций — отрасль психологии, предметом которой являются: экстремальные и кризисные состояния и переживания; особенности функционирования психики в экстраординарных условиях; механизмы психической травматизации; этиологические факторы развития психических нарушений вследствие психотравматизации; детерминанты психической устойчивости в экстремальных и кризисных ситуациях.

Объектом психологии кризисных и экстремальных ситуаций является психическая деятельность, как правило, здорового человека, переживающего необычную, сверхсильную, предельную по интенсивности ситуацию, т. е. речь идет о:

- 1) людях, волей обстоятельств (случайно) переживающих экстремальные и чрезвычайные ситуации, попавших в опасные и особо опасные условия природного, техногенного и антропогенного или социального характера;
- 2) родственниках пострадавших, которые также часто подвержены психической травматизации и нуждаются в психологическом сопровождении;
- 3) свидетелях происходящего, так как социальный характер функционирования человека приводит к тому, что переживания за судьбу пострадавших вызывает возникновение экстремальных психических состояний и у людей, непосредственно не находящихся в опасных условиях;
- 4) специалистах, чья производственная деятельность проходит в опасных и особо опасных техногенных и природных условиях, в условиях высокой вероятности возникновения экстремальных и чрезвычайных ситуаций и которым необходима психологическая помощь при адаптации к таким условиям и для предупреждения негативных последствий;
- 5) специалистах специально организованных служб, целью которых является предупреждение экстремальных ситуаций, минимизация ущерба и ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций (спасатели, пожарные, военнослужащие, сотрудники МВД, медики);
- 6) людях, занимающихся так называемыми экстремальными видами спорта и отдыха, которых привлекают опасные природные и техногенные условия, дающие возможность переживания экстремальных психических состояний. Они стремятся попасть в опасные и особо опасные условия, часто сталкиваются с экстремальными ситуациями и создают чрезвычайные ситуации ради получения удовольствия;

- 7) людях с кризисными ситуациями, которые могут возникать у всех категорий гражданского населения (особенно часто — у мигрантов), и специалистов, работающих в опасных и особо опасных условиях. Сложность деятельности психолога заключается в том, что он сталкивается не только с индивидуальными жизненными кризисами человека, но и с социальными кризисами — от малых (семья, профессиональный коллектив) до больших социальных (государство, этнос, межконфессиональные отношения, церковь), связанных с этнической или конфессиональной идентичностью человека, как на месте его постоянного проживания, так и в процессе миграции;
- 8) людях, у которых экстремальные и кризисные ситуации переплетаются в почти динамическое целое. Это, как правило, пациенты с тяжелыми соматическими, в том числе онкологическими, заболеваниями, стигматизирующими заболеваниями, а также их родственники.

Подход к объекту как здоровому человеку определяет сферу деятельности психолога, работающего в области кризисных и экстремальных ситуаций, и требует от него знания не только разных разделов психологии, но и многих гуманитарных наук, таких как социология, культурология, антропология. Однако переживания и поведение людей в экстремальных и кризисных ситуациях правомерно описывать именно с позиций клинической психологии, соприкасающейся со сферой медицины, в том числе психиатрией. У человека в таких ситуациях отмечаются психические состояния и реакции, лежащие на грани патологии и даже переходящие эту грань, а исходом ситуаций могут быть не только их благоприятное разрешение, но и патологические состояния, болезнь, травма, порой несовместимая с жизнью. Перед психологом стоит задача не только правильно диагностировать симптомы реагирования, но и оценить их место в патогенезе или санатогенезе реагирования и переживания ситуации, что требуется для определения необходимости психологической помощи, ее объема и направления.

Кроме многоуровневых функций человека, объектом психологии кризисных и экстремальных ситуаций также являются системы природных, техногенных, социальных явлений, в которых человек — неотъемлемый элемент систем в той части, в которой данные системы являются лимитирующими, определяющими прохождение человеком изучаемых ситуаций и исход для него. В то же время человек определяет исход данной ситуации для системы, что является подразделом психологии обеспечения деятельности человека в экстремальных и чрезвычайных ситуациях.

Несмотря на то что сферой интересов психологии постоянно являются именно проблемные, в том числе и наиболее сложные, часто неразрешимые, иногда лежащие за пределами человеческих возможностей ситуации, четкая описывающая их понятийная база отсутствует. Существует несогласованность в использовании основных определений. Большинство исследователей достаточно вольно трактуют термины экстремальная, опасная, особо опасная, чрезвычайная, трудная, кризисная, ситуация, среда, состояние (различные трактовки этих понятий будут представлены далее в учебнике в соответствующих главах). Нередко различные сочетания этих слов рас-

сматриваются как синонимы. Часть определений, предложенных и зафиксированных в правовых и нормативных документах, отражают устоявшуюся норму в области профессиональной деятельности, не относящейся к психологии (имеют сленговое значение, существенное только для определенной профессиональной группы, не отражающее сути уникальных свойств данных явлений в психологии). С позиции спасателей, врачей, пережить кризисную или экстремальную и даже чрезвычайную ситуацию — это выжить, сохранить жизнь и здоровье, возможно получив ущерб от взаимодействия с вредоносными факторами. С точки зрения психолога, переживание ситуации — это прежде всего сложная и интенсивная психическая деятельность, часто с непредсказуемым результатом.

Вместе с тем дифференциация указанных выше понятий необходима для объективации субъективных переживаний человека, пребывающего в особой ситуации и далеко не всегда способного в полной мере рефлексировать происходящие в нем изменения.

Рассмотрим основные понятия, позволяющие выделить специфику взаимодействия человека со средой в процессе его жизни и деятельности.

Жизненные ситуации есть совокупность значимых для человека событий и связанных с ними потребностей, ценностей и представлений, влияющих на его поведение и мировоззрение в конкретный период жизненного цикла.

Понятие «ситуация» отражает сложную систему активного взаимодействия и взаимовлияния человека и среды.

Категория «ситуация» (от лат. *situs* — «позиция, положение») в контексте различных психологических подходов рассматривается:

- в рамках ситуационно-событийного анализа жизненного пути человека,
- в связи с рассмотрением проблем социального взаимодействия (поведения),
- в связи с изучением проблем и закономерностей психического развития.

В первом случае под ситуацией понимается жизненная ситуация «как фрагмент среды, т. е. внешних объективных обстоятельств жизнедеятельности, с которыми непосредственно контактирует человек» (Коржова Е. Ю., 2002, с. 24).

Во втором случае — при изучении факторов, определяющих поведение человека, ситуация понимается как система объективных и субъективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности субъекта в определенный временной период, т. е. подразумевается, что ситуация включает в себя самого человека, с его индивидуально-психологическими особенностями, отношением к происходящему, переживаниями и активным взаимодействием с внешними обстоятельствами.

В третьем случае — при рассмотрении проблем психического развития — наиболее часто применяется понятие «социальная ситуация развития», введенное Л. С. Выготским. Л. С. Выготский социальной ситуацией развития называл «особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа и обуславливает и динамику психического развития на протяжении соответствующего возрастного периода, и новые качественные новообразования, возникающие к его концу. При таком рассмотрении среда является не условием развития, но его источником, обеспечивающим формирование специ-

фических человеческих свойств. Единство внутренних процессов и внешних условий делает допустимым в понятии “социальная ситуация развития” разнокачественных моментов биологической и социальной природы: сдвиги, происходящие в организме; изменения в содержании деятельности, общественном положении и структуре социальных ролей; перемены в структуре общения и круге “значимых других”, на которых индивид ориентируется; развитие психических процессов и способностей; сдвиги в мотивационной сфере и ценностных ориентациях» (Кон И. С., 1978).

Все многообразие жизненных ситуаций сводится к нормальной (или привычной) ситуации, ситуации рекреации, трудной, экстремальной, чрезвычайной и кризисной ситуации.

В *нормальных жизненных ситуациях* человек поддерживает уровень гомеостаза, физического, психического, душевного, отражающий уровень адаптации к условиям существования. Человек реализует традиционный уровень эффективности жизнедеятельности и вовлечен в традиционные виды деятельности. Устоявшейся, или нормальной, жизненной ситуации можно посвятить не одну книгу, она является полем интересов практически всех подразделов психологии, определяющих норму жизнедеятельности человека. Нам придется ее касаться, но как точки отсчета особенностей изменения психических процессов в других интересующих нас ситуациях. Определить понятия нормы, как и здоровья, адаптированности, достаточно сложно, так как приходится обращаться к не имеющим четких критериев категориям, обусловленным не только субъективным ощущением человека, эффективностью жизнедеятельности и деятельности, зависящим от культурных или производственных традиций и временных периодов жизни.

Ситуации рекреации (отдыха) крайне важны для восстановления физиологического и психического гомеостаза человека. Процессы, происходящие в таких ситуациях и условиях, обеспечивающие восстановление функций, интересны, так как используются для коррекции и в рамках терапии при оказании помощи пострадавшим, и при восстановлении внутренних ресурсов человека после деятельности в экстремальных ситуациях и выжившим в чрезвычайных ситуациях, и будут рассмотрены в соответствующих параграфах.

Трудная жизненная ситуация — ситуация, в которой в результате внешних воздействий или внутренних изменений происходит нарушение адаптации человека к жизни. В итоге он не в состоянии удовлетворить свои основные жизненные потребности посредством моделей и способов поведения, выработанных в предыдущие периоды жизни. Трудные ситуации возникают тогда, когда нарушается упорядоченность течения жизни человека. Для всех трудных жизненных ситуаций характерна ломка жизненного стереотипа, нарушение устойчивости привычного образа жизни, необходимость существенных изменений. Анализ трудных жизненных ситуаций возможен с позиций внешнего наблюдателя и с позиций внутренней реальности.

О наступлении трудной, или проблемной, жизненной ситуации свидетельствуют: 1) неадекватность алгоритмов привычного социального поведения; 2) нарушение текущей социальной деятельности; 3) неопределенность перспектив развития событий; 4) возникновение новой системы требований к субъекту; 5) возникновение

стрессовых состояний человека. Соответственно, человек в такой ситуации не может полноценно функционировать, и ему приходится изменять свое поведение. Это требует от индивида изменения активности при выборе стратегии, средств и способов деятельности, направленной на достижение желаемого результата, но в целом такие ситуации не содержат непосредственной угрозы человеку. Субъекту необходимо понять природу напряженности жизненной ситуации, связанной с противоречиями между его различными интересами, а также сделать выбор между его собственными интересами и интересами других людей.

Частными вариантами трудных жизненных ситуаций являются *экстремальные и кризисные ситуации*. Принципиально важно различать трудные и кризисные ситуации.

Кризисная ситуация определяется как взаимодействие субъекта со средой, при котором субъект сталкивается с невозможностью дальнейшего успешного функционирования без существенной ценностно-смысловой перестройки, требующей интенсивной душевной работы. Кризис (др. греч. κρίσις — «решение», «поворотный пункт», «переходный период», «перелом») — состояние, при котором существующие средства достижения целей становятся неадекватными условиям существования. Мы рассматриваем психологический кризис как состояние индивида, возникающее вследствие ощущения внутреннего тупика, который блокирует привычное течение жизни и требует принятия важных решений, кардинально меняющих жизненную ситуацию.

Психологический кризис характеризуется внезапно возникающим (под влиянием экстремальных внешних факторов или созревания внутренних условий) чувством утраты смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности, и сопровождается крайне интенсивными внешне выражаемыми и внутренне ощущаемыми эмоциями.

Экстремальная ситуация, напротив, не всегда носит личностный характер и не обязательно требует личностного реагирования, связанного с сущностной перестройкой системы отношений. Она преимущественно может быть охарактеризована как чрезмерное давление на индивида внешних обстоятельств (в самом широком смысле), требующее значительного включения внутренних ресурсов, интенсивных переживаний, но не обязательно представляющая собой поворотный пункт в его жизненной истории. В отличие от кризисной, в экстремальной ситуации личность может не претерпевать кардинальных изменений. К таким обстоятельствам могут относиться чрезмерная скорость изменения внешней ситуации или угроза жизни. Последствиями таких превышающих возможности человека воздействий на его психику могут стать разнообразные острые или хронические расстройства психогенного характера.

Чрезвычайные ситуации, в отличие от кризисных и экстремальных, проявляющихся как внутреннее состояние человека, характеризуются сверхсильными внешними воздействиями, исключающими возможность человека (организма, психики, личности) выживать, противостоять, приспосабливаться к ним.

Индивидуальные характеристики психического состояния человека в случае сверхсильных внешних воздействий могут нивелироваться, и в связи с этим ситуа-

ции, сопряженные с наличием сверхсильных воздействий, таких, например, как землетрясение, извержение вулкана, цунами, ядерный взрыв, заблокированное пребывание в горящем или тонущем автомобиле и т. п., могут описываться исключительно языком так называемых объективных обстоятельств. Совладание с такими обстоятельствами и (или) их последствиями неподвластно человеку и становится преимущественно делом не индивидуальным, а социальным.

Разрешение экстремальных ситуаций, выживание в чрезвычайных ситуациях, переживания и разрешение кризисных ситуаций требуют максимального напряжения сил и сопряжены с особыми внутренними состояниями людей — экстремальными психическими состояниями (Учебное пособие..., 2017а).

Особо следует подчеркнуть, что предельность этих состояний определяется не столько интенсивностью внешне выражаемых и внутренне ощущаемых эмоций, сколько тем масштабом душевных затрат, которые необходимы для сохранения целостности и идентичности личности, поставленной в такое состояние необходимостью выбора сохранения себя и выполнения функций по разрешению ситуации.

Вместе с тем именно предельность экстремальных и кризисных состояний делает их потенциально психотравмирующими. Психотравмирующая ситуация — это экстремальная или кризисная ситуация, обладающая потенциально психотравмирующими свойствами, т. е. характеристиками, потенциально нарушающими аутопластическую адаптацию человека, приводящими к болезненным проявлениям, провоцирующим нарушения в психическом и личностном развитии. В экстремальных и кризисных ситуациях в случаях, когда не хватает ресурсов, необходимых для результативного функционирования психики и разрешения задачи самосохранения и обеспечения деятельности, возникает состояние, аналогичное повреждению организма, — травма.

Психическую травму мы определяем как внутреннее состояние, характеризующееся нарушением аутопластической адаптации, возникающее вследствие значительного дисбаланса воздействий и психических возможностей индивида. В этой связи психотравму следует рассматривать как результат патогенного переживания экстремального состояния или кризиса, что и определяет их особое место на грани нормы и патологии, здоровья и болезни.

Деление переживаний людей, находящихся в чрезвычайно трудной жизненной ситуации, на экстремальные и кризисные состояния весьма условно. В действительности зачастую при описании переживаний человеком подобных ситуаций могут присутствовать элементы и «экстремальности», и «кризисности». С позиции психологии важным является субъективная составляющая, т. е. то, как человек переживает ситуацию: как трудную, как экстремальную — угрожающую жизни или здоровью, как чрезвычайную — лежащую за пределами его возможностей, как кризисную — требующую изменения себя. В то же время существует объективная составляющая ситуации, отражающаяся в вероятности определенного исхода для ее участников. Не менее важным является оценка психологом адекватности переживаний ситуации, что позволяет дифференцировать нормальные и патологические формы реагирования человека.

В связи с этим от психолога требуется очень точно различать:

- когда переживания являются проявлением эффективной психической деятельности человека и несмотря на высокую их интенсивность и тяжесть симптоматики необходимым компонентом, ведущим к благоприятному разрешению ситуации, отражают создание необходимых для преодоления таких ситуаций продуктов, формированию позитивного опыта. Помощь в данном случае не нужна;
- когда переживания отражают возникновение психической травмы, нарушение психической деятельности и запуск аварийных защитных форм реагирования, направленных на преодоление психической травмы. Требуется помощь по снижению страдания, профилактика нарушения процесса преодоления;
- когда переживания отражают запредельные состояния и психика не способна самостоятельно справиться с полученными чрезвычайными воздействиями, — при этом отмечается полная потеря контроля состояния и поведения. Оказание помощи требуется обязательно.

1.4. Психология кризисных и экстремальных состояний с позиции основных психологических направлений

Психология экстремальных и кризисных состояний — молодое направление в психологии, поэтому изучаемые в нем психологические категории, как правило, не имеют четкого описания в основных психологических школах с гораздо более длительной историей. Вместе с тем теоретико-методологический подход к изучению экстремальных и кризисных ситуаций необходим, так как делает осмысленной и грамотной и научно-исследовательскую, и практическую работу психолога, специализирующегося в данной области.

Наиболее разработанными с точки зрения методологии являются концепции возрастных кризисов (З. Фрейд, Э. Эриксон, Л. С. Выготский) и теоретические интерпретации и модели возникновения последствий переживаний экстремальных ситуаций и сконструированные на их основе модели психологической помощи. Это касается в первую очередь теоретических концепций посттравматического стрессового расстройства (Тарабрина Н. В., 2001; Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства, 2005; Осухова Н. Г., 2006). Как справедливо отмечает Н. Г. Осухова, «понимание “нормального целого” (в различных концепциях это “организм”, “личность”, “поведение”, “бытие-в-мире”) и “дефекта” становится отправной точкой для выбора модели оказания помощи». Добавим, что теоретическая ориентация оказывается определяющей и при выборе психодиагностического инструментария в практической и научно-исследовательской работе вне зависимости от того, осознает это практикующий психолог или психолог-исследователь. Что касается собственно экстремальных и кризисных состояний, теоретические их интерпретации чаще всего лишь имманентно присутствуют в описании различными психо-

логическими школами функционирования психики (за исключением немногих, — например, экзистенциально-гуманистического и деятельностного подхода, где жизненные кризисы рассматриваются как самостоятельные категории).

Однако опираясь на феноменологию этих понятий, представляется возможным выделить в современных теоретических психологических направлениях аспекты, касающиеся области психологии экстремальных и кризисных состояний, и сконструировать теоретические модели описания этих состояний с позиций различных психологических концепций.

Наметим основные пути освещения ведущих категорий психологии экстремальных и кризисных ситуаций в системе различных теоретических парадигм.

1.4.1. Психодинамическое направление

Современное определение экстремальных и кризисных состояний тесно связано с понятием «*психической травмы*», рассматриваемой нами как результат их патогенного переживания.

«Мы хотим не просто описать и классифицировать явления, а стремимся понять их как проявление борьбы душевных сил, как выражение целенаправленных тенденций, которые работают согласно друг с другом или друг против друга. Мы придерживаемся динамического понимания психических явлений» (Фрейд З., 1999, с. 70–71).

Понятие «психическая травма», введенное в 1878 г. врачом-неврологом А. Ойленбургом (A. Eulenburg), в психологии получило наиболее полное развитие в психодинамическом направлении, берущем свое начало от психоанализа З. Фрейда. В классическом психоанализе существуют две модели психической травмы. В одной из них Й. Брейер и З. Фрейд (1893–1895) определяют травму как непереносимость аффекта, вызванного внешним воздействием («модель “непереносимой ситуации” с акцентом на аффективных состояниях»). Данный взгляд был подкреплён наблюдениями по поводу военных неврозов (Freud S., 1919, 1939) (цит. по: Кристал Г., 2002, с. 3). Психическую травму этого рода правомерно рассматривать как неблагоприятно пережитое экстремальное состояние, в котором человек в результате дисбаланса внешнего воздействия и внутренних возможностей не может действовать, оставаясь равным себе, теряет идентичность. В этой «энергетической» модели психотравма выступает как «брешь в стимульном барьере». Если пошатнувшийся в результате сверхсильного воздействия «защитный барьер» («защитный экран») выдерживает, психический баланс восстанавливается. При прорыве «в психическом стимульном барьере» вместо защитной переработки неприемлемой реальности происходит уход от нее, т.е. вступает «вторая линия защиты», направленная на то, чтобы травма вообще не была пережита. На языке психоаналитического подхода эти защиты определяются как «примитивные», «*архаические*» (*архитипические*), которые позволяют поддерживать функционирование психики, но на принципиально другом — клиническом —

уровне. Дж. Калшед описывает процесс полиферации («озлокачествления») защит, самотравмирующих, саморазрушающих психику, ведущих к различным ее расстройствам: расщеплению, диссоциации, регрессии, аутизму, тревоге отделенности, «тревоге дезинтеграции» (Х. Кохут), «примитивной агонии» (Д. У. Винникотт).

Согласно психодинамическому направлению, происходящие в психике процессы определяются самостоятельной динамикой, результатом взаимодействия и борьбы интрапсихических сил, интрапсихического конфликта. Основоположником этого направления является З. Фрейд, основатель психоанализа.

Таким образом, *экстремальное состояние*, с позиций психодинамического направления представляет собой состояние напряженной внутренней борьбы, направленной на преодоление непереносимой внешней ситуации с помощью защитного стимульного барьера.

При этом степень «переносимости» тех или иных ситуаций индивидуальна. Для одного реестр непереносимых ситуаций велик, для другого — в качестве непереносимых могут оказаться лишь те ситуации, которые несут реальную витальную угрозу и оказываются сверхсильными по воздействию практически для всех людей.

«Энергетическое» понимание травмы З. Фрейдом некоторые современные исследователи предлагают заменить на «информационное», что позволяет включить как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (Horowitz M., 1986; Lazarus R., 1966). Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. При этом информация под воздействием психологических защитных механизмов навязчивым образом воспроизводится в памяти. Успешность совладания с травмирующим воздействием зависит от оптимального соотношения между фиксацией на травмирующей ситуации и вытеснением ее из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания («инкапсуляция травмы»), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду и помогает преодолеть последствия внезапной травмы.

Одной из ключевых детерминант способа выхода из *экстремального состояния* в понимании его психодинамически ориентированными психологами, таким образом, являются особенности сформированных в течение жизни с самого раннего детства психологических защит, или *защитного барьера*, в котором слабые звенья могут образовываться на протяжении всего пути развития личности.

Поскольку в основе психодинамической парадигмы психической травмы этого типа лежат представление о блокировке неотрагированного аффекта и понятие фиксации на моменте травмы, психотерапия ее последствий направлена на возвращение к травматическому опыту и на отреагирование сверхсильных эмоций.

Во второй модели — модели динамики неприемлемых импульсов — психическая травма рассматривается как вторжение в сознание непереносимых, несовместимых с Я импульсов, т.е. проявление внутренней несогласованности в психике. Кризисное переживание на доклиническом уровне можно представить как состояние напряженного внутреннего конфликта в психодинамической структуре личности. В случае неблагоприятно пережитого кризисного состояния оно переходит на клинический уровень — в психогенные заболевания: невротические расстройства, острые психотические реакции, расстройства адаптации, психогенные патохарактерологические реакции личности, психосоматические нарушения. В понимании психологического кризиса с психодинамических позиций центральными являются психологическое содержание интрапсихического конфликта и система психологических защит, препятствующая осознанию бессознательных импульсов.

Следует отметить, что в психодинамической парадигме находят отражение также критические ситуации, которые являются и экстремальными, и кризисными, т.е. соответствуют предтравматическим или травматическим состояниям, соответствующим обоим моделям психической травмы. Так например, многочисленные клинические случаи пациентов, психотравмированных во время войн, показывают, что слом в психике произошел в результате соединения в одной точке ряда психогенных факторов. Это и внешняя ситуация, связанная с угрозой жизни и сопровождающаяся интенсивными аффективными переживаниями (модель непереносимости аффекта), и внутренний психодинамический

Развивали психодинамическое направление многочисленные последователи и реформаторы классического психоанализа: К. Юнг (Jung C. G.), А. Адлер (Adler A.), О. Ранк (Rank O.), В. Штекель (Stekel W.), Г. Салливан (Sullivan H. S.), Э. Фромм (Fromm E.), Кляйн (Klein M.), Ф. Александер (Alexander F. G.), П. Сифнеос (Sifneos P. E.), Д. У. Винникотт (Winnicott D. W.), Х. Кохут (Kohut H.) и др.

конфликт, который еще Фрейд определил как конфликт между прежним мирным Я солдата и его новым воинственным Я (модель неприемлемых импульсов) и который ярко описан в очерке Э. Эриксона «Боевой кризис у морского пехотинца» (Эриксон Э., 1996, с. 12–18).

Возрастные кризисы в психодинамическом направлении рассматриваются как этапы психосексуального развития (З. Фрейд) и эпигенетической концепции развития личности (Э. Эриксон).

З. Фрейд разделяет развитие личности на 4 стадии психосексуального развития (оральную, анальную, фаллическую и генитальную). Несмотря на то что генитальная стадия длится с 12 лет до достижения зрелости, определяющим для развития личности является детский возраст. Задержка или остановка на любой из психосексуальных стадий (фиксация) приводит к регрессии — возврату на более раннюю стадию в условиях эмоционально напряженной ситуации.

В еще более оформленной относительно понимания возрастных кризисов эпигенетической теории — теории идентичности Э. Эриксона — выделены восемь ступеней психосоциального развития человека, которое продолжается, по мнению автора, на протяжении всего его жизненного пути. Каждая стадия этого развития подразумевает выполнение определенной психологической задачи и разрешение специфичного для нее конфликта. Переход на новую ступень сопровождается переживанием кризиса, поворотным моментом в жизни человека. Качество проживания стадий определяется уровнем психической зрелости личности, что, в свою очередь, влияет на то, как человек будет справляться с трудными жизненными ситуациями, вызванными внешними обстоятельствами.

1.4.2. Когнитивно-бихевиоральное направление

Современный *когнитивно-бихевиоральный* подход к интересующей нас проблематике представлен многими учеными (Kanner A. D., 1981; Folkman S., Lazarus R. S., 1988; Gruen R. J., Folkman S., Lazarus R. S., 1988; Cohen S., 1992; Perrez M., Reicherts M., 1992; Lazarus R. S., 1993; Perrez M., Berger R., Wilhelm P., 1998; Абабков В. А., Пеппе М., 2004 и др). В описанной ими системе взглядов на работу психики *экстремальное и кризисное состояния* рассматриваются как стресс. Представители этого направления, дополняя понятие «стресс» как неспецифический адаптационный синдром (Г. Селье) вводят категорию «психологический стресс».

Бихевиоральная психология, в отличие от субъективной (интроспективной), объявила единственно возможным предметом изучения человека его поведение. В ортодоксальной бихевиоральной психологии, основателем которой является американский психолог Джон Уотсон, поведение понимается как объективно наблюдаемая система различных форм телесных реакций (R) организма на непосредственно наблюдаемые внешние и внутренние стимулы (St).

При этом все субъективные переживания человека оставались вне поля их изучения. Регуляция человеческого поведения, согласно убеждению сторонников этого направления (У. Хантер, К. Лешли, К. Спенсер, А. Бандура), осуществляется с помощью механизмов, представляющих собой процессы научения, которые обеспечивают адаптацию к среде. Впоследствии, начиная с 1920-х годов, включение в первоначальную схему бихевиоризма (St→R) внутренних когнитивных переменных приводит к возникновению необихевиоризма и когнитивно-бихевиорального направления. Регуляция поведения описывается теперь следующей схемой: внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → аффект (или поведение) (Бек Дж. С., 2006; Эллис А., Драйден У., 2002.). Центром внимания становятся способ структурирования, интерпретация индивидом ситуаций, которые определяют его чувства, поведение и психическое здоровье.

Психологический стресс рассматривается как трансактный процесс (Сох Т., Маскай С., 1976; Lazarus R. S., Launier R., 1981), который включает восприятие и оценку человеком какого-либо воздействия по степени его опасности относительно гомеостаза и оценивание соответствия собственных ресурсов (внутренних или внешних) возможности преодоления этого воздействия. В результате такой многомерной оценки формируются связанные с ней ответные реакции: поведенческие, когнитивные, эмоциональные, физиологические. При оценивании ситуации как угрожающей возникают адаптивные реакции (копинги) — стратегии поведения, направленные на преодоление стрессового состояния. Люди с точки зрения этой теоретической модели отличаются набором привычных для себя копинговых стратегий в стрессовых ситуациях. Стрессоры систематизируют по размеру негативной валентности (присущей стрессору стрессогенности) и времени, требуемому на реадaptацию. В соответствии с этим различают микрострессоры (повседневные трудности), макрострессоры (критические жизненные события) и хронические стрессоры и хронические субтравматические стрессоры (длительные, затяжные жизненные ситуации).

Описанию возможных копинговых стратегий уделяют большое внимание исследователи этого психологического направления. К стратегиям совладания относят не только так называемые личностные ресурсы, но и социальные. Отличаются копинги и по направленности — Р. Лацарус и С. Фолькман рассматривают копинг с точки зрения выполнения ими двух основных функций: регуляция эмоций (копинг, нацеленный на эмоции) и управление проблемами, вызывающими дистресс (копинг, нацеленный на проблему); другие авторы, например А. Биллинг и Р. Мус, указывают еще на одну направленность — копинг, нацеленный на оценку.

С точки зрения когнитивно-бихевиорального подхода *экстремальное состояние* — один из видов стресса, вызванного макрострессором или макрострессорами

(Аббков В. А., Перре М., 2004). Акцент делается на воздействии сверхсильных стимулов, которые с высокой вероятностью могут оцениваться индивидом как угрожающие. Такие события наряду с высокой интенсивностью наделены рядом других характеристик: нежелательность, неожиданность, непредсказуемость, неуправляемость, неконтролируемость и т.п. Личностные свойства, являющиеся опосредующими факторами оценки ситуации и своих возможностей, называют стрессоустойчивостью. К таким личностным свойствам относят эмоциональную стабильность, низкий уровень агрессии и враждебности, выносливость и др. Успешность преодоления экстремальных ситуаций в контексте данного направления напрямую связана с уровнем стрессоустойчивости человека и умением применять различные эффективные копинг-стратегии.

Под критическими жизненными событиями следует понимать такие события в жизни человека, которые удовлетворяют следующим трем критериям (Filipp S. H., 1990): 1) их можно датировать и локализовать во времени и пространстве, что выделяет их на фоне хронических стрессоров; 2) они требуют качественной реорганизации в структуре «индивид — окружающий мир» и этим отличаются от временной, преходящей адаптации; 3) они сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это регулярно случается в повседневной жизни. При критических жизненных событиях требуются более высокие затраты и более продолжительное время на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров, поэтому такие события называются макрострессорами (Katschnig H., 1980; Filipp S. H., 1990; Plancherel B., 1998).

Наряду с понятием экстремальных нагрузок вводятся понятия «травматический стресс», «травматические нагрузки», «посттравматический стресс», которые часто используются представителями этого направления как синонимы понятия «психологическая травма». «Понятие “психологическая травма” определяется обычно как событие высокой интенсивности при одновременном отсутствии возможности его адекватного преодоления и превышении приспособительного потенциала индивида» (Аббков В. А., Перре М., 2004). Следствием травматического стресса могут быть нарушения адаптации — связанные с ним расстройства (Freedy J.R., Hobfoll S.E., 1995 и др.). В соответствии с представлениями о формировании таких расстройств как следствия неадаптивных реакций на стресс основной целью психологической помощи являются «“угашение” непродуктивных реакций: человека побуждают концентрироваться с травматичной для него ситуацией до тех пор, пока реакции не станут “привычными”» (Осухова Н.Г., 2006). С этой целью применяются специально разработанные техники и методы, помогающие дезактивировать возбуждение, возникшее в результате травм (Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И., 2005): техники релаксации, метод десенсибилизации, приемы биологической обратной связи и др.

Кризисные ситуации в рассматриваемой парадигме, как и экстремальные, относятся к макрострессорам (критическим жизненным событиям) и хроническим

субтравматическим стрессорам. В отличие от первых, эти ситуации не имеют угрожающего жизни характера и не относятся к чрезвычайным событиям: природным и техническим катастрофам, войнам, преступлениям, связанным с насилием (изнасилование, захват заложников), тяжелым дорожным авариям. Однако и они описываются как жизненные события, подвергающие психику значительным стойким нагрузкам, полученным вследствие необходимых усилий, направленных на адаптацию к ним. Кризисные ситуации разделяют на нормативные и ненормативные. К *нормативным* относят имеющие биологическую или культурную природу предсказуемые события (например возрастные). *Ненормативные* кризисы отличаются внезапностью и непредсказуемостью (например, смерть близкого человека). В отличие от травматичных, события, ведущие к кризису, могут быть как *негативными*, нежелательными, так и *позитивными*, желательными (брак, рождение ребенка и т. д.). Кроме того, кризисные жизненные события различают по зависимости или независимости возникновения от самого человека или от других причин. Все названные характеристики, по мнению исследователей, обуславливают оценку этих событий, реакции на них и соответственно разные последствия.

Неблагоприятные последствия таких ситуаций трактуются как болезненное поведение. Изменение его с помощью «терапевтического обучения на основе подкрепления», обучение новым, более эффективным адаптивным формам поведения становятся целью психологической помощи (Осухова Н. Г., 2006).

В рассматриваемом направлении следует отдельно выделить *когнитивные подходы*, в которых в последние десятилетия появились концепции, непосредственно относящиеся к проблемам экстремальных и кризисных состояний и вызванных ими последствий. К ним в первую очередь относятся когнитивная модель реакции страха А. Бека и Г. Эмери (Beck A., Emery J., 1985)

С точки зрения Н. Г. Осуховой, одним из решений вопроса о соотношении понятий «стресс» и «травма» может быть сама дефиниция «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). По ее мнению, «в самом названии (категории ПТСР. — Примеч. авт.)... стресс предстает как результат или следствие травмы» (Осухова Н. Г., 2006, с. 152), тогда как в нашем понимании стресс является не следствием травмы, а ее составляющей. Слово «стрессовое» отражает отнесенность категории ПТСР к диагностическому классу расстройств, связанных со стрессом в МКБ-10, а слово «посттравматическое» — особый вид таких расстройств — отставленную реакцию на травму.

и когнитивно-экспериментальная концепция о личной теории реальности С.Эпштейна (Epstein S., 1990).

В классических вариантах когнитивного подхода и основанной на нем психотерапии, которую разработали Ж. Пиаже, Дж. Келли, Ф. Франселл, Д. Баннистер, А. Эллис, У. Драйден, А. Бек, Г. Эмери, А. Фримен, фокусом внимания являются когнитивные личностные конструкты, а в случае отклонения от нормы — «ложные иррациональные убеждения». В современной когнитивной психологии появляются представления о регуляции поведения когнитивно-аффективными комплексами (С. Эпштейн, Р. Янофф-Булман).

Как и в рассмотренной выше концепции психологического стресса, реакция на ситуацию страха — экстремальную ситуацию — обусловлена оценкой степени опасности ситуации и собственных ресурсов, позволяющих либо избежать угрожающей опасности, либо справиться с ситуацией. Однако в самом процессе оценивания ситуации определяющим является включение когнитивной схемы, обусловленной прошлым опытом индивида. Актуализация когнитивной схемы, сформированной в процессе ранее пережитых ситуаций страха, способствует отбору соответствующих ей сигналов, игнорируя не совпадающую с ней информацию. В качестве основного фактора в оценивании воздействия и, соответственно, в характере реакции на него, когнитивная схема является той психотерапевтической мишенью, на которую направлено воздействие в случае неблагоприятно пережитой ситуации. Например, наиболее эффективно, с точки зрения представителей этих взглядов, формирование у людей с травматическим опытом когнитивных схем экстернатального характера (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

Согласно теории реальности С. Эпштейна, в онтогенезе на основе рационального и эмпирического опыта формируются относительно устойчивые имплицитные конструкты, схемы, определяющие восприятие и переработку поступающей извне информации (Epstein S., 1990; Janoff-Bulman R., 1992). Эти схемы описываются также как «личностные картины мира». Каждый человек на протяжении своей жизни автоматически конструирует имплицитную теорию «реальности», определенную картину мира, которая включает концепцию «я» и концепцию окружающего мира, а также репрезентацию отношений между «я» и миром. Картина мира состоит из неких допущений или убеждений, на основе которых человек строит интерпретацию явлений окружающего мира, свои планы и поведение. В обычной жизни человек стремится интерпретировать события таким образом, чтобы поддерживать стабильность своей картины мира, обеспечивающей ему необходимую опору в сложной, постоянно меняющейся реальности (Janoff-Bulman R., 1992).

Согласно личностной теории реальности С. Эпштейна (Epstein S., 1990), степень психической устойчивости человека определяется формированием четырех базисных убеждений: 1) о доброжелательности (недоброжелательности) окружающего мира, отвечающих базисным потребностям человека, 2) справедливости (несправедливости) мира, 3) возможности или невозможности доверять окружающим, 4) собственной значимости (или наоборот).

Идеи С. Эпштейна получили дальнейшее развитие в исследованиях Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman R., 1992). Она выдвинула предположение, что в целом позитивная имплицитная картина мира большинства взрослых здоровых людей («В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого»; «Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми, кто делают что-то не так»; «Я хороший человек, значит, я могу чувствовать себя защищенным от бед») при столкновении с «недоброжелательным лицом мира» оказывается частично или полностью разрушенной и приводит к дезинтеграции личности. Это предположение было подтверждено многочисленными эмпирическими исследованиями людей, переживших травматический стресс.

С точки зрения когнитивного подхода при воздействии *экстремальных ситуаций* происходит резкое разрушение устойчивых в обычных условиях базисных убеждений о безопасности окружающего мира и о возможности человека влиять на собственную жизнь и происходящие события. Экстремальный негативный опыт настолько противоречит существовавшей ранее картине мира, что его осмысление вызывает долговременные и тяжелые психологические проблемы. Главная задача при оказании психологической помощи, согласно этой концепции, — восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, безопасности и контролируемости мира, доброты окружающих, ценности собственной личности.

В *кризисных ситуациях* картина мира как целостный когнитивно-аффективный образ реальности претерпевает атаку со стороны жизненных обстоятельств. «Когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из переживания индивидом событий его личной истории» (Падун М., Тарабрина Н., 2003), в кризисных ситуациях, эмоционально насыщенных и в большой степени связанных с различными жизненными оценками и смыслами, могут оказаться более подверженными изменениям, чем в обычных условиях. Вместе с тем их сущностное стремление к устойчивости и стабильности выполняет и адаптационную функцию в процессе кризиса, являясь мощным стабилизирующим ресурсом (Жедунова Л. Г., 2009).

1.4.3. Экзистенциально-гуманистическое направление

В этом направлении экстремальные и кризисные состояния рассматриваются как возможность соприкосновения с новым предельным опытом и толчок к раскрытию собственной сущности, к дальнейшему росту и развитию личности.

В целом экзистенциально-гуманистическое направление, в наибольшей степени отошедшее от естественнонаучной парадигмы и приблизившееся к гуманитарной, генетически связано с экзистенциальным направлением в философии. Экзистенциальная философия вводит понятие «экзистенция (позднелат. *ex(s)istentia*, от лат. *ex(s)isto* «существую») — философское понятие, обозначающее конкретное бытие, существование в его простой фактичности; в русском языке переводится как “существование”» (Философия: Энциклопедический словарь., 2004).

В гуманистическом направлении психологию разделяют на гуманистическую и экзистенциальную. Сохраняя общее, противопоставленное психоанализу и бихевиоризму, гуманитарное отношение к человеку, к его правам и свободе, они расходятся, однако, по ряду взглядов на природу человека и его взаимоотношение с миром.

«В 1963 г. президент ассоциации экзистенциальной психотерапии Джеймс Бьюдженталь выдвинул пять основополагающих постулатов.

1. Человек как целостное существо превосходит сумму своих составляющих (иначе говоря, человек не может быть объяснен в результате научного изучения его частичных функций).
2. Человеческое бытие разворачивается в контексте человеческих отношений (иначе говоря, человек не может быть объяснен своими частичными функциями, в которых не принимается в расчет межличностный опыт).
3. Человек сознает себя (и не может быть понят психологией, не учитывающей его непрерывное, многоуровневое самосознание).
4. Человек имеет выбор (человек не является пассивным наблюдателем процесса своего существования: он творит свой собственный опыт).
5. Человек интенционален (человек обращен в будущее; в его жизни есть цель, ценности и смысл)» (цит. по: Ялом И. Д., 1999, с. 23)

Гуманистическая психология исходит из представлений о человеке как уникальной целостной активной системе, открытой миру. Человеческая жизнь рассматривается как единый процесс становления и бытия человека, которому присуща врожденная потребность в непрерывном развитии и самореализации (А. Маслоу, К. Роджерс).

Экстремальные и кризисные состояния могут рассматриваться в этой парадигме как переломные моменты в самореализации человека. *Экстремальное состояние*, связанное с интенсивным внешним вызовом, содержащим угрозу его жизни и здоровью, ставит перед человеком задачу переживания и интеграции нового, необычного для него опыта. Человек с точки зрения гуманистического направления вынужден не столько достигать равновесия со средой, сколько активно отвечать на вызов жизни, противостоять ее тяготам.

С одной стороны, экстремальная ситуация является угрозой его самоактуализации, так как несет в себе опасность для биологического витального существования и личного благополучия. Согласно мотивационной концепции А. Маслоу, в экстремальной ситуации потребность в самоактуализации вступает в конфликт с самыми первичными базовыми в иерархии потребностей человека физиологическими потребностями (пища, вода и т. п.) и потребностью в безопасности (стабильность, порядок).

С другой стороны, важным с точки зрения этого подхода является известный оптимизм, вера в потенциал саморазвития человека в любых, даже самых безнадежных ситуациях. В экстремальной ситуации у человека появляется шанс наиболее полно раскрыться, раздвинуть горизонты знания о себе — о заложенных в нем возможностях, способностях, силах. Если человек успешно справляется с этой задачей, то экстремальная ситуация становится для него пиковым переживанием и мощным толчком понимания себя, самоуважения и укрепления контакта с окружающими людьми и миром. Психологические последствия неспособности человека справиться с экстремальной ситуацией определяются, согласно А. Маслоу, как «болезни лишения». Неудовлетворение более низких в иерархии базовых потребностей ведет к блокировке метапотребностей, и человек фиксируется на фрустрации базовых потребностей, связанной с угрозой жизни. В таких случаях возникает ощущение утраты собственной целостности, открытости миру, ответственности за свою жизнь.

Мишенью психотерапевтической работы с людьми, неблагополучно пережившими экстремальные состояния, по мнению представителей данного направления, является восстановление целостности личности, с апелляцией к высшим ее уровням, и активности самого человека в построении разлаженных взаимоотношений с миром, поиском наиболее эффективных способов дальнейшего существования.

Основоположниками экзистенциальной философии являются философы-мыслители С. Кьеркегор, М. Хайдеггер, М. Бубер, К. Ясперс, П. Тиллих, Ж.-П. Сартр и мн. др. Среди русских философов, работы которых важны для экзистенциальной психологии, — В. Розанов, С. Трубецкой, С. Франк, Н. Бердяев, Л. Шестов.

Кризис с позиции гуманистического подхода прежде всего также обусловлен блокировкой потребности в самоактуализации, которая может быть вызвана как внешними, так и внутренними причинами. При этом больший акцент делается на внешних причинах. С точки зрения психологов-гуманистов, внешние социальные явления скорее препятствуют, чем способствуют самоактуализации. Согласно целостно-динамической теории мотивации А. Маслоу, жизненные кризисы могут быть рассмотрены как конфликт между врожденной потребностью в самоактуализации с другими, более низкими в иерархии, базовыми потребностями. В семейных кризисах это может быть конфликт между потребностью в любви и в принадлежности (семья, дружба), с одной стороны, и невозможностью обеспечить потребности материальные, чтобы удовлетворить, в свою очередь, потребность в самоуважении и самоактуализации — с другой. Или же, если человека не удовлетворяют сложившиеся в семье отношения, может возникнуть конфликт между потребностью в любви, с одной стороны, и потребностью в самоуважении и самоактуализации — с другой. Профессиональные кризисы могут возникать при условии неудовлетворения потребности в признании и уважении или при конфликте удовлетворения этой потребности со стремлением к дальнейшему росту и развитию (здесь в противоречие с потребностью в самореализации может вступать и потребность в стабильности). Жизненный кризис может быть связан с рассогласованием потребности в любви и принадлежности, с одной стороны, и стремлением к самоактуализации — с другой. Такое рассогласование возникает, если Я-переживания и Я-концепция человека находятся в зависимости от оценок значимых других или от близкого социального окружения. Вследствие этого Я включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие собственный опыт (неконгруэнтные собственному опыту).

Таким образом, во всех жизненных кризисах конфликт происходит на ценностном уровне. Наиболее ярко это проявляется в кризисах, вызванных внутренними причинами, представляющих собой потерю жизненных целей и ориентиров и сопровождающихся субъективным ощущением тупика и безысходности.

Поскольку психологический рост рассматривается гуманистическими психологами как последовательное удовлетворение все более высоких потребностей, возрастные кризисы могут интерпретироваться как фиксированность человека на определенном уровне функционирования вследствие фрустрации той или иной потребности, что вступает в противоречие с базовой потребностью в самореализации. Вместе с тем возрастные кризисы могут быть рассмотрены и как следствие конфликта разноуровневых потребностей.

Согласно взглядам гуманистической психологии, кризисные переживания — это хотя и трудный и болезненный, но путь к дальнейшему личностному росту и самореализации. Для успешного преодоления любого жизненного кризиса человеку требуется осмысление и существенная переоценка собственных ценностей и жизненных ориентиров. Неблагоприятные последствия кризиса рассматриваются в этой системе взглядов как потеря или неосуществление человеческих возможностей. Помощь по преодолению таких последствий направлена на интеграцию фрагментированных частей личности, обретение ценности и истинности Я, повышение самооценки и при-

нения себя. С этой целью разработаны специальные психотерапевтические системы — клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза.

Экзистенциальная психология исходит из первичности бытия человека как непрерывного процесса жизни, бытия-в-мире, столкновение с которым порождает у каждого человека базовые экзистенциальные проблемы, страх и тревогу. Психическое здоровье и возможность психических расстройств экзистенциалисты связывают с подлинным или неподлинным способом существования. Жить подлинной жизнью, согласно Дж. Бьюдженталу, значит полностью осознавать и прочувствовать настоящий момент жизни, сделать выбор, как прожить этот момент («высвечивание экзистенции»), и принять ответственность за свой выбор. Поскольку экзистенция является промежуточным бытием — между бытием мира и трансцендентным, потусторонним бытием, то наиболее явно, по мнению экзистенциалистов, она проявляется в *экстремальных и кризисных состояниях*, которые называются в этой парадигме пограничными ситуациями.

Именно в пограничной ситуации, в которой человек находится на «границе физической, интеллектуальной, моральной гибели» (К. Ясперс), высвечивается экзистенция, ноуменальный мир свободы и самости, к нему приходят озарение и обретение собственного Я.

Экстремальные состояния — пограничные состояния острейшего эмоционального напряжения, связанные со смертельной опасностью и с острым переживанием страха смерти. Поворот человека лицом к смерти должен вернуть человеку его экзистенцию.

С позиции экзистенциалистов (Т. Грининг, И. Ялом), экстремальные ситуации прежде всего являются шансом, помогающим человеку выбраться из обыденности и заглянуть в глаза смерти; попытаться обрести самого себя, так как позволяют максимально полно столкнуться с возможностью *собственной* гибели. Именно в таких ситуациях, в ходе соприкосновения с высшим видом бытия — трансценденцией, которая представляет собой потустороннее бытие, непостижимое и недоступное в условиях обычной жизни, — человек оказывается наиболее близко к подлинному существованию. Постигая свою экзистенцию через борьбу, страдание, смерть, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

В то же время переживание экстремального опыта для многих людей оказывается непосильным, поскольку подлинное существование выносить гораздо труднее, чем обыденное. Неблагоприятные последствия переживания экстремальных состояний рассматриваются и как мучительный внутренний разлад, разрушение отношения человека с миром и самим собой, утратой представлений о том, что он является «ценной и жизнеспособной частью материи жизни» (Грининг Т., 1994), и как отказ от расширения своего сознания, неспособность взять ответственность за себя в изменившихся обстоятельствах. Путь к восстановлению психического здоровья после неблагоприятно пережитого экстремального опыта с точки зрения экзистенциальной психологии лежит через обращение к «высшим уровням личности» (смыслы, выборы, воля). Как утверждают экзистенциалисты, человек при любых обстоятельствах способен занять осмысленную позицию по отношению к этим обстоятельствам

и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. При этом акцент делается на активности самого человека в осмыслении своей жизни, ответственности за сделанные выборы и свою дальнейшую жизнь.

Кризисные состояния с позиций экзистенциальной психологии можно отнести к таким пограничным состояниям, в которых человек сталкивается с угрозой интеллектуальной или моральной (а не физической) гибели и которые сопровождаются переживанием абсурдности жизни, обнаружением зияющей пустоты ничто.

Отто Болноу рассматривает три аспекта любого кризиса: потеря, неблагоприятные обстоятельства и открытие экзистенции.

Любой кризис содержит в себе потерю, индивид теряет что-то, чего ему потом не хватает. Естественной реакцией на потерю является скорбь. Основная задача скорби, горя — в данном случае смириться с потерей и, если это возможно, обрести утерянное в новом качестве.

Часто причиной кризиса являются определенные неблагоприятные обстоятельства. В таком случае кризис может рассматриваться как удар судьбы. В данной ситуации человек не может изменить определенные условия и обстоятельства, в которых он находится. Однако возможность выбора решения все-таки остается: индивид может решить, собирается ли он справиться, и каким образом, со своими увечьями, болезнями, недостатками или несчастьями в целом, изменить отношение к ситуации.

Кроме того, по мнению О. Болноу и других экзистенциалистов, именно кризисные состояния вынуждают человека в полном объеме соприкоснуться с основными экзистенциальными данностями: смертью (конечностью), свободой (независимостью), изоляцией (одиночеством) и бессмысленностью. Пребывая в этих сложных состояниях и осмысляя полученный опыт, человек обретает новые жизненные смыслы, ориентиры и ценности, у него появляется возможность перейти на новую ступень развития.

Экзистенциалисты описывают это переживание по-разному. М. Хайдеггер, например, называет его экзистенциальным страхом — боязнью человека не найти свое предназначение в жизни, ради которого он может добровольно пожертвовать жизнью и благополучием (в отличие от страха смерти жизни или жизненных благ). Ж.-П. Сартр это переживание описывает ощущениями бесперспективности, бесполезности начинаний, сопровождающимися скукой, пустотой и растерянностью.

Вместе с тем именно в кризисах человек поднимается над рутинной обыденной жизнью и оказывается лицом к лицу с экзистенциальными вопросами свободы, ответственности, выбора, смысла жизни, общения, одиночества, присущими самой природе человека. Поиски духовных жизненных ориентиров могут быть болезненными, однако, только пройдя через них, человек обретает свою истинную сущность. Сомнения в смысле жизни не только не свидетельствуют о проявлении психиче-

ской патологии, а напротив, являются признаком самого человеческого в человеке. Так, с точки зрения В. Франкла, стремление к смыслу жизни является краеугольным камнем в существовании человека. В отличие от гуманистической психологии, он считает стремление к самоактуализации не самоцелью, а средством осуществления человеком поиска и реализации смысла его жизни. Человеку, по словам В. Франкла, требуется не равновесие, а борьба за достижение цели, достойной его жизненного смысла. В кризисных ситуациях человек стоит перед задачей обрести утраченные смыслы. Способность изменить смысл ситуации «даже тогда, когда дальше идти некуда», есть проявление свободы.

В экзистенциальной психологии, согласно Ролло Мейю (Р. Мэй, а также Дж. Бьюдженталь хотя и возглавили американскую ветвь гуманистической психологии, придерживались экзистенциальных взглядов), человек воспринимается всегда в процессе становления, в потенциальном переживании кризиса. Очень остро это может переживаться в подростковом и юношеском возрасте, когда молодой человек вдруг сталкивается с многозначностью и сложностью существования и оказывается перед экзистенциальными проблемами. Впрочем, любые (кроме детских) так называемые в других парадигмах возрастные кризисы представляют собой утрату прежних жизненных ориентиров, которая предполагает ревизию жизненных ценностей, целей и смыслов. Те же задачи стоят в кризисах, вызванных внезапными жизненными обстоятельствами (смертью близкого человека, тяжелой болезнью, потерей работоспособности и пр.).

Нравственные конфликты — конфликты между различными ценностями — могут, однако, при неблагоприятном их разрешении привести к ноогенным неврозам, по сути представляющим экзистенциальную фрустрацию — препятствие стремлению к реализации смысла жизни. В таких случаях психотерапия призвана помочь человеку в определении собственной позиции по отношению к сложившимся жизненным обстоятельствам через обращение его сознания к подлинно духовным сущностям. Целью психологической помощи является открытие пациентом адекватного для него уникального смысла жизни в ситуациях, представлявших ему прежде безвыходными. Человек свободен по отношению и к своим влечениям, наследственности, и к факторам внешней среды, он свободен в своих выборах и в реализации принятого решения, но он и ответствен за осуществление найденного им смысла жизни (логотерапия В. Франкла). Задачей консультанта является помощь в расширении сознания человека, в открытии нового понимания своей жизни и возникающих в ней проблем, в обретении им своего истинного Я, смелости стать этим Я, в восстановлении отношений человека с миром, принятии ответственности за свои поступки и свою жизнь, в понимании необходимости духовного напряжения, присущего природе человека (Дазайн-анализ (Daseinanalyse) Р. Мейя, экзистенциальная психотерапия по Дж. Бьюдженталю).

1.4.4. Культурно-исторический и системно-деятельностный подход

В отечественной психологии параллельно с когнитивным и гуманистическим разрабатывался культурно-исторический и системно-деятельностный подход.

Основоположники направления — Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, С. Л. Рубинштейн — рассматривают психику человека как саморазвивающуюся систему, главным источником самодвижения которой является социальная среда. Центральная проблема этого направления — психика и сознание человека, его формирование и развитие. Теоретико-методологические и конкретно-эмпирические исследования психики и сознания рассматривают их как особые формы (виды) деятельности или направлены на изучение различных форм предметной деятельности субъекта. Основанное в 1920-е и оформившееся в 1930-е годы направление имеет многочисленных последователей как в отечественной психологии (московская психологическая школа), так и за рубежом.

В рамках этого направления особое место занимает представление о *возрастных кризисах*. Л. С. Выготский, заложивший основы культурно-исторической концепции, понимал кризисы как поворотные пункты в детском развитии. Развитие психики в каждый возрастной период рассматривается им как целостный динамический процесс, обладающий структурным строением.

«Сроки стабильных возрастов, имеющих более или менее отчетливые границы начала и окончания, правильнее всего определять именно по этим границам. Критические же возрасты из-за другого характера их протекания правильнее всего определять, отмечая кульминационные точки или вершины кризиса и принимая за его начало ближайшее к этому сроку предшествующее полугодие, а за его окончание — ближайшее полугодие последующего возраста» (Выготский Л. С., 1984, с. 254–255).

Основным критерием деления детского развития на отдельные возрасты служит понятие «новообразование». Это одно из ключевых понятий в концепции развития Л. С. Выготского. Каждой возрастной ступени соответствует ведущее, центральное новообразование, вокруг которого группируются все остальные частичные новообразования, бывшие центральными в предшествовавшие возрастные периоды. Центральные новообразования характеризуют перестройку всей личности ребенка, в то время как частичные относятся к отдельным ее сторонам. Возрастная динамика, представляющая собой смену центральных и побочных линий развития при переходе от одной возрастной ступени к другой — не равномерный поступательный процесс, а чередование стабильных и кризисных стадий. В стабильные стадии — от-

носителем устойчивые, хронологически длительные — происходят едва заметные личностные изменения, которые, постепенно накапливаясь, ведут к скачкообразному возникновению новообразования, в результате которого наступают огромные перемены в личности ребенка, отчетливо видимые обычно в конце возрастного периода.

В кризисные периоды, в противоположность стабильным, «на протяжении относительно короткого времени (нескольких месяцев, года или, самое большое, двух) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги и смещения, изменения и переломы в личности ребенка. Ребенок в очень короткий срок меняется весь в целом, в основных чертах личности. Развитие принимает бурный, стремительный, иногда катастрофический характер, оно напоминает революционное течение событий, как по темпу происходящих изменений, так и по смыслу совершающихся перемен» (Выготский Л. С., 1984, с. 249). Возникшие в критические периоды новообразования, по словам Выготского, «в высшей степени своеобразны и специфичны». Имея переходный характер, они не сохраняются в том виде, в котором возникли в критический период, и не входят в интегральную структуру будущей личности. (Эти новообразования «отмирают, как бы поглощаясь новообразованиями следующего, стабильного возраста, включаясь в их состав как подчиненная инстанция» и участвуя в том малозаметном развитии в стабильные возрасты, которое, в свою очередь, приводит к следующему скачкообразному возникновению новообразований.)

Основой возникновения новообразования, являющегося результатом развития всякого возрастного периода, является свойственная каждому возрасту форма социального бытия — социальная ситуация развития. Это еще одно из центральных понятий в концепции развития Л. С. Выготского. Социальная ситуация ребенка определяется как совершенно своеобразная, специфическая для любого возраста система отношений ребенка с внешней действительностью и самим собой, которая со строгой закономерностью детерминирует весь образ жизни ребенка. Социальная ситуация является источником всех динамических изменений, происходящих в развитии. Как результат бытия ребенка в этой конкретной социальной ситуации возникают свойственные возрасту новообразования. В свою очередь, вызванные вновь сформированным новообразованием коренные изменения личности ребенка, перестройка всей структуры сознания неизбежно ведут к распаду прежней социальной ситуации. И столь же соразмерно с его развитием складывается в основных чертах новая форма социального бытия, новая социальная ситуация ребенка, которая должна стать исходным моментом для следующего возраста и основой для формирования соответствующего возрасту новообразования.

«...Сущностью всякого кризиса является перестройка внутреннего переживания, перестройка, которая коренится в изменении основного момента, определяющего отношение ребенка к среде, именно в изменении потребностей и побуждений, движущих поведением ребенка. Рост и изменение потребностей и побуждений представляет собой наименее осознанную и наименее произвольную часть личности, и при переходе от возраста к возрасту

у ребенка возникают новые побуждения, новые мотивы, иначе говоря, двигатели его деятельности претерпевают переоценку ценностей. То, что для ребенка было существенно важным, направляющим, становится относительным и неважным на следующей ступени» (там же, с. 385).

Исходя из описания структуры и динамики возраста следует, что кризисы являются неотъемлемой частью развития ребенка. По словам Л.С. Выготского, если бы кризисные периоды не были открыты эмпирически, понятие о них необходимо было бы ввести теоретически, исходя из всей логики динамики развития. Главное содержание критических возрастов Л.С. Выготский видит во внутренней необходимости перестройки социальной ситуации ребенка при переходе от одной ступени развития к другой.

Выготский описывает следующий ряд особенностей кризисных периодов.

1. Отсутствие отчетливых границ, отделяющих начало и конец кризиса от смежных возрастов, размытость и незаметность момента наступления кризиса и его окончания. Он характеризуется внезапным резким обострением (чаще всего в середине этого возрастного периода), наличием кульминационной точки, в которой достигает апогея.
2. Выпадение из системы педагогического воздействия, относительная «трудновоспитуемость» ребенка, проявляющаяся в снижении успеваемости, работоспособности, возникновении или обострении конфликтов с окружающими.
3. Негативный характер развития: прогрессивное развитие приостанавливается, происходит свертывание, потеря достигнутого, распад того, что было приобретено ребенком на предшествующей ступени. Однако выступающее на первый план негативное содержание развития в кризисные периоды — лишь обратная сторона тех позитивных изменений, которые составляют главный смысл любого критического возраста.

Представления Л.С. Выготского о возрастных кризисах и подробные описания кризисов новорожденного, годовалого, трехлетнего, семилетнего ребенка и подростка были в дальнейшем развиты и дополнены Д.Б. Элькониным, Л.И. Божович и другими детскими психологами, изучавшими особенности протекания детских кризисов 3 лет, 7 лет, пубертатного кризиса.

Одним из ключевых понятий психологии развития Л.С. Выготского является психологическая категория «*переживание*». Подчеркивая особую роль социальной ситуации развития и отвечая на один из важнейших методологических вопросов, как реально в теории и в исследовании осуществить подход к изучению единства личности и среды (как и всякого единства), автор говорит о необходимости нахождения единицы, в которой соединялись бы «свойства единства как такового» (там же, с. 382). В качестве ведущей для изучения личности и среды «эта единица в психологии и в психологии получила название переживания» (там же). Л.С. Выгот-

ский видит в детских критических возрастах смену основных переживаний ребенка: «Кризис представляется раньше всего моментом перелома, который выражается в том, что от одного способа переживаний среды ребенок переходит к другому» (там же, с. 383).

По словам Выготского, «переживание имеет биосоциальную ориентировку, оно есть что-то, находящееся между личностью и средой, означающее отношение личности к среде, показывающее, чем данный момент среды является для личности» (там же, с. 383).

Переживание, понимаемое как единица измерения личности и среды, правомерно и плодотворно может быть использовано при изучении экстремальных и кризисных ситуаций. Ярким примером теоретико-методологического осмысления и интерпретации *экстремальных и кризисных состояний* с позиций психологии переживания являются работы Ф. Е. Василюка.

Для описания всего многообразия переживаний кризисных и экстремальных ситуаций Ф. Е. Василюк вводит понятие «критическая ситуация». «Критическая ситуация в самом общем плане должна быть определена как ситуация невозможности, т. е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)» (Василюк Ф. Е., 1984). На основании такого понимания критичности им детально разработана классификация критических ситуаций, в которой разрозненные психологические представления о стрессе, фрустрации, конфликте и кризисе синтезированы в целостную конструкцию. Наряду с подробным описанием каждой из этих психологических категорий, автор соотносит их с рядом критериев: онтологическое поле, к которому они относятся, задействованный при этом тип активности, внутренняя необходимость, которой они вызваны, и, наконец, тип жизненного мира, с которым они корреспондируют.

Сопоставление описанной Ф. Е. Василюком типологии жизненных миров (каждый из которых управляется своим принципом — удовольствия, реальности, ценности и творчества) и критических ситуаций позволяет выявить особенности возникновения кризисов у людей, относящихся к тому или иному жизненному миру, а также особенности переживания человеком критических ситуаций в соответствии с его жизненным миром — гедонистическое, реалистическое, ценностное и творческое.

Несмотря на то что напрямую Ф. Е. Василюк не определяет понятие «*экстремальная ситуация*», можно предположить, что в его типологии критических ситуаций она отнесена к «стрессу». Именно эта критическая ситуация находится в онтологическом поле «вitalность» и затрагивает жизнедеятельность организма (с той лишь оговоркой, что вызванная экстраординарными угрожающими жизни событиями, она возникает не только у людей с «инфантильным» жизненным миром), что соответствует представлениям об экстремальной ситуации в других концепциях. Наиболее успешное преодоление экстремального состояния обеспечено, согласно этой концепции, людям, у которых тип переживания такого состояния соответствует более высокому по сравнению с «инфантильным» уровню (например «реалистичное», «ценностное»).

Кризис, по Ф.Е.Васильюку, — специфическая критическая ситуация для внутренне сложного и внешне трудного (творческого) жизненного мира. Кризис находится в онтологическом поле «жизнь как целое» и связан с внутренней необходимостью реализации жизненного замысла. Если реализация жизненного замысла затруднена внешними препятствиями и осложнена внутренними колебаниями, в результате чего становится субъективно невозможной, возникает ситуация кризиса. Сохранить активность субъекта в реализации жизненного замысла в таких обстоятельствах призвана воля.

Кризис рассматривается как поворотный путь жизненного пути личности. Успешный исход переживания кризиса может быть двояким — возрождение прерванного кризисом течения жизни в соответствии с ее прежним замыслом или перерождение, метаморфоза личности и порождение нового замысла собственной жизни.

Подчеркивая особое место кризиса в «творческом жизненном мире», Ф.Е.Васильюк рассматривает условия возникновения кризиса и у людей с другими типами жизненного мира во всех рассматриваемых им критических ситуациях (стресс, фрустрация, конфликт). Например, в «реалистическом жизненном мире» фрустрация (внешнее препятствие) совпадает с кризисом вследствие невозможности реализовать единственную жизненную потребность, которая в силу внутренней простоты этого жизненного мира не имеет внутренних препятствий и составляет здесь «всю жизнь». Невозможность достижения предмета потребности является тогда «глобальным решением всей жизни (кризис)» (Васильюк Ф.Е., 2005).

В «ценностном жизненном мире» с кризисом феноменологически совпадает всякий внутренний конфликт, рассматриваемый как неразрешимое в данном виде противоречие побуждений, когда невозможно ни отказаться от реализации противоречащих друг другу мотивов (ценностей), ни выбрать один из них. Кроме того, кризис может возникнуть и в критической ситуации, названной внешним конфликтом, конфликтом «между сознанием, для которого еще актуальна соответствующая смысловая установка, и бытием, в котором ее реализация уже невозможна» (Васильюк Ф.Е., 1984). Феноменологически такой разлад между сознанием и бытием, всей системы жизни выражается в утрате жизненного смысла, а преодоление его возможно за счет ценностно-мотивационных перестроек.

Преодоление кризиса возможно только в процессе переживания, понимаемом как деятельность, активная душевная работа (Васильюк Ф.Е., 1984; 2005). В соответствии с типологией жизненных миров описана типология процесса переживаний, включающая четыре типа. Проведенный автором анализ типов переживания показал, что любая критическая ситуация может перерабатываться любым типом переживания. Однако успешность прохождения кризиса зависит от того, превысил ли ранг переживания (гедонистическое, реалистическое, ценностное и творческое) ранг переживаемой критической ситуации (стресс, фрустрация, конфликт, кризис).

При неблагоприятном переживании жизненных кризисов (критических ситуаций, по Ф.Е.Васильюку), психологическая помощь направлена на структуру и «стратиграфию» сознания, на процесс переживания. Аналитика жизненных миров является

одним из разработанных Ф.Е.Василюком (2005) методов авторской «понимающей психотерапии», построенной на традициях Л.С.Выготского и личностно-центрированной психотерапии К.Роджерса.

В завершение еще раз отметим, что мы лишь в самом общем виде показали, как экстремальные и кризисные состояния могут быть спроецированы на систему взглядов исследователей и практикующих психологов и психотерапевтов, относящихся к основным современным психологическим направлениям. При этом следует отметить, что в последние десятилетия происходит смещение и размывание границ между различными научными школами, приводящие к интеграции психологических знаний и к эклектизму в использовании различных психодиагностических и психотерапевтических методов. Часто это вызвано и оправдано желанием выявить самые подходящие способы решения проблем и оказания эффективной помощи нуждающимся. В психологии экстремальных и кризисных ситуаций эта тенденция проявляется особенно отчетливо. Однако даже если при оказании экстренной психологической помощи приходится применять методы и приемы различных психологических направлений, это всегда следует делать осмысленно, не забывая о тех механизмах работы психики, понимание которых стало фундаментом для создания методического оснащения исследовательской и психокоррекционной работы.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова история становления взглядов зарубежных исследователей на природу травматического стресса?
2. Какие исследователи занимались изучением проблем комбатантов Первой мировой, Гражданской и Великой Отечественной войн в России?
3. Какие события второй половины XX в. стали стимулом для отечественных научных исследований ПТС?
4. Опишите направления исследований «Лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии».
5. В каких исследованиях отражена тема экстремальных условий служебной деятельности сотрудников профессий экстремального профиля?
6. Каковы направления деятельности психологической службы МВД и МЧС России?
7. Опишите кризисные и экстремальные состояния с позиции психодинамического направления.
8. Какую терминологию можно использовать, описывая кризисные и экстремальные состояния с позиции когнитивно-поведенческого направления?
9. Опишите кризисные и экстремальные состояния с позиции гуманистического направления.
10. Какова специфика представлений о кризисных и экстремальных состояниях в рамках экзистенциального направления?
11. В чем заключаются особенности кризисных периодов с точки зрения Л.С.Выготского?

12. Как рассматриваются критические ситуации в психологии переживания Ф. Е. Василюка?
13. Что является объектом психологии кризисных и экстремальных ситуаций?
14. Что является предметом психологии кризисных и экстремальных ситуаций?
15. Каковы отличительные признаки экстремальных, кризисных и чрезвычайных ситуаций?
16. В чем коренные отличия трудных жизненных ситуаций и экстремальных ситуаций?

Глава 2

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ КРИЗИСЫ

2.1. Теория индивидуальных кризисов

2.2. Кризисы развития

2.3. Трудные жизненные ситуации

2.4. Ресурсы преодоления индивидуальных кризисов

Профилактика, диагностика индивидуальных психологических кризисов и психологическая поддержка человека в этих ситуациях важны для людей любого возраста, различных профессий, обладающих разными психологическими свойствами.

Это ставит следующие задачи целостного и системного понимания индивидуального психологического кризиса:

- выявление феноменологии;
- типологизация индивидуальных кризисов;
- понимание причин (внутренних и внешних) их возникновения;
- определение этапов развития и закономерностей переживания;
- выявление ресурсов преодоления кризисов.

Только реализовав принцип системного понимания, можно говорить о разработке конкретных подходов и методов психологической помощи.

2.1. Теория индивидуальных кризисов

2.1.1. Подходы к проблеме

В течение жизни человек, будучи сложной психологической системой, находится под влиянием противоположно направленных сил. Как любой живой системе внутренней жизни человека свойственны: способность к сохранению собственной целостности, способность взаимодействовать с окружающей средой, способность к развитию и изменчивости, способность к самоорганизации. То есть стремление к сохранению статуса-кво сталкивается с необходимостью меняться.

Требование изменений человека исходит из самой логики развития человека, с одной стороны, и под влиянием внешних событий — с другой. Результатом столкновения этих разнонаправленных сил является нарушение внутреннего баланса психологической жизни человека. Преодоление этого рассогласования и необходимость существенных изменений приводят к болезненным переживаниям ситуации. При этом требования перемен касаются самых разных сторон жизни человека (поведения, социальных ролей, образа себя и мира и т. д.). Трудность преодоления таких ситуаций и сопутствующий комплекс болезненных переживаний свидетельствуют о возникновении индивидуального жизненного кризиса. *Следовательно, центральным звеном индивидуального психологического кризиса является потеря идентичности.*

Понятие «идентичность» можно определить вслед за Э.Эриксоном (2006) как

- осознание своей особенности, непохожести;
- ощущение собственной целостности во времени: то, чем Я являюсь в настоящий момент, продолжение того, чем Я был раньше. Тождественность во времени. Жизнь имеет смысл;
- единство представлений о себе, как синтез образов себя. Представление о себе как гармоничном целом;

- внутреннюю солидарность с теми идеалами, которые приняты в обществе и в референтной группе.

Феномен «индивидуальный психологический кризис» сложен и объемён, что позволяет при определении этого понятия делать акценты на различных его сторонах. Наиболее распространены подходы к пониманию этого феномена, рассматривающие кризис как:

- 1) частный случай критической ситуации (Возрастная психология..., 1999);
- 2) переживание эмоционального дисбаланса (Донченко Е. А., Титаренко Т. М., 1987; Брюдаль Л. Ф., 1998);
- 3) состояние, порождаемое вставшей перед человеком проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом, присутствует в описаниях многих типов кризисов (Ахмеров Р. А., 1994; Ремшмидт Х., 1994; Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А., 2002 и др.);
- 4) необходимость отказаться от привычных поведенческих моделей, которые перестали быть адекватными (Мастерство психологического консультирования, 2007);
- 5) изменения в ценностно-мотивационной и смысловой сферах личности (Леонтьев Д. А., 1999);
- 6) перемены в восприятии себя и своей жизни (Кон И. С., 1978; Слободчиков В. И., Исаев Е. И., 1998);
- 7) ситуация невозможности реализации жизненного замысла (Василюк Ф. В., 1984).

2.1.2. Понятия и феноменология

«Любая проблема таит дар для тебя. Ты ищешь проблемы, поскольку нуждаешься в их дарах» (Р. Бах)

Индивидуальный кризис можно определить эмоционально, интеллектуально и поведенчески как ситуацию, которая требует значительных изменений представлений о себе и мире. По мнению Г. Олпорта, масштабность изменений не может не затронуть изменения личностные. Можно сказать, что индивидуальный кризис — это переживание потери на двух уровнях: на личностном уровне — потеря идентичности, на социально-психологическом — потеря способности (дезадаптация) к адекватному мышлению и поведению (Олпорт, 2002).

Сложность ситуации усугубляется еще и тем, что в такие моменты актуальна внутренняя потребность человека реализовать эти изменения максимально быстро.

Слово «кризис» означает в переводе с китайского языка — «полный опасности шанс». Эта чеканная формула дает ясное понимание двойной роли кризисных состояний в индивидуальной судьбе человека. С одной стороны, это трудный, порой мучи-

тельный период. С другой — это такой момент, когда мы, как никогда в другое время, готовы к обновлению.

Человек, переживающий жизненный кризис, не может оставаться прежним: возникает жесткая необходимость преодолеть устоявшиеся установки и отказаться от привычных форм поведения. Он стоит перед необходимостью осмыслить, переработать и присвоить новый опыт. Эти изменения могут носить как позитивный характер, так и негативный. И первое и второе — поиск иного варианта адаптивности. Негативным можно считать переход к варианту адаптивности за счет регресса. В этом случае человек *теряет* возможность личностного роста. Это может выражаться в отказе от ответственности и выполнения каких-то социальных ролей, в пассивности, личностной изоляции или формировании зависимости от других людей. Типичным в таких ситуациях может быть стремление действовать как все, шаблонно (а значит, безопасно) или опираясь на мнение и требования окружающих.

Позитивный вариант преодоления индивидуального жизненного кризиса состоит в том, чтобы использовать потенциал сложной ситуации, а потенциал кризиса — в возможности развития и даже толчке к нему. Пройдя болезненный этап изменений, человек не просто меняется, а приобретает новые качества и способности, открывает для себя новые пути развития. Его представления о себе и мире оказываются более адекватными и дифференцированными. Человек становится более зрелым, независимым и ответственным. Таким образом, не всегда опасность кризиса только в угрозе. Очень важно, что кризис — это вероятность, даже опасность, упустить шанс для развития.

В кризисной ситуации человек стоит перед выбором своего пути. Как это сформулировал Абрахам Маслоу (1999), человек постоянно осуществляет выбор между безопасностью и развитием. В ситуации кризиса требования этого выбора становятся особенно жесткими. Выбор в пользу развития — это, на наш взгляд, и есть настоящий выход из кризиса.

Кризис — это ситуация, в которой жизнь «тестирует» человека на его готовность и способность стать тем, кем он может стать. Итак, центральным звеном кризиса как жизненного вызова является потеря устоявшихся представлений о себе, идентичности. Поиск идентичности возможен по негативному и позитивному сценарию.

Негативными вариантами являются:

- неспособность справиться с новой, более сложной системой образа Я, что приводит к личностному регрессу;
- адаптация по принципу минимизации затрат, следование чьим-то советам, указаниям, примерам;
- стремление остаться в тени, признание своей малой ценности и низкой значимости.

Позитивными вариантами обретения идентичности являются:

- исследование своих возможностей и принятие более сложного, порой более противоречивого образа себя, творчески выстроенная Я-концепция;

- опора на внутренние ресурсы для разрешения сложных ситуаций и отказ от стандартных вариантов решения проблем;
- выбор пути развития, в противовес избеганию трудностей, комфорту и безопасности.

При описании анализа феномена жизненного кризиса различными авторами наиболее часто используются следующие понятия.

Кризисная ситуация — это совокупность внешних и внутренних условий и обстоятельств, создающих необходимость кардинальных системных изменений хода своей жизни.

Кризисной называют ситуацию, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций: обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле или травмирующими событиями жизни.

Часто в качестве синонима понятия «кризисная ситуация» используется понятие «трудная жизненная ситуация», которое является термином более социальным, чем психологическим.

Трудная жизненная ситуация — ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно (Российская Федерация. Законы. Об основах социального обслуживания в РФ: федеральный закон: принят 10 декабря 1995 г.; в ред. 22 августа 2004 г.).

В близких понятиях «кризисное событие» и «кризисная ситуация» важной характеристикой является «нежелательность явления», которая ставит кризисное явление в зависимость от личностной оценки и личностного восприятия. *Нежелательность кризисного события* определяется тем, что оно опасно («совместная опасность» — второй системообразующий элемент данного понятия) для жизнедеятельности человека. Это может быть угроза его здоровью, материальному благополучию, социальному статусу, внутриличностному равновесию.

Психологический анализ выделяет следующие параметры кризисного события:

- 1) неблагоприятные условия для жизнедеятельности;
- 2) угрожающий характер события;
- 3) резкое возрастание внутриличностной напряженности;
- 4) истощение адаптационных ресурсов и «прорыв» адаптационного барьера;
- 5) изменение динамических стереотипов поведения;
- 6) кризисное состояние личности (Пергаменщик, 2004).

Часто используется также понятие «личностный кризис», которое является наиболее близким к термину «индивидуальный жизненный кризис». Личностный кризис определяется как самостоятельный кризис индивидуальной жизни, возникающий

в условиях субъективной невозможности реализации внутренних потребностей жизни, сопровождающийся переживанием состояния внутренней дезинтеграции, которое возникает в результате осознания субъектом расхождения реальных жизненных отношений и глубинных смысловых структур личности (Жедунова Л. Г., 2009).

Менее широким является понятие «*кризисное состояние*» (Амбрумова А. Г., Полев А. М., 1986) — это психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. Кризисное состояние развивается под влиянием внутренних процессов. Внешние события могут являться запускающим механизмом.

Кризисное состояние определяется *фрустрацией* — психическим состоянием человека, вызываемым объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или к решению задачи, переживанием неудачи и стрессом.

Компоненты кризисного состояния

В психологии для описания любых феноменов, как правило, используют эмоциональный, когнитивный, мотивационный и поведенческий компоненты. В реакции на кризисную ситуацию эти компоненты тесно связаны друг с другом и определяют содержание кризисного переживания и психологического состояния.

1. Эмоциональный компонент

Эмоциональный компонент является наиболее выраженным в кризисном состоянии. Для него характерны следующие особенности:

- *выраженно негативный характер переживаний.* На первое место в кризисной ситуации выходят ощущения и эмоции отрицательного характера («мне плохо»);
- *высокая интенсивность переживаний.* Сила и интенсивность чувств в кризисной ситуации значительно превосходят те эмоции, которые человек испытывает в повседневной жизни («я этого не вынесу»);
- *многообразие переживаний:* подавленность, страх, чувство вины, обида, злоба, беспомощность, безнадежность, одиночество и т. д.;
- *противоречивость переживаний.* Часто чувства, испытываемые человеком в кризисной ситуации, имеют противоречивый характер. То, что в нормальной жизни обычно несовместимо, в кризисном состоянии переживается одновременно. Например, облегчение и боль в случае смерти больного родственника;
- *необычность переживаний.* Большинство чувств, которые испытывает человек, необычны и непривычны для него («я не понимаю, что со мной»).

- *неприемлемость переживаний.* Некоторые чувства обычно считаются неприемлемыми, недопустимыми (например, злость, гнев, ярость, ненависть). В результате человек, испытывающий эти чувства, ощущает себя «ненормальным» и изолированным от общества, поскольку он не может рассказать о них окружающим, что еще более усугубляет его кризисное состояние («я схожу с ума»);
- *неприятие переживаний.* Ряд чувств, которые характерны для кризисного состояния, неприемлемы не только для окружающих, но и не принимаются самим человеком. В результате значительная часть кризисного состояния наполнена так называемыми метачувствами или переживаниями по поводу своих чувств. Главным образом это отрицательные чувства, которые проявляются в борьбе человека со своей реакцией на кризисную ситуацию («я пытаюсь держать себя в руках»).

2. Когнитивный компонент

Когнитивный компонент тесно связан с эмоциональным и проявляется в неспособности человека самому найти выход из создавшейся ситуации: «Я не знаю, что мне делать». В этом смысле до определенной степени кризисной можно считать любую ситуацию, в которой затруднен поиск выхода из создавшегося положения. Когнитивный компонент кризисного состояния также выражается в одномерном видении ситуации, — например, человек видит выход из своего состояния в том, чтобы «избавиться от невыносимых чувств». Иногда это состояние называют «тоннельным видением».

3. Мотивационный и поведенческий компоненты

В кризисном состоянии человек теряет важные смысложизненные ориентиры. Глубокая апатия — естественная реакция на потерю этих ориентиров. Человек говорит: «Я ничего не хочу», «мне ничего не надо», он отказывается не только от своих желаний, но и от любых действий и не в силах взять на себя какую-либо ответственность за происходящее с ним. Таким образом, в кризисном состоянии человек испытывает ощущение хаоса, раздробленности и «потери себя», он чувствует себя неадекватным или даже психически ненормальным, поскольку все, что происходит с ним, совершенно не вписывается ни в его Я-концепцию, ни в его концепцию окружающего мира. Это выходит за рамки его представлений о себе, представлений о нормальном поведении и состоянии (Трунов Д., Бячкова Н., 2004).

2.1.3. Развитие и этапы кризиса

Прежде чем говорить о течении кризисов, логично остановиться на их типах в зависимости от тех психологических механизмов, которые испытывают максимальные напряжения.

Известно, что психологические процессы, которые мы вслед за Ф. Е. Василюком будем называть *переживанием*, имеют свои внутренние цели. Их четыре:

- 1) испытать в настоящий момент («здесь и сейчас») удовлетворение;
- 2) реализовать какую-то деятельность соответственно какому-то мотиву;
- 3) обеспечить упорядоченность своего внутреннего мира;
- 4) обеспечить личностный рост — прогресс личностной структуры — стать психологически совершеннее.

Осуществление совокупности этих целей — в реализации психической жизни. Невозможность реализации любой из них приводит к разным видам психологических кризисов.

Причины кризиса могут быть внешние и внутренние. Когда говорят о *внешних причинах кризиса*, прежде всего имеют в виду неблагоприятные изменения среды и внешние события. Однако причиной кризиса могут быть и радостные события, например первая любовь, новая должность, рождение ребенка. «Кризисный потенциал» таких событий в том, что они имеют особую эмоциональную значимость и вызывают нарушение привычного течения жизни.

Иногда невозможно точно указать внешнюю причину кризиса, он как будто зреет внутри человека. Вроде бы все в жизни человека осталось по-прежнему, но он чувствует, что стал другим. Тогда можно говорить о *внутренних причинах кризиса*. Примерами такого рода кризисов являются возрастные кризисы, отчасти семейные и экзистенциальные.

Какова бы ни была причина кризиса, его развитие следует определенной логике. Можно выделить следующие этапы развития кризисного состояния у человека (Соловьева С. Л., 2003, с. 48):

- 1) игнорирование травмирующего события, шок, оцепенение;
- 2) осознание действительности и поиск причин случившегося. Часто сопровождается гневом, чувством несправедливости происходящего;
- 3) состояние острого горя и отчаяния (душевная боль, трудности концентрации, утрата энергии);
- 4) реорганизация и рождение нового (создание образа памяти).

В книге «Мастерство психологического консультирования» (под. ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной, с. 99) авторы описывают следующие стадии развития кризисного состояния.

1. *Стадия нормальной адаптации.* Характеризуется ростом напряжения, стимулирующим привычные способы решения проблем. При столкновении с проблемной ситуацией человек, чтобы с ней справиться, использует прошлый опыт. На этой стадии человек пользуется привычными способами для решения проблем, задействует знакомые ресурсы, при этом напряжение и релаксация сбалансированы и сохраняется гибкость в решении проблемы. Если привычные способы решения проблем не срабатывают, наступает вторая стадия.

2. *Стадия мобилизации.* Характеризуется дальнейшим ростом напряжения. На этой стадии человек нуждается в помощи со стороны и готов ее принять. В нем растут неуверенность, страх и напряжение. Нарушается эмоциональная сбалансиро-

ванность, и напряжение преобладает над релаксацией. Происходит мобилизация новых ресурсов, внешних и внутренних. Возникает некоторая амбивалентность. С одной стороны, пробуждается готовность для новых путей преодоления ситуации, с другой — уменьшается гибкость в подходе к проблеме. Если человек не получает помощи, наступает третья стадия.

3. *Критическая стадия.* Характеризуется повышением тревоги, чувства беспомощности и безнадежности, проявляется внутренняя психологическая дезорганизация, эмоциональная, интеллектуальная, личностная. Разрушаются привычные механизмы преодоления, нарастает ощущение хаоса. Система поддержки разрушается, так как человек перестает воспринимать семью, близких как источник помощи.

На этой стадии могут возобладать деструктивные формы разрешения ситуации (противоправные действия, суицид, убийство и пр.).

Кризис может завершиться на любой стадии, если исчезнет опасность или обнаружится решение.

2.1.4. Феномен одиночества

Любой индивидуальный жизненный кризис по определению сталкивает человека с кризисной ситуацией — один на один. Поэтому, стоя лицом к лицу перед комплексом нерешенных проблем, человек ощущает себя в одиночестве и изоляции. Это переживание универсально для всех видов индивидуальных кризисов.

Проблема одиночества изучается в рамках различных гуманитарных наук и не имеет единого толкования. Понятие одиночества по-разному определяется представителями философских, социологических, психологических дисциплин, что обусловлено сложным противоречивым содержанием этого феномена, отражающим сущность человеческого бытия. С одной стороны, человек индивидуален и имеет потребность в автономии; с другой стороны, человек — существо социальное, испытывающее потребность в общении, в контактах с другими людьми. Английский ученый биолог и этнолог Дж. Рэлф Оди в своей статье «Человек — существо одинокое: биологические корни одиночества» перечисляет разнообразные явления, которые различные авторы относят к феноменологии одиночества. Среди них: добровольное уединение, вынужденная изоляция, собственно одиночество, пребывание наедине с самим собой, ностальгия, остракизм, горе из-за потерянного дома или человека, тоска по дому, тоска по кому-то, скука, замкнутость, аномия, бесцельность существования, непохожесть на других, страсть к перемене мест, некоторые формы депрессии, уединение, изоляция, самоустранение, независимо от того, кто окружает человека — люди или природа, страх, боязнь остракизма, сенсорная депривация. Другие исследователи отождествляли одиночество и сенсорную депривацию, одиночество и изоляцию, одиночество и уединение (Ильин С. П., 2009). Представитель психодинамического направления Д. Зилбург четко обозначил грань между одиночеством и уединенностью, считая последнюю нормальным и преходящим умонастроением. Зилбург полагал, что уединенность наступает тогда, когда человек нуждается в общении с какой-то конкретной личностью. Одиночество же, напротив, носит постоянный ха-

В современном мире участились случаи насилия, агрессии со специфическими переживаниями, сопровождающими ощущение одиночества. Мотивами подобных преступлений являются не ненависть, а невыносимое чувство одиночества, скуки, беспомощность и потребность увидеть хоть что-то нестандартное, как-то проявить себя, на кого-то произвести впечатление, убедиться, что существуют такие деяния, которые могут прекратить монотонность повседневной жизни, дают возможность почувствовать реальность своего существования, возможность ока-

зать воздействие на другое существо. Вот один из примеров — случай, имевший место в 1972 г. в Аризоне. Шестнадцатилетний подросток, который отлично учился в школе и пел в церковном хоре, был доставлен в тюрьму для несовершеннолетних после того, как он признался полиции, что застрелил своих родителей; оказалось, что ему просто необходимо было увидеть, как это происходит, когда кто-то кого-то убивает. Трупы Йозефа Рот (60 лет) и его жены Гертруды (57 лет) были обнаружены в их квартире. Власти сообщили, что они были убиты выстрелом в грудь из охотничьего ружья. Рот

был учителем вуза, его жена тоже преподавала на младших курсах вуза. Прокурор Кошиза Рихард Рили сказал: этот Берднанд И. Рот был «милейший юноша; в четверг он явился в полицию на допрос и вел себя весьма вежливо и непосредственно». Как сообщает Рили, юноша сказал о родителях следующее: «Они очень постарели. Я на них совершенно не сержусь и вообще ничего против них не имею». Юноша сказал, что его уже давно посетила идея убить родителей. Рили записал после допроса: «Ему хотелось узнать, как происходит убийство» (Фромм Э., 1994).

рактер и является непреодолимым ощущением. Психологи описывают одиночество чаще как напряженное психическое состояние, сопровождающееся негативными эмоциональными переживаниями тревоги, тоски, депрессии, скуки, ностальгии по утраченным связям. Так, например, Ю. Рубинстейн и П. Шейвер считают, что потеря близкого человека, сопровождающаяся эмоциональной изоляцией, приводит к отчаянию, а социальная изоляция, связанная с отчуждением от социальной группы, — к тоске (Ильин С. П., 2009). Зилбург рассматривает одиночество как непреодолимое, постоянное ощущение, тягостное эмоциональное переживание субъективной отъединенности, овладевающее мыслями и поступками личности (Корчагина С. Г., 2008).

Выделяют негативную и позитивную тенденции в оценке влияния одиночества на жизнь человека. С одной стороны, одиночество рассматривается как деструктивное, разрушительным образом влияющее на личность явление. С другой — одиночество рассматривается как конструктивное явление, необходимый этап самопознания и самоопределения. В истории философии и в работах современных исследователей встречаются понимание одиночества как деструктивного либо конструктивного явления. Например, в античные времена одиночество рассматривали как величайшее зло, «проклятие человечества». Аристотель и Платон определяли одиночество как резко негативное для человека явление, избавление от которого они видели в наслаждении благом дружбы и любви. Представители психоаналитической школы, одни из первых изучавшие проблему одиночества в психологическом ключе, рассматривали его как патологическое явление, разрушительное для личности. Эрих Фромм — представитель гуманистического психоанализа — подчеркивал, что сама природа че-

ловека не может быть согласна с одиночеством. По мнению Э. Фромма, чувство одиночества расщепляет, фрагментирует личность, раскалывает на дискретные части, а это, в свою очередь, ведет к агрессивности, насилию, терроризму.

Как к позитивному явлению, необходимому для творческого развития личности, относились к одиночеству на Древнем Востоке. Некоторые современные исследователи рассматривают одиночество как необходимое условие здорового развития психики. Л. П. Гримак утверждает, что для нормального функционирования организма и психики человеку периодически необходимо оставаться в полном одиночестве.

Современные исследователи проводят различия между понятиями «одиночество», «изоляция» и «уединение». При этом под изоляцией понимают внешне обусловленную локализацию человека по отношению к социальному окружению (физическую, пространственную и временную). Изоляция может быть вынужденной и добровольной. Добровольную изоляцию называют уединением. Примером вынужденной изоляции может служить тюремное заключение, иллюстрацией добровольной изоляции — религиозное затворничество, длительные путешествия в одиночестве. Например, часто в добровольной изоляции оказывался известный путешественник Ф. Конюхов, в полном одиночестве пересекавший моря.

В психологии одиночество чаще понимают как специфическое психическое состояние, которое может возникать в ситуациях изоляции, дисгармонии межличностных отношений, дефицита полноценного общения, разлада с миром и с самим собой.

Приведем определения одиночества разных авторов. Одиночество — это

- необходимый этап в определении возможностей своего Я, как свободного самоопределения и самоутверждения в мире (В. А. Андрусенко);
- эпизодическое острое ощущение беспокойства и напряжения, связанное со стремлением иметь дружеские или интимные отношения (Р. Вейс);
- психологический мотив, интернальность и имманентность которого независимы от конкретных физиологических и средовых факторов (Б. Миускович);
- отсутствие или воображаемое отсутствие удовлетворительных социальных отношений, сопровождаемое симптомами психического расстройства (Д. Янг);
- психическое состояние человека, отражающее переживание своей отдельности, субъективной невозможности или нежелания чувствовать адекватный отклик, принятие и признание себя другими людьми (С. Г. Корчагина).

Под одиночеством понимают психическое состояние, которое рассматривают в контексте его взаимоотношения с другими психологическими образованиями и проявлениями. Возможны различные теоретические подходы к рассмотрению психического состояния одиночества, при этом предметом изучения психического состояния одиночества могут быть причины и механизмы возникновения, содержательные характеристики состояния, динамика состояния, отношения с внешними и внутрисредовыми характеристиками.

В психологии экстремальных и кризисных ситуаций одиночество рассматривается как критическая, экстремальная ситуация и как психическое состояние критического уровня.

Причины возникновения одиночества

Одни авторы считают, что одиночество определяется внутренними факторами, коренится во внутренней природе человека, в его психологической конституции. Другие полагают, что одиночество определяется внешними факторами, связано с изменениями, происходящими в обществе.

Представители психодинамического направления Д. Зилбург, Г. Салливан, Ф. Фромм-Рейхман, Д. Перлман, Л. Песло, Э. Лидерман концентрируют внимание на том, какие внутриличностные факторы (черты характера, внутренние конфликты и др.) приводят к состоянию одиночества. З. Фрейд и его последователи указывают на то, что ранние влияния на личностное развитие ребенка, внутриличностные факторы, такие как нарциссизм, мания величия, агрессивность, играют решающую роль в формировании комплекса одиночества. Ребенок, окруженный только акцентуированной любовью, в будущем проявляет нарциссические черты, стремление быть объектом любви и почитания со стороны других людей. Вокруг нарциссической личности возникают дефицит общения и зона враждебности, с неизбежностью приводящие к чувству одиночества. Ранний детский опыт определяет, будет ли человек одинок в последующей своей жизни.

Сущность одиночества

Фрида Фромм-Рейхман в статье «Одиночество» описывает результаты клинического исследования психических заболеваний. Автор изучала одиночество на группе больных шизофренией.

Ф. Фромм-Рейхман приходит к выводу, что одиночество является экстремальным состоянием, носит разрушительный характер, приводит к развитию психотических состояний и превращает людей в «эмоционально парализованных и беспомощных». Большое значение в формировании одиночества, по мнению автора, имеет преждевременное отлучение ребенка от материнской ласки.

Сторонники социологического направления (Д. Рисмен, К. Боумен, Р. Слейтер) считают, что причины одиночества находятся вне индивида, это продукт действия социальных сил, побочное следствие социальных изменений, происходящих в обществе, что приводит к неустойчивости межличностных связей, потере глубины человеческого общения, переживанию одиночества.

Американский исследователь Д. Рисмен с соавторами разработал концепцию одиночества, которая нашла свое отражение в его известной монографии «Одинокая толпа». Анализируя политическое поведение американцев, Д. Рисмен и его последователь Р. Слейтер связывают исследование одиночества с изучением «американского (социального) характера». Д. Рисмен вывел три вида социального характера: традиционно ориентированный, извне ориентированный и изнутри ориентированный.

Одинокая толпа образуется извне ориентированными индивидами, т. е. направленными вовне или ориентированными на других, что провоцируется социальными факторами и причинами, а также некоторыми событиями в жизни взрослого человека (например, разводом). Такие люди нуждаются в постоянном одобрении со стороны других, обособлены от своего истинного Я, беспокоятся по поводу внимания к себе со стороны других людей, испытывают тревогу по поводу межличностного общения. По мере увеличения подобной ориентации среди населения увеличивается и число индивидов, испытывающих одиночество среди людей.

К. Боумен считает разрыв межличностных связей, одиночество побочным следствием социальных изменений, социальных сил, проявляющихся в обществе. Особо подчеркиваются следующие три причины.

1. Ослабление связей в первичной группе (в семье от поколения к поколению). Причины этого — увеличение темпа жизни, изменения общественных ценностей, нравственных идеалов, этических эталонов. В результате увеличивается психологический разрыв между поколениями.
2. Рост семейной мобильности, что может быть связано с проблемами миграции населения, общего числа разводов, заключения повторных браков, смещения полоролевых функций в семье. В результате увеличилось количество людей, недовольных своей семейной жизнью.
3. Рост социальной мобильности. Социальные, политические, экономические изменения могут способствовать длительной нестабильности в профессиональной, экономической жизни каждого члена общества. В условиях социального и экономического неблагополучия у человека возникает чувство потерянности, заброшенности, беспомощности и бесправности. В результате он может испытывать жесточайшее одиночество.

В совокупности три указанные причины приводят к неустойчивости межличностных связей и потере глубины человеческого общения, а одиночество становится побочным следствием социальных изменений, происходящих в обществе.

Виды одиночества

В зависимости от теоретической позиции исследователя и критериев, лежащих в основе классификации, выделяют различные варианты одиночества.

Е. П. Ильин рассматривает одиночество в *контексте общения*. При этом автор отмечает разные его проявления: общение с миром природы, искусства.

В соответствии с видами общения выделяют и соответствующие *разновидности одиночества*: *космическое* (соотнесенность человека с природой и миром, самоотчужденность), *культурное* (потеря связи с культурным наследием, разрыв поколений), *социальное* (отторжение значимой группой), *межличностное* (неудовлетворенность сложившимися отношениями).

К. Хорни описывает характерные проявления одиночества невротических личностей и выделяет *уступчивый, отстраненный, агрессивный типы* (Хорни К., 1993).

К. Роджерс (1994) выделяет *два типа одиночества*. Первый связан с *отчуждением человека от самого себя*, от своего опыта, от функционирования своего организма. Второй тип связан с *оценкой качества взаимоотношений с другими людьми* или принятием (непринятием) человеком самого себя на физиологическом и психологическом уровнях.

Выделяют также *хроническое, ситуативное и преходящее одиночество*. Хроническое одиночество возникает в том случае, когда человек не может установить удовлетворительные взаимоотношения со значимыми для него людьми в течение длительного периода жизни. Ситуативное одиночество может быть следствием неприятных событий: смерть близкого человека, разрыв брачных отношений. Через некоторое время человек смиряется со своей потерей и частично или полностью преодолевает одиночество (Ильин Е. П., 2009).

Р. Вейс говорит об одиночестве как *эмоциональном состоянии*, включающем в себя эмоциональную и социальную изоляцию (Weiss R., 1973).

С клинической точки зрения выделяют *нормальные, пограничные и патологические состояния одиночества* (Прохоров А. О., 2011).

С. Г. Корчагина выделяет следующие виды одиночества: *отчуждающее, диффузное, диссоциированное, уединенность* (Корчагина С. Г., 2008).

Ведущим критерием в выделении данных видов одиночества является динамика механизмов обособления и идентификации, играющих решающую роль в процессе социализации личности. Идентификация при этом понимается как процесс и результат неосознанного отождествления себя с другим человеком (или определенной группой) на основе установившейся эмоциональной связи, а также включение в свой внутренний мир и принятие как собственных его норм, ценностей и образцов. Обособление рассматривается как противоположный идентификации процесс осознания и отстаивания индивидом своей природной человеческой и личностной сущности; процесс и результат превращения свойств, способностей и деятельности людей в независимую силу.

Осознанное поддержание динамического равновесия идентификации и отчуждения (обусловленное нравственными ценностями, развитой рефлексией и способностью к саморегуляции) трактуется как психологическая устойчивость.

Преобладание механизмов обособления в процессе становления личности может приводить к отчуждению индивида от групповых норм, ценностей, других людей мира в целом. Такое положение вещей приводит к формированию одиночества отчуждающего типа.

Преобладание процесса идентификации приводит к растворению человека в социуме, обезличенности его общения, отчуждению от себя самого. Такой вид одиночества носит название «диффузный».

Генезис диссоциированного одиночества связан с резкой сменой процессов идентификации и обособления по отношению к одним и тем же людям. Резкая смена процессов идентификации и отчуждения отражает проекцию человеком собственных качеств на личность другого. Данный вид одиночества включают в разряд пограничных.

Уединенность, или управляемое одиночество, относится к разряду позитивных проявлений одиночества, связана с осознанием человеком собственной индивидуальности и обусловлена оптимальным соотношением процессов обособления и идентификации в процессе личностного генезиса. Управляемое одиночество тесно связано со способностью к саморегуляции и психологической устойчивостью личности.

Отчуждающее одиночество проявляется в возбудимости, тревожности, циклотимности характера, низкой эмпатии, противоборстве в конфликтах, выраженной неспособностью к сотрудничеству, подозрительности и зависимости в межличностных отношениях.

Следствием преобладания в личности тенденции к обособлению является отчуждение человека от других людей, норм и ценностей, принятых в обществе, мира в целом. При этом наблюдается потеря значимых связей и контактов, интимности, приватности в общении, способности к единению. Человек чувствует себя покинутым, потерянным, брошенным в чуждый и непонятный ему мир. Он не может уже найти необходимый отклик и понимание. Осознание невозможности быть выслушанным, понятым, принятым зачастую приводит к убеждению в собственной ненужности, неинтересности. Когда мысль об этом овладевает сознанием, теряется интерес к жизни вообще. Человек оценивает свое бытие как оторванное от себя. Его жизнь протекает будто во сне, и он неосознанно отвечает ей тем, что сумел выделить в ней и акцентировать отверженностью, неприятием, небрежением. Подобное отношение к жизни делает ее столь невыносимой, что нередко возникают мысли о самоубийстве. Обычно мы наблюдаем у таких людей недоверие, подозрительность, приписывание другим плохих намерений, тоску, депрессию, реже — тревогу. Это неудивительно, если понять, что человек находится в состоянии одиночества осознанного, не имея возможности с кем-то поделиться, потому что рядом, по его представлениям, нет никого, способного выслушать и понять. Данный вид одиночества предполагает протяженность процесса и состояния во времени, с одной стороны, с другой — двусторонний характер, т. е. со временем объекты отчуждения становятся его субъектами и сами проявляют это по отношению к человеку, переживающему такой вид одиночества.

Диффузное одиночество отличается подозрительностью в межличностных отношениях и сочетанием противоречащих личностных и поведенческих характеристик: сопротивлением и приспособлением в конфликтах; наличием всех уровней эмпатии; возбудимостью, тревожностью и эмотивностью характера, коммуникативной направленностью. Во многом такое противоречие объясняется идентификацией человека с разными объектами (людьми), обладающими, естественно, разными психологическими особенностями. Напомним, что в состоянии острого переживания человек стремится к другим людям, надеясь найти в общении с ними подтверждение собственного бытия, своей значимости. Это не удается, потому что он не общается в собственном смысле, не делится своим, не обменивается, а лишь примеривает на себя личину другого, т. е. отождествляется с ним, становясь как бы живым

зеркалом. Такие люди очень остро реагируют на стрессы, выбирая стратегию поиска сочувствия и поддержки. Интуитивно предчувствуя свое истинное экзистенциальное одиночество, человек испытывает колоссальный страх. Он пытается убежать от этого ужаса к людям и выбирает ту стратегию взаимодействия с ними, которая, по его мнению, обеспечит ему хотя бы временное принятие — идентификацию. Он демонстрирует абсолютное согласие с мнениями, принципами, моралью, интересами того, с кем коммуницирует. По сути, человек начинает жить психическими ресурсами объекта идентификации, т. е. существовать за счет другого. Стремясь к истинному человеческому общению, он действует так, что не оставляет себе не малейшего шанса осуществить данное стремление. Следствием этого, конечно, является жесточайшее переживание одиночества, наполненное страхом, разочарованием и ощущением бессмысленности своего существования. При успешной терапии данного состояния личностные характеристики клиентов меняются в сторону гармонизации и согласованности.

Диссоциированное одиночество представляет собой наиболее сложное состояние — как по переживаниям, так и по происхождению и проявлениям. Генезис его определяется ярко выраженными процессами идентификации и отчуждения и резкой их сменой по отношению даже к одним и тем же людям. Сначала человек отождествляет себя с другим, принимая его образ жизни и следуя ему, безгранично доверяет «как самому себе». Именно это «как самому себе» составляет основу для понимания психологического генезиса данного состояния. После полной идентификации следует резкое отчуждение от того же объекта, что отражает истинное отношение человека к самому себе. Одни стороны своей личности принимаются человеком, другие — категорически отвергаются. Как только проекция этих отверженных качеств находит свое отражение в объекте идентификации, последний сразу же отвергается весь целиком, т. е. происходит резкое и безоговорочное отчуждение. Чувство одиночества при этом острое, четкое, осознаваемое, болезненное.

Данный вид одиночества выражается в тревожности, возбудимости и демонстративности характера, противоборстве в конфликтах, личной направленности, сочетании высокой и низкой эмпатии (при отсутствии среднего уровня), эгоистичности и подчиняемости в межличностных отношениях (Корчагина С. Г., 2008).

Управляемое одиночество (уединенность) — вариант переживания психологической отдельности, собственной индивидуальности, который личностно обусловлен оптимальным соотношением результатов процессов идентификации и обособления. Это динамическое равновесие можно рассматривать как одно из проявлений психологической устойчивости личности относительно воздействий социума (Корчагина С. Г., 2008). Осознанная потребность в уединении — это признак зрелости человека наряду с отсутствием необходимости идентификации с какими-либо социальными группами. Такой человек чувствует себя частью всего человечества (Маслоу А., 1999).

Возрастные проявления одиночества. Негативное влияние на личность

Салливан полагал, что источники одиночества взрослого человека — «чрезвычайно неприятного и гнетущего чувства» — находятся в раннем одиночестве младенца. В раннем детстве ребенок стремится к контакту сначала с взрослым, затем со сверстниками. В наиболее завершенной форме одиночество проявляется, начиная с подросткового возраста. На данном этапе возрастного развития возникает потребность в друге одного пола, с которым можно поделиться самым сокровенным. Салливан считал, что успешность установления приятельских отношений со сверстниками у подростков зависит от характера взаимоотношений с их родителями. Неспособность подростка устанавливать интимные дружеские отношения может привести к переживанию одиночества как в данном возрасте, так и в последующей жизни.

И. С. Кон и Р. Вейс отмечают, что одиночество более распространено в юности, чем в зрелом возрасте, и сильнее ощущается среди молодежи.

Внешние (поведенческие) проявления одиночества:

- 1) отсутствие близких отношений с другим человеком;
- 2) отсутствие доверительного общения, когда не с кем поделиться своим сокровенным и не с кем посоветоваться;
- 3) отсутствие друзей, очень ограниченный круг общения;
- 4) отсутствие семьи;
- 5) чрезмерная суетливость в общении, угодничество или, напротив, угрюмость, постоянная закрытость;
- 6) сарказм;
- 7) склонность к избеганию конфликтных ситуаций, а если это не удастся, то проявление неумения действовать в них конструктивно.

Критерии внутреннего состояния одиночества:

- 1) хроническая неудовлетворенность, недовольство жизнью;
- 2) чувство потерянности в мире;
- 3) чувство собственной неполноценности;
- 4) ощущение никому ненужности;
- 5) оценка себя как несчастного человека;
- 6) частые и пессимистические размышления о своей судьбе;
- 7) неумение жить настоящим, т. е. постоянные мысленные возвращения в прошлое, часто с сожалением типа «если бы...», а также иллюзии относительно будущего: «если только захочу...». По определению Дж. Рейноутер, эти люди — «собиратели грез» (Корчагина С. Г., 2008).

Некоторые авторы дают описание типичных черт одиноких людей. Одиноким человек, как правило, считает себя некомпетентным, не отличающимся хорошими способностями и этим объясняет свои неудачи в установлении отношений с другими людьми. Одиноким человек испытывает трудности в установлении интимных отношений, в раз-

решении проблем, возникающих при межличностном общении, он переживает тревогу в ситуациях, связанных с общением с другими людьми. Одиноким человек может испытывать чувства недоверия и враждебности по отношению к другим людям, особенно если он считает их удачливыми в межличностном общении и счастливыми. Одиноким человек сосредоточен на самом себе, на своих проблемах и переживаниях. Для него характерна повышенная тревожность, он опасается неудач в межличностных контактах, неблагоприятных ситуаций в будущем. Одиноким человек, общаясь с другими людьми, более склонен говорить о себе и в меньшей степени интересуется проблемами окружающих. Одиноким человек раздражителен в присутствии других людей, не всегда оправданно критикует окружающих. Одиноким человек имеет заниженную самооценку, самокритичен, для него характерны переживания, в которых он чувствует себя никчемным, некомпетентным и нелюбимым. Он чрезмерно чувствителен к критике и воспринимает ее как подтверждение собственной несостоятельности. Одиноким человек осторожен, повышенно подозрителен и недоверчив, из-за чего с трудом воспринимает комплименты в свой адрес, скрывает свое мнение, проявляя защитные реакции в форме лицемерия, напускной надменности. В то же время одиноким человек часто оказывается повышенно внушаемым либо чрезмерно упрямым в межличностных контактах (Ильин С. П., 2009; Немов Р. С., Алтунина И. Р., 2008).

2.1.5. Классификация индивидуальных жизненных кризисов

На сегодняшний день еще нет общепринятой и устоявшейся системы классификации жизненных кризисов. Существует большое разнообразие подходов к созданию типологий на различных основаниях, например:

- 1) детерминированные внешними условиями и характером восприятия, а также индивидуально-типологическими особенностями человека;
- 2) по критерию продолжительности: микрокризис — несколько минут; кратковременный — до 4–6 недель; долговременный — до одного года;
- 3) по критерию результативности: конструктивные; деструктивные и т. п.

В психологической литературе приводится перечень *основных видов кризисов*:

- кризисы развития (возрастные кризисы),
- кризисы утраты и разлуки,
- травматические кризисы,
- кризисы отношений и состояния души,
- кризисы смысла жизни,
- морально-этические кризисы.

Предлагается деление кризисных состояний на три вида (Козлов В. В., 2007):

- материальные;
- социальные;
- духовные.

Общепринятым является разделение по *критерию предсказуемости во времени*: кризисы *нормативные* и *ненормативные*. Такая классификация наиболее общего вида присуща большинству видов кризисов.

Нормативными являются кризисы на различных этапах жизненного пути человека, когда изменения обстоятельств и условий его жизнедеятельности происходят практически обязательно у большинства людей. Нормативные кризисы связаны с возрастным развитием и эволюцией социального статуса человека. Например, кризис подросткового возраста в большей степени обусловлен психобиологическим развитием, а начало школьного возраста — изменением вида деятельности.

Ненормативные кризисы связаны с возникновением неожиданных кризисных ситуаций, например с ранней смертью близких, потерей работы, болезнями и другими кризисными событиями.

Можно выделить *два* больших *класса кризисов* по их содержанию и условиям возникновения:

Кризисы развития:

- возрастные, связанные с переходом в следующий возрастной период;
- профессиональные, связанные с этапами профессионального развития;
- творческие, связанные с развитием творческой деятельности;
- экзистенциальные и духовные, связанные с личностным или духовным ростом.

Травматические кризисы:

- травматические ситуации;
- трудные жизненные ситуации (беременность, аборт, болезнь);
- потери, утраты и т. п.

2.2. Кризисы развития

2.2.1. Возрастные кризисы

«Любая цивилизация может быть оценена по тому, какое значение она придает полному жизненному циклу индивида, так как такое значение (или его отсутствие) не может не затронуть начал жизненного цикла следующего поколения и, таким образом, шансов других людей на то, чтобы встретиться с этими конечными вопросами с некоторой ясностью и силой» (Эриксон Э., 2006. С. 152).

Кризисы развития могут пониматься в широком смысле слова как кризисы, связанные с естественным развитием человека. Тогда под эту категорию попадают и кризисы профессионального развития, и отчасти семейные кризисы. Часто в работах, посвященных развитию человека, мы встречаем более узкую трактовку кризиса развития как возрастного кризиса. Важным является то, что в развитии человека на-

Таблица 2.1. Периоды возрастного развития и этапы эволюции социального статуса

Периоды возрастного развития	Этапы эволюции социального статуса	Основные психологические потребности (задачи)	Факторы неблагополучия (кризисные)
1	2	3	4
Младенчество, 0–1 год	Общее развитие, семья	Взаимодействие и установление отношений ребенка с постоянным и отзывчивым близким взрослым	Отсутствие родителей. Неблагополучное эмоциональное состояние ухаживающего взрослого. Низкое качество ухода
Ранний возраст, 1–3 года	Ребенок — общее развитие, семья	Эмоциональное отделение от матери и установление надежных отношений с отцом	Неполная семья. Неблагополучное эмоциональное состояние ухаживающего взрослого. Низкое качество ухода. Трудности адаптации к яслям
Дошкольный возраст, 4–6 лет	Общее развитие, подготовка к школе, семья, сверстники	Установление позитивных образов отца, матери и самого себя. Освоение вопросов своего телесного и эмоционального функционирования и установления самоконтроля над своими желаниями и импульсами	Неполная семья. Неблагополучное эмоциональное состояние ухаживающего взрослого. Низкое качество ухода. Трудности адаптации к детскому саду
Младший школьный возраст, 6–10 лет	Школьное образование, семья, одноклассники, друзья	Развитие способности к установлению отношений за пределами семьи. Развитие позитивной оценки своих способностей. Формирование навыков систематической учебной деятельности	Неполная семья и неблагополучная семья. Отсутствие готовности к школе. Трудности адаптации к школе. Отсутствие позитивного контакта с учителем. Гиперактивность и нарушения поведения. Повышенная тревожность и агрессивность. Изоляция, замкнутость и т. п.
Подростковый возраст, 11–14 лет	Школьное образование, семья, класс, подростковые группы	Принятие своего изменившегося взрослого тела и установления чувства собственной идентичности. Первичное признание автономии личности	Неполная семья и неблагополучная семья. Трудности адаптации ко 2-й степени образования. Повышенная тревожность и агрессивность. Первичная алкоголизация и пробы наркотиков. Игровая зависимость. Социальная изоляция, замкнутость и т. п.

Юность, 15-17 лет	Старший подросток — школьное образование, семья, профессиональное образование, социальная группа	Самоутверждение в социальной группе. Признание личной автономности. Первичное профессиональное самоопределение	Неполная семья и неблагополучная семья. Нарушения самооценки. Социальная изоляция. Игровая и химическая зависимость
Ранняя взрослость, 18-21 год	Младший взрослый — профессиональное образование, высшее образование, вступление в работу, социальная группа	Профессиональное самоопределение, проверка себя в профессиональной деятельности. Определение ролевого статуса. Установление личных отношений	Несамостоятельный выбор профессии. Противоречивые и диффузные роли. Зависимость от мнения окружающих. Несамостоятельность, финансовая зависимость. Проблемы установления близких отношений
Молодой взрослый, 21-35 лет	Профессиональное образование и карьера, статус семейных и родительских отношений, социальный слой, референтная группа	Реализация себя в профессиональной деятельности. Установление семейных отношений и освоение статуса родителя. Закрепление ролей в основных сферах жизнедеятельности	Неудачи в профессиональной деятельности. Хронические проблемы создания семейной пары. Рождение ребенка. Социальная изоляция
Средний взрослый, 35-50 лет	Профессиональная карьера, статус семейных и родительских отношений	Удовлетворение карьерными достижениями и семейными отношениями	Отсутствие устойчивого профессионального статуса. Неудовлетворенность собственными достижениями. Хронические семейные проблемы
Более поздний взрослый, 50-60 лет	Профессиональный статус, статус семейных отношений, социальный слой	Устойчивый, прочный профессиональный статус. Здоровье и работоспособность. Уважение в семейных отношениях. Удовлетворенность принадлежностью к социальному слою	Ухудшение здоровья и работоспособности. Потери близких. Потеря работы. Страх будущего
Пенсионный возраст, 60 лет и выше	Статус пенсионера, статус родителя и прародителя	Работа близких. Здоровье. Чувство нужности и уважения в семейных отношениях	Ухудшение здоровья. Сужение круга общения. Снижения уровня жизни. Страх одиночества

Впервые в отечественной науке деление процесса онтогенеза на отдельные этапы предложил П. П. Блонский, он же описал кризис развития (Блонский П. П., 1964). Л. С. Выготский в основы созданной им возрастной периодизации положил идею чередования литических и критических периодов, обосновав тем самым естественность и даже необходимость кризисов в развитии человека (Выготский Л. С., 1984).

блюдаются — и данная идея уже не подвергается сомнению периоды относительно плавного течения процессов изменения и резких разрывов, скачков, что соответствует закону перехода количественных изменений в качественные. Именно такой скачок рождает новое качество деятельности или личности (см. табл. 2.1). Указанный период является наиболее благоприятным для проведения коррекционных мероприятий.

Кризис — это цепь внутренних изменений при относительно незначительных внешних изменениях (Психология детства..., 2003). Л. И. Божович считала, что причиной возникновения возрастных кризисов является возникновение новых потребностей, способов удовлетворить которые пока человеком не найдено (Божович Л. И., 1968). Эти периоды относительно непродолжительны и сопровождаются не только обретением новых свойств и способностей и яркими эмоциональными переживаниями.

Надо сказать, что большинство возрастных периодизаций основано на идее прохождения кризиса, разрешения внутреннего конфликта. В первую очередь это теория психосексуального развития З. Фрейда, которую он завершил анализом подросткового возраста (генитальная фаза), и эпигенетическая модель развития Э. Эриксона, включающая анализ полного цикла жизни человека. Обе эти концепции прекрасно известны, поэтому отметим лишь, что (особенно это касается концепции Эриксона) в них ярко присутствуют идеи конфликта и приобретения новых психологических способностей и качеств. В концепции Эриксона успешное разрешение конфликта каждой из стадий завершается обретением важного для всей последующей жизни образования (надежда, воля, умение ставить цели и т. д.).

В концепции К. Н. Поливановой в пространстве кризиса совершается акт развития. В период относительной стабильности формируется новообразование, характерное для данного возраста, которое существует потенциально. Эта новая

способность объективируется, и ребенок овладевает возможностью произвольно ею пользоваться как раз в «психологическом пространстве кризиса» (Поливанова К. Н., 2000). Ребенок становится субъектом вновь обретенной способности, при этом основным механизмом кризиса является проба. Соответственно, характерные для кризиса поведенческие проявления можно рассматривать как вариант ориентирования в новом.

Возрастной кризис — это переломный момент, через который ребенок может пройти благополучно и подняться на новую ступень развития, но велика вероятность и деформации в этот период, так как приходят в движение одновременно несколько функциональных систем.

В настоящее время возрастные кризисы детства и отрочества изучены достаточно полно, но, как отмечает В. Е. Василенко (Василенко В. Е., 2008), существуют следующие проблемные и спорные области:

- 1) выделение таких понятий, как возрастной кризис, критический и сенситивный период;
- 2) подходы к новообразованиям в период кризиса;
- 3) условность границ возрастного кризиса;
- 4) разработка симптоматики возрастных кризисов, включая конструктивную составляющую.

Для нас особое значение имеют пп. 3) и 4). В *ситуации работы с ребенком-подростком и взрослым в кризисной ситуации самым важным вопросом является отделение нормативных проявлений кризиса от ненормативных*. Существенными для специалистов, работающих с кризисными состояниями, являются несколько моментов нормативного проявления кризиса:

Первый — понимание того, что в ткань кризиса в равной степени вплетены элементы деструктивные (разрушение старого привычного) и конструктивные (созидание нового, более адекватного тому или иному возрасту человека).

Вторым существенным моментом является то, что в периоды возрастных кризисов человек становится наиболее сензитивен к внешнему воздействию. Это создает для специалистов, работающих в кризисной психологии, как дополнительные возможности, так и дополнительные риски.

Третье нормативное переживание кризиса — нечетко определенный рубеж. Это иногда довольно широкий диапазон проявлений. В целом характер протекания возрастного кризиса может сильно варьировать по продолжительности и интенсивности, что связано: 1) с индивидуально-психологическими особенностями человека, 2) с социальным окружением, от которого он зависит, и 3) с наличием или отсутствием семейной поддержки.

Четвертый момент — каждый возрастной кризис на этапе взросления человека — это новая ступень обретения самостоятельности. Можно сказать, что каждый возрастной кризис — это этап эмансипации.

Наиболее остро протекающие психологические кризисы, являющиеся причиной обращений к психологу, — это кризис трех лет и подростковый кризис.

Про ребенка трех лет можно сказать, что он становится неуправляемым, часто гневается. Центральным звеном кризиса трех лет является обретение системы Я.

Выделяют следующие семь основных симптомов.

1. *Негативизм*. Ребенок может действовать вопреки собственному желанию, так как оно вербализовано взрослым.
2. *Упрямство* (в случае самостоятельного заявления желания), настаивание на своем даже при потере интереса к предмету просьбы.
3. *Строптивость*, нежелание следовать нормам и правилам.
4. *Протесты*, иногда бунты против того, с чем раньше вполне был согласен.
5. *Обесценивание* близких, родителей.
6. *Деспотизм*. Желание командовать, проявлять власть по отношению к близким.
7. *Своеволие*. Можно рассматривать как тенденцию к самостоятельности.

Яркие проявления эмансипации в трехлетнем возрасте вызваны амбивалентностью мотивов: появляется ощущение самостоятельности. При этом есть стремление соответствовать ожиданиям взрослых, быть «хорошим». В этот же период начинает формироваться самооценка, поэтому ребенок должен быть уверенным в том, что он многое может самостоятельно.

Ненормативное протекание данного кризиса может быть связано с нечувствительностью взрослых к потребности самостоятельности ребенка или вседозволенностью. И в том и в другом случае точно понять границы своего «могу» ребенок не может.

Признаками **ненормативного** протекания этого кризиса является:

- слишком затянувшийся период «борьбы» за свою самостоятельность, что становится уже знаком привычного поведения;
- отсутствие активного отстаивания своего «я», стремление держаться за взрослых;
- однотипность поведения независимо от значимости ситуации, отсутствие избирательности;
- слишком частые бурные взрывы эмоций, истерики — отсутствие минимального периода адекватного заявления собственного желания.

Нарушения нормативности протекания возрастного кризиса могут свидетельствовать либо об особенностях развития (например, нарушение интеллекта, неврологические особенности), либо о существовании внешних факторов. Существование последних требует дополнительного анализа. Внешние факторы могут быть кратковременными (например, какое-то травматическое событие) или постоянно действующими. Последние могут касаться ситуации в семье.

Подростковый возраст воспринимается многими как наиболее острый. С этим трудно не согласиться: бурные изменения, психологические и физиологические, которые переживает каждый подросток, с одной стороны, требуют поддержки специа-

листов, с другой — любое вмешательство во внутренний мир подростка может иметь неизгладимые последствия.

Согласно периодизации, предложенной Анной Фрейд, выделяются три подпериода подросткового возраста (материалы семинара «Детский психоанализ», проведенного под руководством сотрудников Центра А. Фрейд (Лондон) в 1995–1996 годы):

- с 11–12 лет до 13–14 лет — предподростковый период, «предвестники подросткового бунта»;
- с 13–14 лет до 16–17 лет — средний подростковый период;
- с 17 до 19 лет — поздний подростковый период (в других периодизациях — юношеский возраст).

По данной периодизации подросткового возраста понятно, насколько он сложен, неоднозначен и противоречив, какие разные жизненные цели и проблемы у подростка в 12 лет и у семнадцатилетнего юноши. В этот достаточно краткий период жизни подростку предстоит решить ряд самых кардинальных проблем, что позволит ему ощутить себя по-настоящему взрослым.

Эти задачи следующие.

1. *Обретение подлинной психологической независимости*, психологическое отделение от родителей. Эмансипация.
2. *Окончание школы*, получение профессии или выбор дальнейшего обучения. Профессиональное самоопределение.
3. *Преодоление кризиса идентичности*, ролевой диффузности (самоидентификация).
4. *Новый виток социализации в среде сверстников*, основанный на установлении более глубоких эмоциональных отношений.
5. *Обретение взрослой, зрелой сексуальности*, адаптация к этому новому состоянию. Обретение друга (подруги) другого пола.
6. *Попытки осознания своего предназначения*, анализ своей судьбы.

Ни одна из перечисленных задач не является второстепенной, решение ни одной из них человек не может отложить на потом.

Решение задач подросткового периода осложняется следующими **психологическими особенностями** подростка:

- 1) *глобальность происходящих с подростком изменений*. Зачастую эти изменения носят очень резкий, скачкообразный характер. Подростку приходится адаптироваться к «новому телу», к новому образу себя, к изменившейся системе отношений;
- 2) *повышенная эмоциональность подростка*. Резкие смены настроения, казалось бы, без видимых причин: от эйфории до уныния, от всплесков активности до апатии. Ранимость и впечатлительность подростков известна всем, как профессионалам и родителям, так и самим подросткам, что очень естественно, так как в этот период он будто начинает видеть мир снова, уже дру-

гими, повзрослевшими глазами, и эти новые впечатления безусловно очень ярки. Многим подросткам кажется, что их переживания уникальны, недоступны другим людям, непонятны взрослым;

- 3) *ролевая диффузность* (Э. Эриксон), *кризис идентичности*. Подросток стремится найти адекватную концепцию самого себя, обрести устойчивые представления о себе как личности и члене социального сообщества, т. е. самоидентифицироваться. Кризис подросткового возраста — один из самых острых и сложных этапов в жизни человека, и поэтому именно в этот период остро дают о себе знать неразрешенные на более ранних стадиях проблемы;
- 4) *противоречивость, амбивалентность подростка*. Противоречивость внутреннего мира подростка вытекает из кризиса идентичности (Эриксон Э., 2006), переживаемого в данном возрасте. Она буквально пронизывает всю внутреннюю жизнь молодого человека (стремление влиться в группу — стремление выделиться; стремление к самостоятельности — ожидание помощи; ранимость — демонстративная грубость; желание быть принятым, значимым для других — недоверие к окружающим и т. д.).

Стараясь преодолеть собственную противоречивость и тем самым облегчить себе процесс самоидентификации, подростки склонны выбирать *два варианта поведенческой стратегии*. Первый вариант проявляется в *повышенной стереотипизации поведения*, «прикрепленности» к тому или иному полюсу. Другой вариант связан с резким *переходом от одного типа реакции к другому* — прямо *противоположному*;

- 5) *потребность в независимости от семьи и обретение новых авторитетов вне ее*. Именно эту особенность подросткового возраста имеют в виду, когда говорят о «подростковом бунте». Зачастую смена авторитета семьи на авторитет сверстников происходит очень резко и выглядит как полное отвержение семейных ценностей;
- 6) *повышенная чувствительность к получаемому опыту*. Учитывая все сказанное выше о происходящих глобальных изменениях практически во всех сферах жизни подростка (физиологической, психологической, социальной), мы можем сделать вывод о подростковом периоде как особом этапе жизни человека, когда он оказывается *беззащитным* перед этим шквалом изменений. Подросток не успевает осознавать все, что с ним происходит, приспособиться к этому, принять себя в новом качестве.

Признаки ненормативного протекания подросткового кризиса разнообразны.

Перечислим наиболее существенные:

- слишком конфронтационные формы эмансипации. Родители, обратившиеся за консультацией в Центр «12 коллегий», выделяют это как основную проблему в 15,6% случаев;
- чрезмерная зависимость от родителей;

- побег, девиации поведения;
- частые истерики, вспышки ярости;
- варианты «ухода», возникновение зависимостей. По статистике обращений родителей подростков, такого рода проблемы упоминают 26 % из них.

Ненормативные детские кризисы

Как было отмечено выше, кризисы можно разделить на нормативные и ненормативные. *Нормативные кризисы предсказуемы*, через них, как правило, проходят все люди, они протекают в определённый возрастной период (кризис 3 лет) или при определенном изменении социальной ситуации (например, начало учебной деятельности). *Ненормативные кризисы происходят неожиданно* и возникают не у всех людей.

В детском возрасте, как и во взрослом, также случаются неожиданные трудные ситуации, которые приводят к кризисным переживаниям. Но эти кризисные переживания имеют свою специфику, определяемую особенностями развития. Основными причинами возникновения ненормативных детских кризисов являются:

- 1) смерть близкого человека, объекта привязанности;
- 2) развод родителей;
- 3) тяжёлая соматическая болезнь;
- 4) длительная разлука с родителями;
- 5) насилие.

Рассмотрим протекание ненормативного детского кризиса через призму трех составляющих: когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

Когнитивная составляющая

В силу недоразвития процессов мышления и речи дети не всегда способны осознать, что именно происходит, и выразить это. Детям не всегда удастся соотнести свое актуальное эмоциональное состояние и поведенческие реакции с ситуацией, имевшей место некоторое время назад. Не всегда удастся структурировать события и выявить причинно-следственные связи. Осложняется это тем, что родители — люди, которые ранее помогали в структурировании мира — сейчас тоже могут быть включены в эту кризисную ситуацию и не обладать достаточными психическими ресурсами, чтобы найти в себе силы объяснить ребенку, что именно происходит, почему изменилась его жизнь, что значат те или иные события. В некоторых случаях родители табуируют обсуждения кризисной ситуации с целью обезопасить ребенка, «не бередить раны». Вследствие такого ухода от болезненных тем ребенок остается наедине со своими мыслями, в которых чаще всего не способен разобраться. Это может повлечь за собой формирование новых убеждений, ведущих к еще большей деструктуризации окружающего мира. В психологической работе с детьми в кризисной ситуации довольно часто используют методы арт-терапии, позволяющие переработать *эмоциональную составляющую*, которая актуальна для ребенка, но в данный момент в силу ряда причин не доступна для осознания и/или вербализации.

Эмоциональная составляющая

Дифференциация собственных эмоций и переживаний формируется постепенно в ходе онтогенеза. Это процесс сложный и трудоемкий. В результате детям не всегда понятно, что именно с ними происходит, свои эмоции они зачастую делят на положительные и отрицательные, а точнее, на приятные и неприятные. Своё состояние они могут описывать фразами «мне плохо» или «мне так не нравится». И задача взрослых — объяснить ребенку его состояния боли, страха, обиды, гнева, отчаяния и т.п. Как правило, в кризисных ситуациях дети испытывают следующий спектр эмоций:

- *чувство незащищённости и беспомощности.* Ощущения безопасности и субъективного контроля ситуации являются одними из базовых компонентов гармоничного развития психики ребенка. В результате травмирующих событий эти компоненты нарушаются;
- *чувство тревоги, страхи.* Кризисные ситуации случаются неожиданно, представляют собой сильные перемены в жизни. Мир принес ребенку внезапные изменения, которые ему очень не нравятся, следовательно, он становится более настороженным, появляется / усиливается страх, что могут произойти новые непредвиденные изменения, которые будут столь же неприятны, как и предыдущие. Отсутствие предсказуемости повышает уровень тревожности;
- *чувство стыда.* Чувство стыда — социальное чувство, основанное на предположении об оценке окружающими своих действий, ситуации, в которой находишься. Поскольку обсуждение горя с окружающими, как правило, табуируется, то возникает ощущение собственной инаковости, непохожести на окружающих детей, а следовательно, «хужести»;
- *чувство обиды.* Дети воспринимают окружающий мир в упрощенной модели, которая предполагает в том числе, что мир справедлив. Как раз в результате ощущения нарушения этой справедливости и возникает чувство обиды. Чувство обиды может иметь объект, на который оно направлено, например обида на родителей, которые разводятся. А может и не иметь конкретного объекта. «Это нечестно!» — типичная детская фраза;
- *чувство вины.* Чувство вины довольно часто сопровождает жертв насилия — и физического, и сексуального, и психического — вне зависимости от возраста жертвы. Это чувство регулярно сопровождает переживание утраты близкого человека. Один из возможных механизмов формирования столь неожиданной на первый взгляд эмоции для кризисных ситуаций выглядит следующим образом: я в чем-то виноват → я мог что-то изменить → я могу на что-то влиять → в дальнейшем я могу повлиять на события и избежать аналогичных ситуаций. Также чувство вины у детей возникает особенно часто в силу присущего детскому возрасту эгоцентризма мышления, восприятия себя как изначальной точки отсчета, первопричиной всего происходяще-

го, а следовательно, и причиной данной сложной ситуации. Так, например, дети могут испытывать чувство вины при разводе родителей: «Если бы я лучше учился, я бы не расстраивал родителей, они бы не ссорились и поэтому не развелись бы».

Поведенческая составляющая

Поведенческий репертуар реагирования в кризисных ситуациях весьма разнообразен:

- *регрессия*. Регрессия предполагает возвращение человека на более ранние стадии развития психики, когда он чувствовал себя комфортнее и безопаснее. У детей это может проявляться энурезом или сосанием большого пальца, учатившимися капризами, повышением тональности голоса, инфантильными интонациями речи;
- *протестные реакции*. Поскольку окружающая среда меняется и меняется непредсказуемо для ребенка, то он с целью достижения субъективного контроля над ситуацией и повышения предсказуемости может перестать слушаться родителей, учителей, делать все наперекор, капризничать;
- *демонстративное поведение*. В основе демонстративного поведения лежит потребность привлечения внимания к себе, к своему состоянию, к своим проблемам. Например, дети начинают нарушать правила таким образом, чтобы это обязательно заметили взрослые;
- *гетероагрессивное поведение*. В кризисной ситуации внутреннее напряжение накапливается и зачастую находит выход в агрессивном поведении. Агрессивное поведение, как правило, направлено на сиблингов, сверстников, неодуше-

Игра «перезахоронение» является примером травматической игры. Дети находили и хоронили умерших крыс, птиц, кошек и собак. Потом раскапывали могилы мертвых животных и хоронили в новых местах. Действия происходили в Грузии вскоре после геополитических конфликтов (1991–1993 гг.). Подросстки, игравшие в эту игру, были беженцами, которые в период переездов в более безопасные регионы наблюдали, как многие люди умирали и взрослые хоронили их прямо у дороги, обещая непременно вернуться и перезахоронить их на родной земле (Сарджвеладзе и др., 2005).

Маша, 5 лет. После появления в семье новорожденной сестры огорчилась тому, что родители стали уделять меньше ей внимания. Как следствие, через какое-то время, девочка начала часто болеть, требуя родительского ухода, стала хуже слушаться родителей, капризничать, отказывалась иногда ходить в детский сад. В детском саду на нее тоже начали чаще жаловаться воспитатели: отказывается ложиться спать во время тихого часа, чаще ссорится с другими детьми, может подраться.

ленные предметы. Проявляется оно в учащающихся драках с ровесниками, сознательной порче вещей;

- *аутоагрессивное поведение.* При возникновении сильного чувства вины возникает потребность наказать себя. Ребенок начинает чаще обычного травмироваться, наткаться на углы в квартире, ошпариваться кипятком. Самонаказание не является осознанным, эти действия происходят «случайно»;
- *травматические игры.* Дети в игровой форме воспроизводят травматическую ситуацию. Такие игры носят регулярный характер, не изменяются, сопровождаются негативными эмоциями детей;
- *нарушение сна.* Повышенный уровень тревожности приводит в том числе и к тому, что детям становится сложно засыпать одним, без родителей, или без света. Страхи проявляются в ночных кошмарах;
- *психосоматические заболевания.* Такие заболевания как бронхиальная астма, энурез, логоневроз, нейродермит носят зачастую психосоматический характер и нуждаются в лечении не только соматических заболеваний, но и их психологической причины.

Важно помнить, что поведение человека носит комплексный характер. Приведенные выше типы поведения (регрессия, протестная реакция и т. д.) являются частью схемы. А схемы, как известно, не описывают реальность во всей ее сложности и полноте. В реальном поведении ребенка можно увидеть одновременно многие или даже все перечисленные выше типы реакций.

В связи с тем, что дети сами не всегда понимают, что с ними происходит, а следовательно, не могут ни объяснить окружающим свое поведение, ни отрегулировать его, взрослые зачастую неверно трактуют поведение детей, тем самым усугубляя ситуацию. Например, учитель в школе, отметив, что ученик стал сосать большой палец на уроках, может начать пытаться корректировать это поведение, привлекая внимание одноклассников этого ученика к данному факту, тем самым только усугубляя ситуацию. При работе с детьми важно помнить, что девиантное поведение является признаком того, что ребенок нуждается в первую очередь в помощи, а не осуждении.

Другой отличительной чертой протекания кризиса у детей является сильная зависимость от восприятия этой ситуации другими людьми — в первую очередь родителями. Дети во многом познают мир (структурируют события, оценивают их — «хорошо/плохо», «нормально/ненормально»), ориентируясь на оценки своих родителей. Причем важна реакция родителей, как вербальная, так и невербальная. В связи с этим протекание кризиса у ребенка очень сильно зависит от отношения к событию, которое вызвало этот кризис, родителей. Например, если в семье умирает один из супругов и второй родитель, озабоченный состоянием ребенка, отправляет его на прием к психологу, то работа с ребенком будет менее эффективна, если сам родитель не воспользуется тоже услугами психолога. В связи с тесной эмоциональной связью между детьми и родителями дети часто «отзеркаливают» эмоциональное состояние своих родителей, даже в случае, если последние не вербализуют своих переживаний.

Или тяжело переживая серьезное соматическое заболевание своих детей, родители, сами того не ведая, могут вторично стигматизировать своих детей.

Протекание кризиса у детей может осложняться тем, что дети, с одной стороны, не всегда понимают, чем именно вызвано их поведение, а с другой стороны, находятся в зависимости от взрослых. Отреагирование психотравмирующих ситуаций у детей может принимать асоциальные формы, взрослые, не видя в этом симптома, стараются просто купировать эти проявления. Например, запрещают сосать большой палец руки, наказывают за драки с ровесниками. И, не предлагая альтернативных способов выражения своих эмоций, не дают возможности ребенку отреагировать на кризисную ситуацию.

Таким образом, ненормативные кризисы возникают как у взрослых людей, так и у детей и ведут к переструктурированию картины мира и представлений о себе.

2.2.2. Профессиональные кризисы

Э. Ф. Зеер выделяет 3 типа кризисов (Зеер Э. Ф., 2008):

- 1) *нормативные* — кризисы психического развития и профессионального становления;
- 2) *ненормативные* — потеря трудоспособности, безработица, миграция, лишение свободы;
- 3) *невротические* — перестройка сознания, инстинкты, иррациональные тенденции, т. е. внутренние конфликты — личностные кризисы.

Профессиональные кризисы разделяются на *нормативные* кризисы профессионального развития (карьеры) и *ненормативные*.

Нормативные кризисы традиционно называются в соответствии со стадиями процесса профессионального становления личности (Зеер Э. Ф., 2008):

- 1) учебно-профессиональной ориентации (14–17 лет);
- 2) профессионального обучения (16–21);
- 3) профессиональной адаптации (18–25);
- 4) профессионального роста (25–33);
- 5) профессиональной карьеры (33–38);
- 6) социально-профессиональной самоактуализации (38–55);
- 7) угасания профессиональной деятельности (55–65);
- 8) социально-психологической адекватности (65 и далее).

В соответствии с определением кризисов переход от одной стадии к другой порождает нормативные кризисные явления.

Нормативные кризисы профессионального развития могут рассматриваться как составная часть кризисов возрастного развития, связанных в первую очередь с эволюцией социального статуса (Беркалиев Т. Н., 2012б). В данной концепции учитыва-

ется влияние особенностей развития в ранних периодах на специфику переживания кризисов профессионального развития.

Факторы и условия развития кризисов профессионального становления:

- сверхнормативная активность как следствие неудовлетворенности своим статусом и отношениями в коллективе;
- социально-экономические условия (сокращение рабочих мест, снижение зарплаты, ликвидация предприятия);
- возрастные психофизиологические изменения (ухудшение здоровья, снижение работоспособности, синдром эмоционального выгорания);
- вступление в новую должность (а также участие в конкурсах на замещение вакансии, в аттестациях);
- полная поглощенность профессиональной деятельностью (трудоголизм);
- изменения в жизнедеятельности (переезд, перерыв в работе, служебный роман и др.).

Кризисы часто актуализируют мысли о недостаточности уровня своей компетентности и инициируют переживание профессиональной беспомощности.

Фазы кризисов профессионального развития (Зеер Э. Ф., 2008).

1. *Предкритическая фаза:* проблемы не всегда осознаются, но проявляются в психологическом дискомфорте на работе, в раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководителем.
2. *Критическая фаза:* осознанная неудовлетворенность работника приводит к выработке вариантов изменения ситуации, путей развития дальнейшей профессиональной жизни. Но при этом усиливается психическая напряженность, усугубляются противоречия, возникают следующие конфликты:
 - мотивационный — потеря интереса к учебе, работе, утрата перспектив профессионального развития, дезинтеграция профессиональной ориентации;
 - когнитивно-деятельностный — неудовлетворенность содержанием и способами осуществления деятельности;
 - поведенческий — неудовлетворенность межличностными отношениями в первичном коллективе, социально-профессиональным статусом и др.
3. *Посткритическая фаза:* разрешение кризиса различными способами (конструктивными, профессионально-нейтральными, деструктивными).

Сложности профессионального развития и становления могут приводить к возникновению *профессиональных деструкций*. Такие факторы, как необходимость держаться за рабочее место, принадлежность к определенной организации, понимание своей зависимости от работодателя и руководства, формируют комплекс невротизирующих переживаний — тревогу, беспокойство, неуверенность и т. п.

Профессиональные деструкции — это постепенно накопившиеся устойчивые изменения сложившейся структуры и содержания деятельности, структуры личности субъекта. Они негативно сказываются на его производительности и удовлетворенности трудом, функциональных и межличностных взаимодействиях с партнерами, а также на развитии личности субъекта труда. Профессиональные деструкции связаны как с общими факторами жизнедеятельности человека (возрастными кризисами и пр.), так и со специфическими детерминантами (Зеер Э. Ф., 2008).

Основные тенденции развития профессиональных деструкций (Маркова А. К., 1996):

- 1) замедление профессионального развития по сравнению с возрастными и социальными нормами;
- 2) несформированность профессиональной деятельности;
- 3) дезинтеграция профессионального развития, распад профессионального сознания и как следствие — нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты;
- 4) низкая профессиональная мобильность, неумение приспособиться к новым условиям труда;
- 5) рассогласованность отдельных звеньев профессионального развития (например, мотивация к профессиональному труду есть, но мешает отсутствие целостного профессионального сознания);
- 6) ухудшение ранее имевшихся профессиональных данных, ослабление профессионально важных качеств;
- 7) искажение профессионального развития, появление негативных качеств, отклонения от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности;
- 8) появление деформаций личности (например, эмоционального истощения и выгорания, а также неадекватной профессиональной позиции, особенно в профессиях, приносящих власть и известность);
- 9) прекращение профессионального развития из-за профессиональных заболеваний или потери трудоспособности.

Психологические детерминанты профессиональных деструкций:

- 1) неудачные мотивы выбора профессии;
- 2) нереалистичные и неадекватные ожидания в начале карьеры;
- 3) формирование стереотипов (шаблонов) профессионального поведения;
- 4) наличие выраженных психологических защитных механизмов личности;
- 5) эмоциональная напряженность, часто повторяющиеся негативные эмоциональные состояния, нервно-психическое напряжение (синдром эмоционального выгорания);
- 6) снижение уровня профессиональной активности, творческих проявлений и стремления к личностному и профессиональному развитию;
- 7) снижение уровня интеллекта с ростом длительности стажа работы;

- 8) индивидуальный потолок развития работника, обусловленный уровнем образования, интереса и удовольствия от работы, ограничения возможности карьерного роста;
- 9) акцентуации характера, невротическое развитие личности;
- 10) старение работника (социально-психологическое и профессиональное старение).

Виды профессиональных деструкций (Зеер Э. Ф., 2008).

1. *Общепрофессиональные деструкции*, типичные для работников данной профессии и обусловленные ее спецификой. Например, у врачей — синдром сострадательной усталости (эмоциональная индифферентность к страданиям больных), у хирургов — отношение к человеку как к телу; у госчиновников, работающих непосредственно с населением, — «антиэмпатия» (отсутствие сострадания); для руководителей — синдром вседозволенности (нарушение профессиональных и этических норм, стремление манипулировать подчиненными).
2. *Специальные профессиональные деструкции*, возникающие в процессе специализации. Например, в юридических и правозащитных профессиях: у следователя — правовая подозрительность; у оперативного работника — агрессивность; у адвоката — профессиональная изворотливость; у прокурора — обвинительность. В медицинских профессиях: у терапевтов — стремление ставить угрожающие диагнозы; у хирургов — цинизм; у медсестер — черствость и равнодушие.
3. *Профессионально-типологические деструкции*, обусловленные наложением индивидуальных особенностей личности на психологическую структуру профессиональной деятельности.

Проявляются как:

- деформация профессиональной направленности личности (искажение мотивов деятельности, перестройка ценностной ориентации, пессимизм, скептическое отношение к нововведениям);
- деформация, развивающаяся на основе каких-либо способностей — организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др. (комплекс превосходства, гипертрофированный уровень притязаний, нарциссизм);
- деформации, обусловленные чертами характера (ролевая экспансия, властолюбие, должностная интервенция, доминантность, индифферентность).

Индивидуальные деформации, появляющиеся из-за таких особенностей характера работников, которые связаны с усилением акцентуаций (сверхответственность, суперчестность, гиперактивность, трудовой фанатизм, профессиональный энтузиазм, навязчивая педантичность и т. п.).

Профессиональные деформации, т. е. профессионально нежелательные качества — это частный случай профессиональных деструкций, которые нарушают целостность личности, снижают ее адаптивность, устойчивость, отрицательно сказываются на продуктивности деятельности. Многолетнее выполнение одной и той же трудовой деятельности является самым распространенным условием развития профессиональных деформаций. Практически любая профессиональная деятельность при регулярном выполнении деформирует личность. Какие-то качества человека остаются невостребованными, развиваются профессиональные акцентуации — чрезмерно выраженные качества, отрицательно сказывающиеся на деятельности и поведении специалиста. В идеальном случае многолетнее выполнение профессиональной деятельности сопровождается ее совершенствованием, но в реальности часто возникает профессиональная стагнация личности. Наибольший риск развития профессиональных деформаций появляется в ситуации кризисов профессионального становления. Непродуктивный и неконструктивный выход из них искажает последующее профессиональное развитие человека.

Ненормативные профессиональные кризисы

Ненормативные профессиональные кризисы — это незапланированные, неожиданные кризисные ситуации, критически влияющие на профессиональную деятельность и развитие. Такими ситуациями могут быть полная, частичная или временная потеря трудоспособности (болезнь, травма и т. п.), лишение свободы и судебный запрет профессиональной деятельности, перемена места жительства (миграция и эмиграция), потеря собственного бизнеса (банкротство и т. п.), кардинальное изменение личных условий жизни с невозможностью работать по своей профессии, сокращение и многое другое. Общее для этих ситуаций — потеря работы как источника существования.

Если при потере трудоспособности существует система государственной социальной поддержки, то для трудоспособных поддержка может быть только временной.

Наиболее негативным последствием кризиса потери рабочего места является состояние хронической безработицы, характеризующееся экономической неактивностью (рис. 2.1). Обычно такой исход начинает формироваться и стабилизироваться через 6–12 месяцев после потери работы.

Специфика ситуации безработицы состоит в том, что она отличается достаточно выраженной устойчивостью. Внутри этой ситуации возникают конкретные сценарии поиска работы. Безработица как всякая кризисная ситуация может оказаться созидательным и мобилизующим испытанием, позволяющим изменить свое отношение к возможности трудоустройства в лучшую сторону и дать толчок к профессиональному развитию. Но при этом состояние безработицы может оказать воздействие на психику таким образом, что человек станет хроническим безработным. В таком сценарии у человека возникает особое состояние личности с искажением восприятия окружающей действительности, закреплением негативно-депрессивных комплексов, формированием негативной системы ценностных ориентаций. В результате сложившегося состояния неопределенности и утраты стабильности сформируется новая для

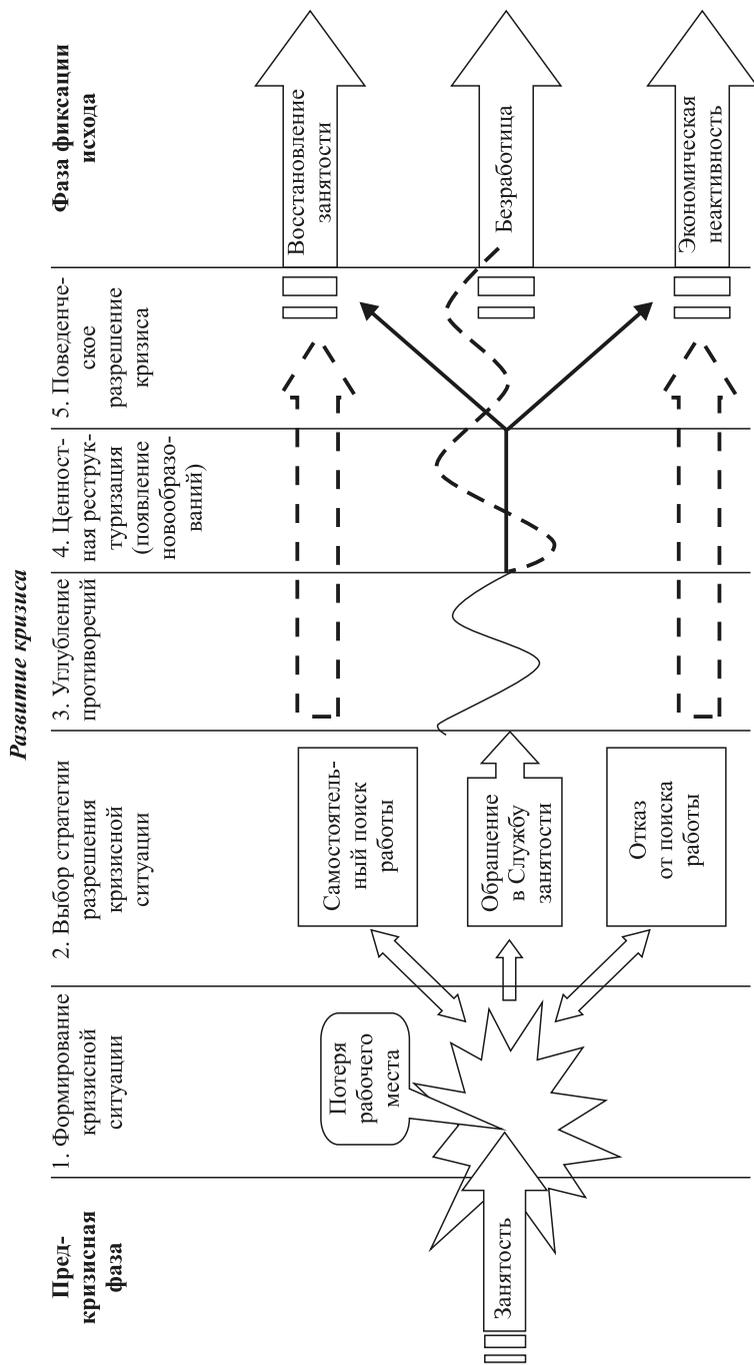


Рис. 2.1. Схема кризиса потери рабочего места

личности модель поведения, которая раскрывается в различных способах адаптации безработных.

Хроническая безработица — это новая социальная идентификация себя как безработного. Ядром системы такой структуры личности является «Я-конкурентоспособность», основанная на оценке значимости себя как работника и общего уровня принятия себя. Нарушение механизмов адаптации или использование неадекватной формы защиты может приводить к выбору деструктивных стратегий поведения и окончательному срыву адаптации. Деструктивные стратегии поведения включают в себя усиление защитных механизмов вытеснения и подавления негативных мыслей и переживаний. Они становятся основой для развития *прокрастинации* (от лат. *pro* — «вместо», «вперед» и *crastinus* — «завтрашний»), что означает склонность к постоянному откладыванию на потом неприятных дел, в данном случае — активного поиска работы. Задержка психологической перестройки на одной из фаз стадии безработицы приводит к тому, что человек попадает в ряды хронических безработных.

В связи с этим возникает необходимость в создании стабильных стимулирующих условий, направляющих активность безработных в нужное русло. Внедрение активных методов позволяет помочь безработным обрести навыки самоанализа своих способностей, знаний, умений, профессиональных и личностных качеств, которые позволили бы им конкурировать на рынке труда, а также изменить субъективное отношение к ситуации безработицы и расширить способы организации поиска работы (Петунова С. А., 2004).

2.2.3. Профессиональные кризисы в работе врача

Профессиональные кризисы относятся к нормативным жизненным кризисам человека. Они определяются как закономерный процесс, возникающий в ходе трудовой деятельности индивида и являющийся неотъемлемой частью его профессионального развития.

Профессиональные кризисы, как правило, переживаются индивидом как глубокая внутренняя неудовлетворенность, которая может проявляться в виде депрессии, тревоги, страха, ощущения одиночества и утраты смысла жизни. При этом специалист может выглядеть внешне вполне успешным и активным. Отличительной особенностью профессиональных кризисов от других видов кризисов является переживание индивидом (осознанно или неосознанно) своей профессиональной беспомощности и недостаточного уровня компетентности.

Профессиональный кризис возникает у людей с разным стажем работы. Наиболее ярко профессиональный кризис проявляется в начале профессиональной деятельности специалиста, когда осуществляется профессиональная адаптация. Вместе с тем и при достижении высокого уровня профессионализма у специалиста может возникнуть ощущение потери перспективы профессионального роста и утраты смысла в профессии.

Профессиональный кризис может обостряться из-за нарушения межличностных отношений в коллективе, нечеткого определения профессиональных функ-

циональных обязанностей, смены места или потери работы и др. Но при этом обязательным условием возникновения профессионального кризиса являются внутренние предпосылки личности специалиста, которые создают возможность его самореализации и дальнейшего профессионального развития. Иначе говоря, нет как такового профессионального кризиса, а есть кризис личности в той или иной профессии. В процессе профессионального становления, пережив профессиональные кризисы, специалист меняется личностно: он присваивает и развивает профессионально важные качества и оттачивает индивидуальный стиль деятельности (Климов Е. А., 1996). Таким образом, профессиональный кризис — это закономерное изменение личности в ходе профессиональной деятельности, которое характеризуется количественными, качественными и структурными преобразованиями, обеспечивающими функционирование человека в профессии.

Профессиональный кризис врача наиболее распространен в начале его профессиональной деятельности, когда активно формируется его профессиональное самоопределение и профессиональная позиция. Профессия врача в силу своей специфики требует от него не только знаний, умений и навыков в собственно медицинской деятельности, но и особых личностных качеств. Учитывая, что врач присутствует при самых значимых и интимных событиях в жизни человека: рождении и смерти, профессия врача наполнена особым, порой сакральным, смыслом как для него самого, так и для других людей. В этой связи, как показывают исследования, у студентов, обучающихся в медицинском вузе, существует идеализированное представление о врачебной профессии, которое корректируется в процессе обучения. При этом идеализированный образ врача наделяется всеми положительными качествами по максимуму, что вряд ли возможно в реальной профессиональной жизни. Идеализированный образ врача, в отличие от идеализированного представления о врачебной профессии, может сохраняться не только во время обучения в вузе, но и нередко после его окончания (Микиртичан Г. Л., Чулкова В. А., и др., 2014). Эта инфантильная личностная позиция студента, а затем и врача, основанная на иллюзии о всемогуществе, может являться одним из источников постоянного разочарования и неудовлетворенности в работе, что способствует профессиональному кризису.

Согласно исследованию, будущие врачи, особенно студенты первых курсов, считают важным условием успешной деятельности врача мотив помощи людям (Микиртичан Г. Л., Чулкова В. А. и др., 2014). При этом профессиональная компетентность врача нередко представляется ими как безусловное приложение, вытекающее из желания помогать людям при наличии стабильной работы в престижном месте. Если в дальнейшем профессиональная компетентность не становится основной ориентацией в профессии врача, ведущей к постоянному саморазвитию и самосовершенствованию в профессии, то это также может приводить к развитию профессионального кризиса.

Профессиональная деятельность врача может осуществляться только в процессе общения с пациентом. Низкая профессиональная компетентность врачей в сфере эффективной коммуникации с пациентами приводит к непониманию ими эмоционального состояния пациента. Так, исследования показывают, что в представлениях

и студентов, и врачей доминирует образ предпочитаемого пациента, не страдающего и переживающего, а оптимистично настроенного человека, что не соответствует действительности, так как реальный пациент — это всегда страдающий больной (Чулкова В. А., Пестерева Е. В. и др., 2014). Отсутствие профессиональной психологической подготовки обуславливает наличие трудностей и конфликтов врача с больными и их родственниками, что вызывает разочарование в выбранной профессии и само по себе может приводить к профессиональному кризису.

Особенность работы врача состоит в том, что он соприкасается с физической и душевной болью пациентов, с ограниченностью возможностей человека в ситуации заболевания, с конечностью жизни больного, что, безусловно, даже если врач это не осознает, влияет на него и вызывает собственные экзистенциальные переживания. Особенно это характерно для врачей, пациенты которых имеют болезнь с витальной угрозой. Неразрешение собственного экзистенциального кризиса врачом усиливает его профессиональный кризис.

Описанные выше специфические факторы составляют различные стороны профессионального кризиса врача. Невозможность врача разрешить свой профессиональный кризис приводит его к уходу из профессии, что чаще всего происходит в начале профессиональной карьеры, хотя, как показывают наблюдения, это может случиться и на любом этапе его профессиональной деятельности. При этом врач чаще всего обвиняет других (государство, учреждение, профессиональное сообщество) в том, что он не состоялся профессионально, не осознавая роль собственной идеализации профессии и себя в ней.

Вместе с тем большая часть врачей остается в профессии, хотя не все при этом разрешают профессиональный кризис. Именно для этих врачей характерно соблюдение формальности и схем в работе, снижение профессиональной мотивации, им свойствен авторитарный стиль во взаимоотношениях с пациентами. Все это является психологической защитой от переживаний, с которыми врачи сталкиваются в работе, и свидетельствует об отрицании ими профессионального кризиса. Такие врачи чаще всего подвержены профессиональному выгоранию.

Выходом из профессионального кризиса является обращение врача к себе как личности, стремление самореализоваться в профессии. Разрешение профессионального кризиса, как и любого другого психологического кризиса, возможно только через внутреннюю душевную работу, в результате которой происходит принятие врачом реальной жизни и своих реальных профессиональных возможностей, осмысление себя в профессии, осознание своей мотивации к врачебной работе, видение социальной и субъективной значимости своего труда.

2.2.4. Психология творческого кризиса

Творчество — это преобразующая конструктивная активность, т. е. деятельность, результатом которой является создание новых ценностей (материальных и духовных) (Лебедева Е. И., Ежов Д. И., 2004). Существуют два критерия творчества, реализуемые *одновременно: новизна и конструктивность*. Ведь новизна может быть разруши-

тельной, а конструктивность стандартной. Следствием реализации принципов новизны и конструктивности является личностность творчества. Это не значит, что влияние окружающих и окружающего исключено (оно существенно!), но решающим является индивидуальный, личностный вклад. Быть творческим — значит обладать особым «строением личности» (Богоявленская Д. Б., 2002). Именно глубокая личностная вовлеченность человека в творчество, интимность процесса созидания создают условия для возникновения кризисных переживаний.

Процесс творчества очень неоднороден, прерывист, содержит взлеты и падения, моменты восторга и мучительные переживания, усиленные особенностями творческого человека. Быть творческим, творить — вызывает амбивалентные переживания у человека. С одной стороны, это требование времени («в мире постоянны лишь перемены»). Творчество — как вариант адаптации в постоянно меняющемся мире. Меняется мир, и человек, если он не хочет отстать от своего времени, должен стать постоянно обновляющимся. Кроме *необходимости* быть творческим, есть *преимущество* и огромное удовольствие быть творческим. Это часть не только профессионального, но и личного успеха.

Во-первых, творческие люди — творцы собственной жизни, они не идут дорогой, проторенной другими, а сами выбирают свой путь. Именно у них есть реальная возможность быть независимыми. Личностью можно стать, только делая осознанный выбор и отвечая за него, а не воспроизводя уже известное и пройденное другими людьми.

Во-вторых, это результативная жизнь, жизнь, полная воплощенных идей и проектов. Люди помнят друг друга по сделанным делам.

В-третьих, создавая что-то новое, человеку открывается его собственный внутренний мир, он лучше начинает понимать самого себя, свои ценности и стремления.

В-четвертых, творческие натуры никогда не повторяются, их жизнь — это постоянное обновление, узнавание, отсутствие скуки. Ставя перед собой все новые и новые задачи, решение которых неизвестно, мы развиваемся, растем.

Творческие люди интересны и привлекательны для других.

С другой стороны, существуют причины вынуждающие человека отказаться от принятия творческих решений.

Ролло Мэй описывает причины страха творчества (Мэй Р., 2001б):

- творчество *прерывает привычное течение жизни*, что требует новых затрат для адаптации;
- творческие люди, меняя привычное, *создают* для окружающих *неприятную ситуацию неопределенности*, а следовательно, тревоги. Люди не любят непредсказуемости, стремятся избегать ее. За нежелание быть отвергнутым мы расплачиваемся отказом от оригинальности, самобытности, независимости, наконец;
- создавая новое, творческие люди *могут стать мишенью оценки* и даже *критики*;
- за предложение нового *нужно нести ответственность*, что многих пугает.

Столкновение таких разнонаправленных побуждений, страха творить и стремления к творчеству, может привести к возникновению кризиса в жизни творческого человека. Сам процесс творчества обладает *внутренней конфликтностью*. Это *первая причина творческих кризисов*.

Творческий кризис — состояние невозможности (бессмысленности) продолжать творческий поиск. Творческий кризис проявляется, как и другие варианты кризисных ситуаций, на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Эмоционально творческий кризис сопровождается потерей вдохновения, утратой веры в себя, опустошенностью, апатией. *Когнитивная* составляющая кризиса творчества — это отсутствие свежих идей и стратегии поиска решений, потеря способности реалистично оценивать результаты своего поиска, что можно назвать ситуацией мыслительного ступора.

Оказавшись в ситуации творческого кризиса, люди находят причины своих неудач в окружающем мире или объясняют их тем, что случилось раньше. Итак, три «объективных» источника творческого тупика. *История*, которая сделала мир таким негармоничным и несправедливым. *Окружающая действительность* с ее жестокой реальностью и несправедливыми порядками. И, конечно, *другие люди*, такие глупые (вариант: ленивые, жадные и пр.), консервативные (вариант: безответственные), такие индивидуалисты (вариант: коллективисты). Список можно продолжить. Если принять эти три идеи как постулат, то не стоит тратить сил на выход из творческого кризиса.

Поведенческие проявления творческого кризиса могут выражаться в суетливости или, наоборот, в оцепенении, уходе в другие виды деятельности, иногда в проявлениях раздражения.

Вторая причина возникновения *творческих кризисов* связана с особенностями творческих людей: перфекционизм, высокая сензитивность к противоречиям и несовершенствам, эмоциональная чувствительность. Эти особенности часто способствуют возникновению кризисных состояний.

Третья причина возникновения кризисов творчества кроется в самой логике творческого процесса, его этапах. Классификации фаз творческого процесса, предлагаемые различными авторами, отличаются друг от друга, но в то же время у них есть много общего.

Первая попытка принадлежит П.К.Энгельмейру (см.: Пономарев Я.А., 1976), который описал три фазы креативного процесса: желание (происхождение замысла); знание (выработка схемы решения); умение (конструктивное воплощение). П.М.Якобсон подразделил этот процесс на семь стадий (период интеллектуальной готовности; усмотрение проблемы; зарождение идеи и формулировка задачи; поиск решения; выработка принципа решения; превращение принципа в схему решения; оформление).

И первый и второй варианты описания стадий творческого процесса не содержат такого важного шага нового открытия, как *интуитивный, подсознательный поиск* решения и связанные с ним кризисные переживания. По нашему мнению, этот процесс проходит следующие стадии:

- *осознание и формулировка* проблемы: осознание, что ситуация перестала быть удовлетворяющей;
- *подготовка* (первый инсайт): первая догадка, предчувствие близости решения, часто ложное;
- *перебор вариантов*: характеризуется анализом ситуации и попыткой подобрать подходящее решение. Часто сводится к перебору однотипных, «лежащих на поверхности» вариантов;
- *фрустрация*: происходит в момент, когда все сознательно найденные варианты не дают решения проблемы. Желание найти решение сохраняется, но пути его обнаружения для человека не очевидны. Мотив сталкивается с препятствием. Человек ощущает себя в тупике. Переживается как напряжение, разочарование, раздражение, обескураженность, скука, усталость, апатия. Реакции на фрустрацию: отрицание, рационализация, принятие стагнации, новый рост;
- *инкубация*: прекращение сознательного поиска решения проблемы при сохранении желания добиться результата. Временно переключение на другую деятельность. В этот момент поиск не прекращается, а переходит на другой уровень, подключается потенциал и энергия подсознания;
- *инсайт*: момент обнаружения решения. Часто без ясного осознания, почему именно данное решение правильное. Переживается как восторг, эйфория, бурная радость;
- *разработка*: проверка полученного решения логическими средствами. Приведение его в форму, доступную пониманию других людей.

Можно посмотреть на процесс выработки творческого решения как на сочетание сознательной и бессознательной работы мысли. Однако нельзя ставить знак равенства между этапом фрустрации как естественным элементом творческого поиска и творческим кризисом. Они отличаются и глубиной, и масштабом, и следствиями. Фрустрация связана с невозможностью обнаружить наилучший путь решения или найти точную форму представления результата. Чувства и в том и в другом случае могут оказаться схожими, но творческая фрустрация не приводит к личностным изменениям.

Творческий кризис, как и другие варианты личностных кризисов, ставит человека перед необходимостью существенных внутренних перемен, побуждает переосмыслить отношения с миром, с другими людьми. Это поворотный пункт в судьбе творческого человека. Перемены могут быть как конструктивными, так и деструктивными. Бабаева Ю. Д., Варваричева Я. И., Кононенко А. Ю. (2011) выделяют следующие *позитивные функции творческих кризисов*:

- *сигнальная функция*. Творческий кризис как сигнал о внутреннем неблагополучии, о риске потерять свое я, свое предназначение;
- *диагностическая функция*. Проверка себя на жизнестойкость, обнаружение у себя необходимых качеств для решения творческих задач;

- *стимулирующая функция.* Кризис как стимул к развитию, формированию качеств творческой личностью;
- *охранная функция.* Кризис как естественная остановка, возможность сконцентрироваться для нового шага;
- *творческая функция.* Кризис помогает оценить ранее сделанное и точнее наметить новые пути. Это момент соотнесения со своими ценностями, валидизация целей.

Творческий кризис переживают не только писатели, ученые, музыканты. Творческий кризис — атрибут жизни многих людей. Отличие в масштабе создаваемого, в значимости его для мира. Однако внутренние пружины и сложности похожи.

Способствует преодолению кризисов понимание творческого кризиса как естественного этапа развития творческой личности. Умение отнестись к этому моменту, как к предвестнику нового этапа развития помогает творческому человеку избежать излишнего погружения в негативные переживания, заикливания на состоянии безысходности и бессмысленности.

Мощным механизмом преодоления творческого ступора является настойчивость. Мы знаем много примеров огромного трудолюбия великих творцов. П. И. Чайковскому приписывают слова «Вдохновение — это такой гость, который не всегда является на первый зов, но между тем работать надо всегда...». Томас Эдисон формулировал аналогичную идею: «Гений — это один процент вдохновения и девяносто девять процентов пота». Состояние волшебного творческого полета является следствием настойчивого поиска и веры в результат.

Весьма популярной, особенно в среде бизнеса, где творческие решения тоже очень важны, стала идея продуктивности «состояния потока» Михая Чиксентмихайи (2011). Его идея признана необыкновенно продуктивной, а книга, в которой она изложена, входит в перечень «100 лучших бизнес-книг». Автор исследовал стратегию творческого поиска и обнаружил, что наиболее продуктивным является состояние полного погружения в свое дело, поглощенность им на 100%. Это состояние он определил как «аутолитическое переживание», или «состояние потока». Такое состояние не только не приводит к истощению или эмоциональному выгоранию, а наоборот, способствует приливу энергии поиска.

И целеустремленность, и полное погружение в свою работу, и принятие сложностей и неоднозначности творческого процесса не дают состоянию фрустрации и безвыходности лишить нас веры в свой успех. Даже если он не дается сразу.

«В истории человечества никогда не наблюдалось движения от худшего к лучшему. Но если бы не было надежд на улучшение, не было бы самой жизни». Альфред Шнитке.

Необходимым ресурсом конструктивного преодоления творческих кризисов являются поддержка и понимание окружающих: как коллег-профессионалов, так и ближнего круга — друзей и семьи.

2.2.5. Экзистенциальные кризисы

Экзистенциальный кризис, или кризис существования (от лат. *existentia* — «существование») — это психологическое состояние утраты смысла жизни, сопровождающееся переживанием тревоги, чувством глубокого психологического дискомфорта. Этот кризис характеризуется резким изменением (или даже разрушением) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира. Такое изменение может быть вызвано экстраординарными внешними обстоятельствами, какой-либо кризисной ситуацией либо может созреть внутри без осознания, пока небольшое внешнее воздействие не переведет его в сознание.

Проблема экзистенциального кризиса нашла свое отражение в трудах представителей экзистенциально-гуманистического направления психологии (В. Франкла, Р. Мэя, И. Ялома и др.). Центральным в этом направлении является понятие смысла жизни — человек, обладающий ощущением смысла, воспринимает жизнь как наделенную какой-то целью или функцией, которую нужно выполнить, некой ведущей задачей или задачами для приложения себя. Любое намерение отстраниться от себя и от своего выбора, подчиниться страху перед неизвестностью приводит к экзистенциальной тревоге.

Смысл жизни как психологическая категория всегда субъективен и может определяться как ценность или их совокупность, которая мотивирует, мобилизует и организует все психические ресурсы личности, необходимые для ее нормального функционирования.

Фундаментальной основой возникновения у человека экзистенциальных проблем и переживаний является наличие самосознания. Именно самосознание дает ему возможность задуматься о своем существовании и искать его доказательства — «*Ego cogito, ergo sum*» («Я мыслю, следовательно, существую»). Самосознание дает человеку возможность понимать конечность и отдельность нашего существования, неизбежность потерь и неопределенность будущего. И для возможности жить с этим пониманием ему необходимо найти какой-либо смысл своего существования и увидеть в жизни хоть какой-то порядок.

Поэтому осознание трех вещей: неизбежности потери всего, что было человеку дорого, в том числе и собственной жизни, обреченность на одиночество (изоляция) и непредсказуемость (неопределенность) будущего — служит фундаментом возникновения интегрального чувства бессмысленности, бесполезности и тщетности нашего существования. Только преодоление парализующей силы этих реалий может дать людям возможность ощущать полноту своей жизни, т. е. быть счастливыми.

В экзистенциальной психологии постулируется потребность в смысле жизни. Люди ищут смысл своей жизни и задают себе (не всегда сознательно) важнейшие вопросы, касающиеся бытия:

- Кто я?
- Стоит ли жизнь того, чтобы жить?
- Имеет ли она смысл?
- Как я могу осуществить свое человеческое призвание?
- В чем моё предназначение?

Экзистенциальная психология считает, что склонность человека если не к систематическим размышлениям на эту тему, то по крайней мере к переживанию подобных проблем входит в число универсальных свойств человеческой природы.

Если человек уходит от этих вопросов, вытесняет их из сознания и концентрируется на других целях и задачах, то у него появляется переживание экзистенциального вакуума.

Экзистенциальный вакуум — это состояние внутренней пустоты и переживание ощущения бессмысленности, пустоты и тщетности. Экзистенциальный вакуум — это «переживание пропасти», которое диаметрально противоположно пиковому переживанию, описанному Абрахамом Маслоу.

Таким образом, смысл жизни — это то мотивирующее ядро ценностей, которое заставляет человека жить определенным образом или просто жить. Если человек ищет смысл жизни, то он скорее ищет определенные ценности, ради которых ему стоит жить, и только тогда, когда он их найдет, он будет считать, что его жизнь наполнена смыслом. То есть, в противоположность чувству пустоты появляется чувство наполненности.

И наоборот, если человек потерял смысл жизни, то он потерял ценность, дающую ему это ощущение, что и приводит его к переживанию экзистенциального вакуума и личностного кризиса. Такое состояние является мощным побуждением к наполнению своей жизни чем-либо, только чтобы преодолеть чувство пустоты. Большинство аддикций, по мнению экзистенциальных психологов, в своей основе имеют именно такую мотивацию.

Проблема свободы получила наиболее полное содержательное раскрытие в 1960–1980-е годы у ряда экзистенциалистски ориентированных авторов, таких как Э. Фромм, В. Франкл (V. Frankl), Р. Мэй (R. May) и др.

В отечественной психологии к проблеме смысла жизни обращались Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, Б. С. Братусь, И. А. Васильев, Ф. Е. Василюк, Б. В. Зейгарник, В. А. Иванников, Д. А. Леонтьев, Е. В. Эйдеман и др.

Экзистенциализм не признает разрыва между субъектом и объектом. Для человека, отмечал Р.Мэй, существует только такая истина, которую он сам производит своими действиями. Иными словами, подлинный человек не прибегает к внешним оправданиям своих поступков. Он стремится осознанно взять на себя ответственность и связанный с нею риск. В то же время даже отказ от ответственности и попытка избежать выбора в итоге также оказывается собственным выбором человека. Ж.-П. Сартр говорил, что от ответственности за свое Я человеку не уйти, как не уйти от самого себя. Он считал, что главным принципом экзистенциализма является постулат о том, что человек есть не что иное, как то, что он сам из себя делает.

Предпосылкой экзистенциального кризиса является ситуация, при которой базовые ценности, а вместе с ними и все остальное, теряют какое-либо значение. Все проекции, которые ранее были наложены на восприятие объективного мира, рушатся, и в результате теряется смысл существования, но это еще не сам кризис, а лишь условие для его возникновения.

Наиболее полно эта проблема раскрывается в работах немецкого философа Карла Ясперса, одного из ведущих представителей религиозного экзистенциализма. Он рассматривал соотносительность экзистенции с трансценденцией, т.е. в прозрении человека о смысле жизни и своем предназначении исключительно в пограничных ситуациях, и считал, что духовная ситуация возникает лишь там, где человек ощущает себя в критической ситуации — в страдании, борьбе и смерти. Ясперс полагал, что эти три ситуации представляют собой вершинные переживания человека, в которых проявляется его сущность (экзистенция) и возможность выхода за пределы своего опыта (трансценденция), что позволяет человеку сделать тот или иной выбор жизненного пути.

Таким образом, экзистенциальный кризис — это такое психологическое состояние, которое возникает при утрате осознаваемых связей с основной ценностью (ценностями), или когда утрачивается сама ценность, или происходит ее переоценка и наступает ощущение опустошенности, ведущей к тревоге и психологическому дискомфорту.

Человек сталкивается с парадоксом, когда он верит, что его жизнь важна, и в то же время понимает, что человеческое существование само по себе не имеет ни предназначения, ни смысла. В этот момент у него возникает *когнитивный диссонанс*.

В экзистенциальной психологии основные проблемы существования выделяются в виде ряда дихотомий.

1. Жизнь и смерть

В экзистенциализме процесс умирания не изучается, а ставятся другие вопросы: что есть смерть в нашей жизни? Что означает она для человека в его жизни? Как смерть влияет на жизнь?

В центре внимания человека оказывается не единичное понятие смерти, а диада «жизнь — смерть», причем акцент в ней ставится на понятии жизни, а смерть в этой паре ставит перед человеком задачу о смысле. Смерть при осознании ее человеком

обязывает его по-особому жить, проявлять чувство ответственности за собственную жизнь, за особое качество этой жизни. Ценность жизни, эмоционально-волевой тон ее протекания возможны лишь за счет существования ее границ.

М. М. Бахтин писал: «... есть термины — границы жизни и кругозора — рождение и смерть, — только наличность этих терминов и всего обусловленного ими создает эмоционально-волевою окраску течения времени ограниченной жизни и пространства — отражение усилия и напряжения смертного человека; и сами вечность и безграничность получают ценностный смысл лишь в соотношении с детерминированной жизнью» (Бахтин, 2000, с. 10).

Задача на подлинность, которая стоит перед человеком, напрямую связана с его отношением к собственной «большой» смерти. Это подтверждает и клинический опыт того, что «...кризис часто является скорее не следствием приближения смерти самой по себе, а следствием того, что было сделано в течение жизни: бесполезно потраченного времени жизни, нерешенных задач, упущенных возможностей, загубленных талантов, бед, которых можно было бы избежать. Лежащая в основе этого трагедия состоит в том, что человек умирает преждевременно и недостойно, что смерть не является действительно его собственной» (Фейфел Г., 2001, с. 58). «Большая смерть», принятая и осознанная, является основой для возникновения в сознании человека «малой» смерти. Это понятие не о смерти, а о небытии как онтологической категории. Небытие трактуется как неподлинность личного существования. Подлинное же существование, по Хайдеггеру, выступает как осознание человеком своей историчности, конечности и свободы. Оно возможно и осуществимо только перед лицом смерти. В подлинном существовании на первый план, соответственно, выступает будущее, бытие-к-смерти. Отличительная особенность хайдеггеровского *Dasein* — это способность иметь опыт смерти.

2. Свобода и ответственность

Есть два аспекта свободы: «свобода от» (отсутствие внешних ограничений) и «свобода для» (психологическая позиция). Иногда при этом используются определения «психологическая свобода» и «внутренняя свобода». В экзистенциализме принципиальным является второй вариант свободы — «для».

Э. Фромм считает позитивную свободу, «свободу для», главным условием роста и развития человека, связывая ее со спонтанностью, целостностью, креативностью и биофилией — стремлением к утверждению жизни в противовес смерти (Фромм Э., 2006). Вместе с тем свобода амбивалентна. Она одновременно и дар, и бремя — человек волен принять ее или отказаться от нее. Он сам решает вопрос о степени своей свободы, делая собственный выбор: либо действовать свободно, т. е. на основе рациональных соображений, либо отказаться от свободы. Многие предпочитают бежать от свободы, выбрав тем самым путь наименьшего сопротивления. Естественно, все решается не каким-то одним актом выбора, а определяется постепенно складываю-

щейся целостной структурой характера, в которую отдельные выборы вносят свой вклад. В результате одни люди вырастают свободными, а другие — нет.

В учении о свободе воли В. Франкла утверждается основной тезис — человек свободен найти и реализовать смысл своей жизни, даже если его свобода существенно ограничена объективными причинами. Свобода сосуществует с необходимостью в разных измерениях человеческого бытия. Человек свободен благодаря тому, что его поведение определяется прежде всего ценностями и смыслами. Свобода основывается на фундаментальных способностях человека к самодистанцированию, т. е. принятию позиции по отношению к самому себе, и самотрансценденции — выходу за пределы себя как данности, преодолению себя. Поэтому человек свободен даже по отношению к самому себе, свободен подняться над собой, выйти за свои пределы. «Личность — это то, что я есть, в отличие от типа или характера, которым я обладаю. Мое личностное бытие представляет собой свободу — свободу стать личностью. Это свобода от того, чтобы быть именно таким, свобода становиться иным» (Frankl V., 1987, p. 94).

В понимании Ролло Мэя, свобода — это способность человека управлять своим развитием, тесно связанная с самосознанием, гибкостью, открытостью, готовностью к изменениям. Свобода соотносится с конкретными данностями и неизбежностями (их необходимо сознательно принять), и только по отношению к ним она и определяется. Эти данности, неизбежности и ограничения Мэй называет судьбой (Мэй Р., 20016). Парадокс свободы заключается в том, что своей значимостью она обязана судьбе, вместе с тем свобода и судьба немыслимы друг без друга. То есть, свобода есть возможность изменения того, что есть, способность трансцендировать свою природу.

3. Любовь и отчуждение

Отчуждение проявляется в неспособности людей распознавать смыслы и ценности как возможности, существующие в реальных ситуациях. Сознательные представления человека о ценностях и смысле жизни могут быть внешними, отчужденными от его реальной деятельности объяснениями, мотивировками. Экзистенциализм рассматривает отчуждение как субъективный феномен. М. Хайдеггер связывает отчуждение с изначальным не-Бытием, лишь в моменты «стояния в Бытии» человек обретает подлинность, реализует свой смысл. Принимая извне готовый ответ на вопрос о смысле жизни, человек совершает бегство от свободы, неопределенности и одиночества ценой отказа от собственной индивидуальности.

Преодоление отчуждения, считал В. Франкл, возможно через поиск и реализацию уникального смысла собственной жизни, который хотя и является общественным по природе своей, но может быть действительно обнаружен только как индивидуальный. Открывая и осуществляя уникальный смысл собственной жизни, человек остается в ситуации экзистенциального одиночества, но преодолевает отчуждение, реализуя отношение, связывающее его с человечеством, другими людьми. По сути, человек стоит перед альтернативой формирования симбиотических привязанностей и стремления к растворению в социуме или, при условии принятия неизбежности

своего одиночества и отделенности, к открытости к другому, людям и миру. Данная альтернатива созвучна понятиям «иметь» или «быть», описанным Э. Фроммом, где быть с другим или другими означает то, что, составляя одно целое, они все же остаются отдельными существами — это и есть со-Бытие.

4. Смысл и бессмысленность

Дилемма состоит в том, что два верных утверждения являются взаимоисключающими (Ялом И., 1999).

1. Человеческое существо нуждается в смысле. Отсутствие в жизни смысла, целей, ценностей и идеалов вызывает значительные страдания. В острой форме они могут привести человека к решению покончить с собой. В. Франкл отмечал, что в концентрационном лагере человек без ощущения смысла не выживал. Это значит, что нужны устойчивые ценности и направляющие ориентиры (абсолюты), на основании которых можно выстраивать жизнь.
2. Экзистенциальная концепция свободы утверждает, что единственный абсолютный факт заключается в отсутствии абсолютов. Согласно экзистенциальной точке зрения, мир случаен, все, что есть, могло быть иначе. В мире никакого смысла, никакого великого замысла Вселенной, никаких направляющих жизненных ориентиров жизни не существует, за исключением тех, которые создает сам человек.

Проблема звучит так: как существо, нуждающееся в смысле, находит смысл во Вселенной, не имеющей смысла?

Самотрансцендирование, выход за пределы себя — одна из фундаментальных основ подхода Виктора Франкла к проблеме смысла. По сути, выход за пределы себя является выходом из эгоцентрической позиции личности, которая после преодоления детского эгоцентризма, остается в разных формах у большинства людей.

Франкл считал, что у каждого индивида есть смысл в жизни, которого никто другой не может воплотить, но все эти уникальные смыслы распадаются на три основные категории (Frankl V., 1987), состоящие

- в том, что мы осуществляем или даем миру как свои творения;
- в том, что мы берем у мира в форме встреч и опыта;
- в нашей позиции по отношению к страданию, по отношению к судьбе, которую мы не можем изменить.

5. Человек и общество

В экзистенциальном подходе в центре внимания не субъект, а его жизнь в неразрывной связи с миром и другими людьми (бытие-в-мире, бытие-вместе). Одной из целей экзистенциальной психологии является решение проблемы восстановления аутентичности личности — соответствия ее бытия в мире ее внутренней природе.

Конфликт порождается осознанием собственного одиночества, с одной стороны, и потребностью человека в общении, защите, принадлежности к чему-то большему — с другой. Двойственность переживаний состоит, с одной стороны, в том, что человек живет в обществе и может жить очень активно, а с другой — что перед главными вопросами своей жизни он остается в одиночестве.

Любая экзистенциальная проблема, как и кризисная ситуация, имеет конструктивное и деструктивное решение. Сущность кризиса двойственна — он содержит как разрушительное, так и созидательное начала. В результате преодоления кризиса происходят изменения в виде некоего новообразования, соответствующего его контексту. Традиционно экзистенциальные проблемы формулируются в виде жизненных дилемм. В обычном употреблении дилемма означает «обстоятельства, заставляющие принять одно из двух решений, выбор между которыми крайне затруднителен». Такая бинарная оппозиция привычна при описании социальной и жизненной ситуации индивидуума. Очевидность бинарной оппозиции не означает ее полноты и истинности, это лишь одна из форм описания мира. Экзистенциальные проблемы, хотя и ставят перед человеком задачу выбора, не всегда должны рассматриваться как дилеммы. Биполярная модель состоит из двух полюсов, где один полюс существует, поскольку существует другой. Так, люди понимают счастье через страдание, любовь через отчуждение, смысл жизни через бессмысленность. Абрахам Маслоу считал, что на уровне самоактуализации разрешается большинство противоречий, где оппозиции превращаются в одно целое, а мышление посредством оперирования дихотомиями является незрелым. У самоактуализирующихся личностей существует мощная тенденция к слиянию эгоизма и альтруизма в единую, высшую целостность. Работа может превращаться в игру, отдых и труд могут также не отличаться друг от друга, долг превращается в удовольствие, а удовольствие наполнено чувством долга, и они становятся нераздельными. Расхождение между внутренним и внешним практически не выражено, они взаимопроникают друг в друга.

Анализ экзистенциальных проблем через дихотомизацию делает их изображение плоским и двумерным, тогда как их биполярность и порождает энергию напряжения, дающего возможность третьего, трехмерного решения (Гришина Н. В., 2011; Гришина Н. В., 2018).

Например, зависимость как характеристика человеческих отношений, по мнению психологов, является распространенной и болезненной психологической проблемой. Но ее альтернативой не может быть независимость, так как она невозможна для любого человека, включенного в систему социальных отношений. Более того, фиксированность на ложной цели независимости может, в свою очередь, породить психологические проблемы у человека. Третье решение, являющееся конструктивным ответом на экзистенциальную задачу выбора человеком своего способа отношений с окружающим миром, — это личностная автономия.

Таким образом, экзистенциальные проблемы человека — это проблемы, скорее, трехмерного пространства, конструктивное решение в котором находится не предпочтением или отказом от одного из очевидных выборов, но альтернативой, индивидуально выстраданной и пересматриваемой.

Феномен лиминальности в экзистенциальном кризисе

В последнее время в изучении экзистенциальных кризисов активно исследуется понятие лиминальности, лиминальных фаз жизни, лиминальных состояний. Само понятие восходит к англ. *limit* — «предел» и лат. *limen* — «порог».

Оно введено в конце XX века в гуманитарные науки А. ван Геннепом и В. Тёрнером, и его в настоящее время изучает и развивает Е. Е. Сапогова. Этот термин определяет своеобразное переживание человека, оказавшегося на границе прежнего/нового. Это не преодоление данного рубежа, а состояние пребывания (стояния) на такой границе. Фиксируется момент балансирования между прошлым и будущим, момент выбора. Может быть сделан шаг вперед в будущее, в неизвестность, но и в новизну.

Можно вернуться в прошлую, привычную жизнь, а потому более безопасную. Такое состояние по определению не может быть устойчивым, а потому является сложным, противоречивым, во многом мучительным. Это понятие, по мнению Е. Е. Сапоговой, позволяет связать три существенных момента: персонально переживаемое содержание переходного периода; преодоление неопределенности «деянием» (термин М. М. Бахтина) и предание этим событиям статуса судьбоносных; активное личностное вмешательство в течение собственной жизни, смысловое ее «потенцирование». Состояние лиминальности может возникнуть только в зрелом возрасте, когда накоплен разнообразный жизненный опыт и приобретена внутренняя сложность (Сапогова Е. Е., 2013).

Е. Е. Сапогова называет состояние лиминальности «своеобразным бытийным зазором». В таком «бытийном зазоре» мы можем оказаться в определенные моменты жизни, когда один период жизни исчерпан, а другой еще не наступил. Примерами подобных ситуаций являются уход из родительского дома, завершение образования, завершение книги и пр. Также провоцируют возникновение состояния лиминальности значимые события, например потери близких или, наоборот, внезапное везение.

Для лиминального периода специфично, что он может возникнуть в жизни человека, когда видимых объективных причин для изменений нет. Примерами могут служить повторяемость, цикличность каких-либо событий в жизни человека, вовлеченность в реализацию не своих целей. При сохранении на первый взгляд общей внешней канвы жизни человек может вести себя совершенно нетипично для себя, пренебрегая своими собственными привычками и правилами. Можно сказать, что лиминальность — это «разотождествление» с самим собой, «разрушение старой личностной определенности» (Сапогова Е. Е., 2013). Мотивацией в данном случае является желание перемен самого себя и своей судьбы, стремление к внутреннему согласию с самим собой. При этом стандартные критерии (успешность, комфорт, материальное благополучие и т. п.) могут совершенно потерять свое значение.

Феноменология периода лиминальности аналогична феноменологии периодов потери смысла: переживание внутренней пустоты; потеря ощущения значимости своих целей; невозможность сформулировать перспективы своей жизни; сужение диапазона мотивов. При этом рост потребности обновления, преодоления границ сложившейся жизни и поиск собственной подлинности. В моменты лиминальности

человек максимально открыт для изменений и при этом стремится к углубленному самоанализу.

Параметрами внутреннего переживания лиминальных периодов являются:

- эмоционально-личностные переживания этого периода (преобладающие эмоции, характерные реакции и эмоциональные отклики);
- когнитивная обработка переживаний (обоснования, самообоснование необходимости меняться, аргументы в пользу того или иного выбора);
- самооценка перспектив и возможностей переживаемого этапа (построение проекта будущего, оценка собственных интенций, осмысление прошлого опыта в свете возможных перспектив);
- самопроектирование, построение образа нового «я» (ожидание от будущего, планирование изменений, моделирование нового чувства себя).

Преодоление периода лиминальности связано с процессами жизнотворчества (Леонтьев Д. А., 2001), понимаемого как сознательное переструктурирование своего жизненного пути. Состояние лиминальности побуждает человека искать подлинные, наиболее полно отвечающие ему жизненные смыслы. Именно с созданием «нового себя» и обретением новых смыслов связано преодоление лиминальности.

2.2.6. Духовные кризисы

Понятие «духовный кризис» еще не стало общеупотребимым в психологии, и поэтому его нередко трактуют как синоним понятия «экзистенциальный кризис». Но тем не менее анализ трактовок духовного кризиса позволяет выявить некоторые отличия его от экзистенциальных кризисов.

Согласно классификации В.В.Козлова, в которой основанием считаются три базовые подструктуры личности (Я-материальное, Я-социальное и Я-духовное), выделяются три вида кризисных состояний: материальные, социальные и духовные (Козлов В. В., 2007).

Ведущими паттернами при переживании духовных кризисов являются обращение к Богу, размышление о смысле жизни, кардинальное изменение системы ценностей, переживание одиночества и ощущения несправедливости жизни.

В большинстве описаний духовные кризисы связывают с переломными этапами жизни и эмоционально трудным процессом глубокого психологического преобразования, затрагивающего все уровни существования индивида. Чаще всего они проходят в форме неординарных (измененных) состояний сознания, сопровождаются сильными эмоциями, яркими видениями и другими изменениями чувственного восприятия, необычными мыслями, а также разнообразными физическими проявлениями. Темы таких эпизодов часто включают в себя последовательности (или метафоры) психологической смерти и возрождения, переживания, которые трактуются как воспоминания прошлых жизней, сопровождаются чувством единства с Вселенной, встречи с различными мифологическими существами, и другие сходные

мотивы. Характер эмоциональных переживаний часто обладает большой амплитудой — от чувства блаженства до ужаса и отчаяния. Интенсивность переживаний и их специфика нередко имеют признаки психопатологической симптоматики. Содержание переживаний, как правило, включает в себя представления о добре и зле, правильности или неправильности отношений и поведения, мыслей и чувств. Выраженность эмоций интенсифицирует оценочную функцию и может создавать основу для видения эталонов человеческой жизни и проявлений духа.

Амбивалентность эмоций усиливает переживания несоответствия с этими эталонами своей реальной жизни, мыслей, чувств, поступков и провоцирует *угрызения совести, чувства вины, греховности*. Именно данные чувства и их интенсивность и глобальность являются первым из трех отличий духовного от экзистенциального кризиса.

Второе отличие — присутствие трансцендентальных и трансперсональных переживаний человека, в частности — религиозных.

Третье отличие заключается в акценте на эмоциональной модальности неординарных состояний сознания (измененных состояний сознания). Это модель «Рая и Ада» или описанная Эрихом Фроммом модель «синдрома роста» и «синдрома спада». В концепции Э. Фромма есть два противоположных мира, в которых субъективно находится человек. Первый из них — холодный, безжизненный, темный, безразлично жестокий и механический, в нем человек ощущает себя мелким неодушевленным «винтиком» мира. Другой — теплый, живой и светлый, изменчивый и неожиданный, в нем человек ощущает себя небольшой, но важной и живой его частью, неразрывно связанной со всеми его частями, где любое его движение отзывается во всей вселенной (Фромм Э., 1992).

Так как в остальном духовный кризис практически идентичен экзистенциальному, то условия и причины его возникновения такие же. То есть, если основные смыслы человеческого существования не разрешаются на каком-то этапе и в каком-то приближении, то возникает экзистенциальная пустота и человек вплотную сталкивается с абсурдом существования. В такой момент жизнь становится попыткой превозмочь абсурд человеческого существования.

Основой преодоления духовного кризиса является процесс понимания и принятия человеческих переживаний и страданий как естественной и необходимой составляющей жизни, которая именно и позволяет человеку чувствовать себя живым и дает ему возможность по-настоящему быть счастливым.

Наиболее вероятен выход из кризиса через принятие религии и опыта религиозных переживаний (Джеймс У., 1993).

2.3. Трудные жизненные ситуации

2.3.1. Понятие «жизненные ситуации»

Понятие «жизненная ситуация» стало активно рассматриваться психологами с начала XX века. В отличие от исторической или социокультурной ситуации в центре жизненной ситуации всегда оказывается конкретный человек: «Жизненные ситуации — это совокупность значимых для человека событий и связанных с ними потребностей, ценностей и представлений, влияющих на его поведение и мировоззрение в конкретный период жизненного цикла» (Теория социальной работы..., 2006). Многие исследователи связывают появление «психологии ситуаций» с теорией поля К. Левина, в которой автор одним из первых поставил вопрос о целостном рассмотрении среды и личности в их взаимоотношениях. Несмотря на длительные дискуссии, разворачивавшиеся на протяжении XX века между «ситуационистами» и «персоналогами», в последнее время распространен личностно-ситуативный подход, с позиции которого «ситуация — это система объективных и субъективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности человека в определенный период времени» (Осцова Н. Г., 2012).

Дальнейшее развитие психологии ситуаций связано с так называемой теоремой американского социолога У. Томаса, впоследствии подхваченной сторонниками символического интеракционизма. Интеракционисты подчеркивали значимость субъективной интерпретации ситуации и приписываемого ей значения, что на сегодняшний день активно рассматривается в рамках психологии травматических ситуаций.

Теорема У. Томаса: «Если люди определяют ситуации как реальные, то они становятся реальными по своим последствиям».

В настоящее время нет единой общепринятой классификации жизненных ситуаций. В *социальной психологии* в зависимости от субъективного восприятия и оценки ситуаций индивидом выделяют *субъективно значимые и субъективно незначимые ситуации*. Более информативной представляется классификация *по силе «дестабилизирующего воздействия на индивида и социум»*, согласно которой выделяют следующие виды ситуаций: *штатные* (для данных ситуаций характерно привычное развитие событий, применение традиционных алгоритмов для их решения), *проблемные* (содержат в себе противоречия и не имеют однозначных алгоритмов решения), *социально напряженные* (содержат в себе конфликт интересов различных социальных групп), *экстремальные* (ситуации, предъявляющие повышенные требования к психофизиологическим возможностям человека) (Мокшанцев Р., Мокшанцева А., 2001). Довольно часто можно встретить *разделение ситуаций на привычные (нормальные) и проблемные (трудные)*. При этом под трудной жизненной ситуацией понимается ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека, требующая от него изменения привычных моделей поведения. Весьма широкое определение приводит к тому, что понятие трудной жизненной ситуации часто используют

в качестве обобщающего для различных видов непривычных ситуаций (критических, кризисных, стрессогенных, экстремальных и т.д.) или же отождествляют с ними. В рамках нашего подхода *важно отличать трудную жизненную ситуацию от кризисных и экстремальных ситуаций*.

Основной составляющей трудной жизненной ситуации является ее напряженность, необходимость разрешить некую задачу (интеллектуальную, эмоциональную, социальную) путем изменения привычной модели поведения, способов и средств деятельности. В то время как кризисная и экстремальная ситуации, которые можно объединить термином «предельность», могут иметь более глубокие последствия для личности: они содержат в себе риск психической травматизации и возникновения психических расстройств. При этом предельность определяется объемом внутренней душевной работы по преодолению ситуации (Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.М., Ялов А.М., 2010).

Под психологическим кризисом понимается состояние внутреннего тупика, переломный момент в жизни, связанный с утратой жизненных ориентиров и требующий от человека интенсивной внутренней работы по самоизменению. Экстремальное состояние возникает вследствие выраженного дисбаланса между силой внешних обстоятельств и внутренними адаптационными возможностями человека (Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.М., Ялов А.М., 2010). Экстремальная ситуация может повлечь за собой личностный кризис, став поворотным пунктом в развитии человека, а может остаться в чистом виде экстремальной, личностно-интактной (не связанной с личностным реагированием и последующими внутриличностными изменениями).

На протяжении жизни человек сталкивается с разными ситуациями: трудными, кризисными, экстремальными, различение которых важно для осуществления грамотной психологической помощи. Каждая из этих ситуаций определяется

При рассмотрении вопроса о детерминации человеческого поведения ситуационисты отдавали приоритет внешним, не зависящим от человека элементам ситуации, а персонологи решающую роль отводили личностным факторам (Осухова, 2012; Бурлачук, Коржова., 1998).

в рамках конкретной жизненной истории с учетом индивидуального типа реагирования, личностных смыслов и ресурсов.

2.3.2. Болезнь

Любой человек в течение своей жизни подвергается различным заболеваниям, отличающимся по своей длительности и патогенному влиянию на организм. Особое значение для любого человека имеет тяжелое заболевание, которое в существенной мере нарушает его привычную жизнедеятельность и зачастую меняет жизненные перспективы.

Многие из современных исследований в рамках клинической психологии посвящены изучению роли психологических факторов в возникновении, течении и лечении психических и соматических заболеваний, рассмотрению вторичных нарушений, обусловленных болезнью, и механизмов психологической адаптации у различных категорий больных (Исаева Е. Р., 2009). Для описания субъективной составляющей заболевания в психологии используются такие понятия, как «внутренняя картина болезни», «переживание болезни», «отношение к болезни». Наиболее широким из перечисленных представляется понятие «внутренней картины болезни» (ВКБ), которым Р. А. Лурия предложил называть «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах... весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия, ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия Р. А., 1977). В настоящее время внутренняя картина болезни рассматривается как сложное образование, включающее в себя 4 взаимосвязанных уровня: 1) уровень ощущений, или чувственный, связанный с локализацией боли, определением ее интенсивности и т. д.; 2) эмоциональный уровень, связанный с непосредственным реагированием на заболевание и его последствия; 3) интеллектуальный (когнитивный) уровень, в котором находят отражения представления больного о своем заболевании, его развитии и причинах; 4) мотивационный уровень, включающий в себя отношение больного к заболеванию, готовность к изменению поведения и образа жизни, планирование и реализацию деятельности по возвращению здоровья (Психология кризисных и экстремальных ситуаций..., 2014). Комбинация всех перечисленных уровней создает у больного человека «модель своего заболевания», которая определяет характер и интенсивность переживаний, а также поведение человека.

Болезнь становится серьезным испытанием не только для самого болеющего, но и для всей его семьи. Дестабилизирующий эффект болезни зависит от многих факторов, таких как: преморбидные особенности личности, тяжесть и длительность заболевания, финансовые возможности семьи, социальная поддержка, болезненность лечения и ограничения активности, динамика состояния и возможность выздоровления и т. д.

Ситуация болезни переживается наиболее остро и тяжело в случае витальной угрозы. Заболевание с витальной угрозой становится для больного человека и его семьи одновременно и жизненным кризисом, и экстремальной ситуацией, глубоко затрагивая все уровни человеческой жизни: соматический, эмоциональный, психологический, социальный, духовный. По мнению многих исследователей, адаптация человека к смертельному заболеванию имеет свою специфику и предполагает прохождение нескольких этапов, на каждом из которых решаются важнейшие психологические, социальные и мировоззренческие задачи. Главными из этих задач являются принятие болезни, продолжение жизни в условиях болезни, интеграция опыта болезни и качественная реконструкция личности (Психология кризисных и экстремальных ситуаций..., 2014). В результате изучения у онкологических больных первого этапа («осознание и принятие болезни»), определяющего переход от жизни «до болезни» к жизни «с болезнью» и запускающего последующие внутриличностные изменения, американский психолог Э. Кюблер-Росс выделила 5 стадий (Кюблер-Росс Э. О., 2001). Выделенные ею стадии (отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие болезни) в общем виде распространяются на процесс осознания и принятия любой тяжелой болезни, связанной с витальной угрозой, а также на процесс осознания утраты близкими умирающего человека.

2.3.3. Беременность

Беременность является переходным периодом в развитии женщины, который сопровождается существенными физиологическими и психологическими изменениями, затрагивает разные уровни существования будущей матери и требует особой адаптации к изменившейся ситуации. Беременная женщина решает сразу несколько социально-психологических задач, среди которых обычно выделяют следующие: 1) изменение самосознания и полоролевой идентификации, 2) изменение образа жизни, 3) установление сбалансированных отношений с отцом ребенка, 4) формирование родительно-детских отношений и принятие роли матери, 5) интегрирование реальной ситуации беременности и ожиданий, мечтаний, фантазий, связанных с беременностью и рождением ребенка, и т. д. Кроме того, в период беременности повышается личностная уязвимость женщины, могут актуализироваться неразрешенные психологические конфликты, связанные с недопониманием в супружеских отношениях, дисгармоничным взаимодействием с собственной матерью, усиливаются сенситивность, внушаемость, тревога и беспомощность (Филиппова Г. Г., 2002).

Сторонники трансперсонального подхода большое внимание уделяют актуализации во время беременности личного пренатального опыта эмоционального взаимодействия с собственной матерью, включая сюда «эмоциональную конфронтацию», «проблемы идентификации с ключевой личностью», «перенос на ребенка функций объекта влечений, объекта привязанности». Авторы выделяют разные типы отношения к беременности, в основе которых лежат сознательное и бессознательное принятие или отвержение (там же).

Г.Г. Филиппова выделяет 6 стилей переживания женщинами беременности, беря за основу преобладающие эмоции, соматические ощущения и динамику состояния по триместрам: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий.

В качестве важнейшего фактора, обуславливающего отношение женщины к своей беременности и впоследствии к ребенку, психологи отмечают желанность или запланированность беременности (при этом беременность может планироваться обоими партнерами или же только женщиной) и нежеланность или случайность беременности (когда беременность является нежеланной для обоих партнеров). Огромную роль также играют истинные мотивы сохранения беременности, среди которых могут быть как конструктивные, способствующие «реализации чувства материнства», личностному росту и зрелости женщины, так и деструктивные, могущие привести к усилению эмоциональной дистанции между супругами и возникновению эмоционального отчуждения между матерью и ребенком. Конструктивные мотивы обычно связывают с чувством любви. В качестве деструктивных мотивов рассматриваются следующие: попытка улучшить отношения в семье, удержать мужчину или вынудить его жениться, чтобы «быть как все», чтобы иметь «хоть одного близкого человека», чтобы доказать родителям свою взрослость и т. д. (Добряков И. В., 2010).

Крайне сложно определить тот порог, за которым беременность из трудной жизненной ситуации перерастает в личностный кризис.

Многие авторы подчеркивают субъективно переживаемую сложность первой беременности, прерывающей самостоятельное существование женщины и дающей начало безвозвратным материнско-детским отношениям, предъявляющей новые требования к осознанности и эмоциональной компетентности женщины. С другой стороны, не менее сложной и противоречивой представляется поздняя беременность (как первичная, так и повторная), в которой актуализируются компенсаторные мотивы, тревога и страх в связи с возможным прерыванием беременности по состоянию здоровья (Филиппова Г. Г., 2002). Особое место в жизни женщины занимает незапланированная беременность, которая нередко прерывается абортom.

2.3.4. Аборт

В России до сих пор тема аборта затрагивается в связи с теми последствиями, которые аборт имеет для здоровья женщины, и практически не рассматриваются психологические аспекты данного решения, зачастую являющегося результатом противоборствующих мотивов, убеждений, ценностей и отношений. То, как женщина переживает незапланированную беременность и последующий аборт, зависит от множества факторов: какой по счету является беременность, есть ли медицинские противопоказания для рождения ребенка, какие отношения у женщины с отцом ребенка, со своими родственниками, испытывает ли она давление с их стороны, какие планы и цели она ставила на предстоящий период жизни и т. д. Если беременность становится следствием насилия, то женщина может переживать стыд и страх, связанный с произошедшим, но не иметь близких теплых связей со своим будущим ребенком.

Аборт для нее может стать своего рода приостановлением травматической ситуации. Другое дело, когда женщина хотела бы рожать, но отец ребенка против и делает все, чтобы склонить ее к аборту, — эта ситуация, скорее всего, будет вызывать у женщины и чувство вины перед ребенком, и гнев, обиду на отца ребенка, что может стать началом серьезного кризиса отношений.

Исследования психологического состояния женщин после аборта затруднены: многие женщины скрывают факт аборта перед специалистами и родственниками, боясь осуждения, а если и раскрываются, то часто не связывают имеющиеся у них психоэмоциональные проблемы с абортом. Тем не менее многие исследователи выделяют следующие преобладающие эмоции, состояния и возможные отсроченные расстройства у женщин, переживших аборт: депрессия с чувством вины, стыд, тревога, агрессия различной направленности (агрессия на себя и на отца ребенка, на врача, на собственное окружение, агрессия к беременным женщинам, агрессия, направленная на детей), нарушения пищевого поведения, зависимости, аутодеструктивные расстройства, личностные изменения с актуализацией демонстративно-инфантильных черт, постабортный синдром (Angelo E. J., 1992; Speckhard A., Rue V., 1992).

Можно сказать, что аборт нередко является кризисной ситуацией, в которой, с одной стороны, находят отражение актуальные внутренние и межличностные конфликты женщины и которая, с другой стороны, сама может повлечь за собой серьезные изменения психоэмоционального состояния женщины.

2.3.5. Потери

В широком смысле к ситуациям потери можно отнести переживание любого неприятного события, связанного с лишением, утратой чего-то важного, эмоционально значимого. Так же как болезни, потери являются неотъемлемой частью

Под постабортным синдромом в зарубежных источниках рассматривается разновидность посттравматического стрессового расстройства с характерными для ПТСР явлениями (флэшбеки, избегание ситуаций, связанных с абортом, депрессия, кошмарные сновидения). Однако выделение данного синдрома не является общепризнанным.

человеческой жизни и отличаются по степени своего воздействия на нее: одни могут остаться незамеченными, другие могут существенно нарушать привычную жизнедеятельность человека и повлечь за собой глубокие изменения личности. На сегодняшний день в психологии нет четкого определения области применения понятия «потеря» и соответствующей классификации потерь. Некоторые авторы отождествляют «потерю» с «утратой». Другие отмечают большую применимость слова «утрата» к человеку (умершему, ушедшему), подчеркивая безвозвратность и значимость события, а слова «потеря» — к различным материальным ценностям (Заманаева Ю. В., 2007).

Объединяя разные подходы и взгляды, можно сказать, что к потерям относятся имущественные лишения (от потери отдельных предметов до потери жилья), финансовые потери, потеря работы, потеря животного, утрата близких отношений (дружбы, любви, доверия, уважения), утрата значимых людей (смерть близкого, уход, развод), утрата собственного физического благополучия (изменение здоровья и внешности), духовные и экзистенциальные потери (потеря смысла и ценности жизни, потеря веры, ощущения безопасности мира и т. д.). Данная классификация достаточно условна: реальная ситуация потери, как правило, затрагивает одновременно различные стороны человеческой жизни (например, утрата близкого человека сопровождается потерей духовных опор).

Смысловое содержание потери всегда индивидуально и уникально. Так, потеря работы, рассматриваемая исключительно как потеря источника средств для существования, будет переживаться совершенно иначе, нежели потеря любимой вдохновляющей работы; в свою очередь, последняя будет переживаться еще острее, если человек не имеет никакой возможности вернуться к интересной для него деятельности по состоянию здоровья и т. п.

Наиболее тяжелой потерей является утрата близкого человека в случае его смерти или ухода (подробнее см. в гл. 9). Многие авторы отмечают родство этих ситуаций, основываясь на эмоциональной и смысловой составляющих события, схожих стадиях, которые проходит человек, адаптируясь к жизни без близкого (умершего или ушедшего). Переживание утраты близкого — это процесс, на протяжении которого человек пытается разрешить сложнейшую задачу по нахождению смысла травмирующего события и включению его в свою жизненную историю. Если умерший или ушедший был особенно близок, то вместе с ним теряется смысл жизни, подрывается основополагающее чувство безопасности и стабильности мира, единства и непрерывности собственной жизни.

Многие исследователи, изучающие переживание утраты близкого (в случае его смерти), акцентируют внимание на различных аспектах этого процесса и выделяют стадии и уровни переживания утраты (Психология кризисных и экстремальных ситуаций..., 2014).

Переживание потери сопровождается практически любой личностный кризис, отражая те значимые отношения и сферы, которые претерпевают существенные изменения в жизни человека.

2.4. Ресурсы преодоления индивидуальных кризисов

В толковом словаре С. И. Ожегова ресурсы определяются, во-первых, как «запасы, источники чего-н.» и, во-вторых, как «средство, к которому обращаются в необходимом случае». Семантический анализ слова «ресурсы» позволяет выделить два различных подхода: исследовательский и прикладной.

Соответственно, можно выделить два подхода в рассмотрении ресурсов. «Объективный» подход представляет собой чисто интеллектуальное указание на наличие тех или иных запасов, которые умозрительно, ссылаясь на опыт других людей, можно использовать для преодоления кризисной ситуации. Такая аналогия с другими людьми апеллирует исключительно к когнитивной сфере человека, находящегося в ситуации кризиса. Кавычки в данном случае отражают то, что подобное знание о запасах и источниках, знание «рецептов» других людей не создает возможности доступа к ним для человека, находящегося в кризисной ситуации. Как следствие, эти источники не могут им цениться.

Второе определение ресурсов и соответственно второй, субъектный (индивидуальный), подход в понимании ресурсов заключается в указании на то, что собственно ресурсом при преодолении кризисных ситуаций являются только те средства и источники, к которым человек обращается. Обращаться — значит вступать во взаимодействие. Любое взаимодействие предполагает наличие эмоционального компонента, обеспечивающего запуск приближения или избегания — механизма, существующего у простейших организмов в виде тропизмов.

Классификации «объективных» ресурсов уместны в научных исследованиях. Но, как любые классификации, они имеют недостатки. Для специалистов помогающих профессий классификационный подход к ресурсам ведет к снижению избирательной чувствительности к уникальности ансамбля ресурсов каждого отдельного человека.

Специалист, способный оказать психологическую помощь, безусловно является одним из таких «объективных» ресурсов. Но только тогда, когда человек, находящийся в кризисе, внутренне принимает зарождающееся взаимодействие, начинает относиться к специалисту как «необходимому средству», можно говорить, что профессиональная психологическая помощь становится индивидуальным (субъектным) ресурсом.

Собственно, одна из задач психологической помощи заключается в переводе «объективных» ресурсов в субъектные или, как будем говорить далее, в индивидуальные ресурсы. Другими словами, помощь человеку заключается в создании условий доступности запасов и источников, превращении их в средства, необходимые в его случае.

Больше всего с категорией ресурсов ассоциированы и разработаны так называемые позитивные модели психотерапии и консультирования (от лат. *positus* — «выпавший, лежащий» (о явлениях природы); и «находящийся, расположенный» (о местности). Обобщенно эти модели оперируют ссылкой на «имеющееся у человека в наличии, данное» (латинское же *positivus* — «положительный» — говорит о желательности).

Уместно еще раз вспомнить, что же является необходимым в кризисной ситуации.

Преодоление, редукция остроты эмоционального компонента кризисных ситуаций происходит посредством копинг-поведения (coping). Таким образом, различные формы копинг-поведения, имеющиеся в распоряжении человека, являются ресурсами (средствами) для совладания с интенсивными и сверхинтенсивными эмоциональными переживаниями, но не являются достаточными для преодоления индивидуального кризиса. Следствием кризиса является вакуум в целеполагании, постановке целей. Благоприятный исход кризиса, его разрешение сопровождается возобновлением процессов целеполагания, которые невозможны в ситуации личностной неопределенности. Однако связь между трансформацией в когнитивно-эмоциональной сфере личности и целеполаганием в поведении не следует рассматривать как причинно-следственную, провоцируя дискуссию по типу «первичности курицы или яйца». Необходимость обращения к тем или иным средствам создается формированием у человека новых целей и стремлением достигать их. Ресурсы преодоления индивидуальных кризисов следует соотносить с целями.

Несомненно, число ресурсов у людей необычайно велико. В силу этого невозможно держать все их в поле зрения, и большинство из них оказываются недоступными для использования. Это могут быть как личностные качества, так и определенные знания, профессиональные умения. Такими опосредованными ресурсами, открывающими доступ к другим ресурсам, может быть что угодно — от домашнего животного до кредитного учреждения и т. д. Задачей психолога является привлечение внимания для обнаружения таких ресурсов.

Ресурсно-ориентированные специалисты склонны искать ресурсы везде и повсюду, например в прошлой жизни пациента. Иногда люди убеждены вне всяких сомнений, что за страдание ответствен определенный проступок, грех, совершенный ими по отношению к другим или совершенный другим лицом по отношению к ним. Чувство обиды или сильный гнев, возникающие из ощущения несправедливости и причиненного зла могут также (не отличаясь в этом от чувства вины) стать препятствием к наслаждению собственной жизнью.

Наша история — неотъемлемая часть нас. Когда мы думаем о прошлом как об источнике наших проблем, мы причиняем себе боль. Прошлое очень по-человечески отвечает негативно на критику и порицание и благосклонно к уважению и поглаживанию. Прошлое предпочитает быть увиденным как ресурс, как предание памяти, хорошее и плохое, и как источник мудрости, исходящей из нашего жизненного опыта.

Обычно, будто это само собой разумеется, господствует убеждение, что первопричина текущих проблем — в прошлых отрицательных переживаниях. Стало привычным думать, что неблагоприятный детский опыт (а также более поздние стрессорные события) оставляют свой след, отпечаток в памяти человека и проявляются в последующей жизни как симптомы. Взгляд, что прошлый травматический опыт — источник проблем в последующей жизни, конечно правдоподобен, по крайней мере в нашей культуре. Это мнение, однако, не является единственным, особенно при обращении к кризисным ситуациям. Противоположный взгляд, что прошлые тяжелые

испытания — ценный обучающий опыт тоже разумный. Убеждение клиента (не помогающего специалиста!), что трагедии прошлого делают его уязвимым и являются причиной последующих проблем, может становиться самоисполняющимся пророчеством. И наоборот, мысль о своем прошлом как о ресурсе способна помогать людям в достижении своих целей. Тогда прошлое обсуждается не как источник затруднений, а как ресурс. Человек может научиться видеть свои прошлые несчастья как тяжелые испытания, которые, кроме причинения страдания, вызвали что-нибудь ценное и стоящее. Мысль о том, что прошлое пациента способствовало увеличению его внутренних ресурсов не менее чем проблем, должна быть высказана в сердечной манере, предпочтительнее в форме рассказанной истории. Это входит в задачу клиента, а не психолога — произвести обзор своей прошлой жизни в соответствии с таким взглядом. Следует, однако, подчеркнуть: мнение, что неблагоприятные жизненные обстоятельства — даже мучительные — могут позднее, в ретроспективе, видаться как ценный обучающий опыт, никаким образом не оправдывает совершенное насилие, оскорбление или пренебрежение.

Клиенты зачастую являются экспертами по своим проблемам. Первая реакция на нарушение психосоциальной адаптации — генерация идей о том, что можно сделать, интуитивная оценка их экономичности (затратности), рисков и последующая их проверка в надежде на успех. Даже обращение за профессиональной помощью является частью такой активности. Клиенты уже представляют решения, которые оказались неэффективными, зачастую уже обсуждали свою ситуацию с друзьями, может быть читали книги, обращались к мнениям в интернете. Они выслушали предложения родственников, возможно и профессионалов тоже. Имея личный опыт жизни с проблемой, они, в известном смысле, являются экспертами в области традиционных взглядов на решение проблем, аналогичных их собственным.

Когда люди страдают от наличия проблемы, то, как правило, смотрят на нее как на врага, на несчастье, приносящее только горе и лишения. Однако позже, иногда по прошествии значительного времени, приходит понимание, что эта проблема, хотя и принесла немалые страдания, одновременно в чем-то помогла. Проблемы могут быть нам полезны, они облегчают разрешение других проблем или учат нас чему-то ценному, чего бы мы иначе не узнали. Даже такие трагедии, как безвременная смерть ребенка, могут годы спустя видаться как переживание, которое вызвало что-то ценное, например увеличение чувствительности к страданиям других. Проникновение в более светлую сторону *текущего* серьезного затруднения делает его легче выносимым; люди становятся более творческими в их разрешении. Часто оказывается, что люди больше способны на прогресс только после того, как поймут, что кроме боли их проблема несет что-то ценное. (Можно вслед за В. Франклом согласиться, что люди стремятся найти смысл своей жизни и в том числе смысл своих страданий. И фрустрация этой потребности в смысле создает экзистенциальный вакуум, не позволяет продвигаться вперед.)

Предлагая клиентам вопрос: «Есть ли что-то ценное, что вы узнали о жизни, о других людях или о себе, проходя этот сложный период?», важно помнить, что это нелегко сделать, когда проблемы острые. Например, такое предложение люди, недавно

пережившие утрату, могут счесть оскорбительным. Важно ни в коей мере не навязывать этот взгляд. Задача в том, чтобы мягко — предпочтительно при помощи истории, смысл которой понятен собеседнику — привлечь его внимание к возможности «проблемы, которая учит (или помогает)», после чего человеку предоставляется свобода решать самому, подходит ли ему такой взгляд на кризис.

Очень часто светлая сторона негативно переживаемых ситуаций становится видна позднее, когда человек способен оглянуться назад и представить вещи в разной перспективе. Чтобы помочь разобраться, можно задавать конкретизирующие вопросы о том, заметил ли клиент вследствие проблемы какой-то прогресс в своем личностном росте, физическом здоровье, семейных отношениях, работе, духовных вопросах, отношениях с друзьями, проведении свободного времени и т. д.

По данным С. Де Шезера (S. De Shazer) и его группы в Милуоки (США), почти 80 % от общего числа клиентов, приходящих в частную внебольничную клинику, сообщают о положительных изменениях с момента записи на прием и до фактического интервью (этот феномен известен как «долеченное изменение») (De Shazer S., 1985). Намеренное фокусирование даже на незначительных признаках прогресса помогает созданию плодотворной атмосферы во время сессии. Она способствует выявлению ресурсов, использованных клиентами для того, чтобы прогресс имел место. Когда имеются свидетельства прогресса, пусть даже небольшого, ограниченного, разговор о нем позволяет естественно двигаться в направлении таких конструктивных предметов, как то, что сделало улучшение возможным (и в том числе, что сделали разные люди, чтобы его вызвать). Об этом обязательно нужно спросить, ведь многие люди думают, что изменение не настолько значительно, чтобы о нем сообщать; оно им кажется совсем маленьким по сравнению с крупными проблемами, стоящими перед ними.

Разговор о достигнутом прогрессе ведет очень естественно к вопросу о том, как его объяснить (объяснение прогресса, а не проблемы!). Это, в свою очередь, богатый источник информации, подсказывающий, что было полезным до сих пор, каковы индивидуальные ресурсы. Собственные идеи клиентов о том, что им помогло, могут быть использованы как начальные сведения, по которым разрабатываются будущие планы. Тема прогресса функционирует как трамплин для открытия новых решений: «Вы сказали, что сейчас ваша ситуация несколько лучше. Как вы объясняете эту перемену?»

Разговор об улучшении, прогрессе — минимальном ли или существенном, временном ли или продолжительном — является приемлемой (приятной) темой, которая ободряюще действует на людей. Еще один способ создания такой атмосферы — обсуждать исключения или периоды временного отсутствия проблемы. Например, когда ребенок, который «все время дерется» или «все время лжет», в течение какого-то периода «проявляет готовность к сотрудничеству» или «честен». Фокусирование на исключениях позволяет людям понять, что проблема не вечна и есть основания думать, что сами они обладают большим контролем над проблемой, чем кажется на первый взгляд: «Можете ли Вы вспомнить случаи, ситуации, когда вам удавалось устоять перед соблазном реагировать так, как вы обычно делаете? Как это вам удается?»

Инсу Ким Берг (Kim Berg I., 2007) выявила в описаниях пациентов два типа исключений: обдуманнные и случайные. Обдуманное исключение — это такое, создание которого человек способен описать шаг за шагом. Ясно, что его задача — поступать так чаще. Случайное исключение — когда успех приписывается кому-то или чему-то: «Когда я проснулся, светило солнце, и я почувствовал себя лучше». Тогда следует обсудить, что (вместе с солнцем) клиент делал, чтобы «день был хорошим», какие ресурсы (средства) в дополнение к солнцу он использовал.

Фокусирование на прогрессе и исключении — больше, чем просто техники обнаружения ресурсов, содействующих преодолению кризиса. Это способ поощрения оптимизма клиентов и помощи им в усвоении более дальновидного подхода к их проблемам и даже к жизни в целом.

В качестве прогресса можно рассматривать очень разные вещи. Например, мысль о том, что надо пробовать бороться с проблемой, намного лучше, чем отсутствие такой мысли; появление такой мысли должно несомненно приветствоваться психологом.

Успех, так же как и ухудшение, в большей степени, чем мы привыкли думать, является социально конструируемым феноменом. Чтобы успех случился (или чтобы случившееся было успехом), надо, чтобы кто-то его увидел и сказал о нем. В ходе социализации реакции других людей интериоризируются, но сам механизм социального конструирования успеха продолжает действовать постоянно (Ялов А. М., 1997).

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы различия между понятиями «одиночество», «изоляция», «уединение»?
2. В чем суть понятия «диффузное одиночество»?
3. Как понимают одиночество в психологии экстремальных и кризисных ситуаций?
4. Какие виды одиночества вы знаете?
5. Какие причины могут лежать в основе формирования состояния одиночества?
6. Какие факторы оказывают решающее влияние на формирование состояния одиночества у взрослого человека с точки зрения представителей психодинамического направления?
7. Каковы механизмы формирования диссоциированного одиночества?
8. Раскройте понятие «кризис развития». Что его отличает от «возрастного кризиса»?
9. Кем было введено понятие «возрастной кризис»?
10. Назовите фазы развития возрастного кризиса. Каково их психологическое содержание?
11. Чем вызвана острота переживания кризиса трех лет?
12. Назовите основные задачи подросткового периода.
13. Как отличить нормативное течение возрастного кризиса от ненормативного?
14. Какие события могут послужить причиной развития детского ненормативного кризиса?
15. Опишите спектр переживаний, сопровождающих ненормативный кризис у детей.

16. Какие причины могут лежать в основе отказа посещать школу ребенком, переживающим ненормативный кризис.
17. В чем заключается сущность кризиса профессионального развития?
18. Какие виды кризисов профессионального развития являются нормативными?
19. Какие существуют ненормативные профессиональные кризисы?
20. В чем заключаются признаки кризисов профессионального развития?
21. Что может быть следствием профессионального кризиса?
22. Что такое профессиональные деструкции?
23. Назовите виды профессиональных деструкций.
24. В чем заключается сущность профессионального выгорания?
25. Почему растет потребность в творческих людях?
26. Какие преимущества есть у творческих людей?
27. В чем может проявляться творческий потенциал человека?
28. Каковы этапы творческого поиска?
29. Что приводит к возникновению творческого кризиса?
30. Каковы ресурсы преодоления кризиса творчества?
31. Назовите основные характеристики экзистенциального кризиса?
32. Что является основой возникновения у человека экзистенциальных проблем и переживаний?
33. Каковы центральные проблемы существования человека, выделенные экзистенциальной психологией?
34. Какова роль осознания человеком смысла и ценностей жизни в возникновении экзистенциального кризиса?
35. Каковы возможные причины экзистенциального кризиса?
36. Какова роль экзистенциального кризиса в жизни человека?
37. Что значит лиминальность, с какими понятиями она связана?
38. В какие периоды жизни и по каким причинам возникает состояние лиминальности?
39. Опишите психологическое содержание понятия «лиминальность».
40. Что может способствовать преодолению состояния лиминальности?
41. В чем заключается сущность духовного кризиса?
42. Чем отличается духовный кризис от экзистенциального?
43. Каким образом человек может преодолевать духовный кризис?

Глава 3

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

3.1. Определение понятий

3.2. Экстремальные психические состояния
как реакция на ситуацию

3.3. Параметры психического состояния

3.4. Виды экстремальных состояний

3.5. Психические функции
в экстремальных состояниях

3.6. Влияние средств массовой информации
на психологическое состояние населения

3.7. Психологические аспекты профессиональной деятельности
в экстремальных условиях

3.1. Определение понятий

В настоящее время психические явления подразделяют на процессы, свойства и состояния. Однако впервые психические состояния получили «признание» лишь в 1964 г. с выходом книги Н. Д. Левитова «О психических состояниях человека». Данную психологическую категорию в дальнейшем продолжают изучать многие ученые (К. К. Платонов, А. О. Прохоров, В. А. Ганзен, В. М. Мясищев, Т. А. Немчина, Е. П. Ильин, П. К. Анохин и др.).

Психические состояния, будучи проявлением психики и влияя на протекание психических процессов и деятельности в целом, являются важным аспектом жизнедеятельности человека. В 2001 году Л. В. Куликов систематизировал в хрестоматии ряд важнейших практических и теоретических исследований в области психических состояний (Куликов Л. В., 2001). При этом некоторые из этих авторов отмечают, что психические состояния остаются недостаточно изученной областью психологии в настоящее время и не теряют своей актуальности.

Для психологии экстремальных ситуаций наиболее важным является определение понятия «экстремальное состояние».

Экстремальные состояния объединяют состояния, в которых человек испытывает динамическое рассогласование.

«При динамическом рассогласовании нарушается ее (адекватная мобилизация. — *Авт.*) основная закономерность — уровень работы по восприятию информации не соответствует ожидаемому (закономерному) физиологическому состоянию» (Энциклопедический словарь по психологии и педагогике, 2013).

Для экстремальных состояний характерны нарушения как физиологических реакций, так и психологических, поведенческих. Считается, что физиологические изменения больше связаны с воздействием физических или химических стимулов, а поведенческие — с воздействием информационно-семантических. Чаще всего встречаются смешанные реакции, когда первоначальные физиологические изменения влекут за собой поведенческие реакции или изменение психологических параметров влияет на изменение физиологического состояния.

Толковый словарь С. И. Ожегова (М., 1949–1992) дает следующее толкование слова «экстремальный»: «крайний, необычный по трудности, сложности». Исторический словарь галлицизмов русского языка Н. И. Епишкина (М., 2010) определяет слово «экстремальный» как «достигший наивысшей точки, крайний, предельный» (например, экстремальная температура); «выходящий из рамок обычного, чрезвычайный (по сложности, трудности, опасности и т. д.)» (например, экстремальные условия).

Таким образом, важно отметить, что понятие «экстремальный» подчеркивает необычность, сложность какого-то явления.

В литературе можно встретить близкие по смыслу понятия, а именно термины «напряженные ситуации» (М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович, В. А. Пономаренко),

«крайние условия» (Л. Г. Дикая), «сложные ситуации» (А. В. Либин), «стрессовые ситуации» (Г. Селье, Л. А. Китаев-Смык), «острособытийные ситуации» (В. В. Авдеев), «чрезвычайные ситуации» (А. Ф. Майдыков), «нештатные условия» (В. Д. Туманов), «особые условия» (С. А. Шапкин, Л. Г. Дикая), «экстремальные ситуации» (Т. А. Немчин, В. Г. Андросюк, В. И. Лебедев, Г. В. Суворов, М. П. Мингалиева, Т. С. Назарова и В. С. Шаповаленко).

«Экстремальная ситуация (ЭС) (лат. *extremum* — крайнее, предельное; *situatio* — положение) — понятие, посредством которого дается интегративная характеристика радикально или внезапно изменившейся обстановки, связанных с этим особо неблагоприятных или угрожающих факторов для жизнедеятельности человека, определяющих реализацию угрозы жизни и здоровью человека, а также высокой проблемностью, напряженностью и риском в реализации целесообразной деятельности в данных условиях» (Новейший философский словарь. <http://www.slovopedia.com/6/221/771421.html>).

Понятие «экстремальное состояние» определяется как «состояние крайне выраженного дисбаланса между силой воздействия внешней ситуации и внутренними адаптационными возможностями» (Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М., 2010, с. 11).

Экстремальная ситуация, являясь, как правило, внезапно возникшей, угрожающей жизни и зачастую общей для большого числа людей, в отличие от кризисной не всегда носит личностный характер. Индивидуальные характеристики психического состояния человека при таких сверхсильных воздействиях могут нивелироваться, так как на первый план выступают «аварийные» биологические защитные реакции. В экстремальной ситуации личностная структура человека способна достаточно длительное время оставаться относительно интактной, однако эмоциональное перенапряжение при неблагоприятном сочетании ряда факторов может вызвать у него различные психосоматические и психопатологические последствия психогенного характера. В то же время экстремальные ситуации далеко не всегда являются психотравмирующими. В ряде случаев после кратковременной острой реакции наступает мобилизация не только привычных ресурсов, но и сверхобычных для человека способностей и возможностей.

Вследствие экстремального состояния *потенциально могут* разрушиться представления о мире и произойти личностные изменения. Однако важное *отличие от кризиса* состоит в том, что здесь рассогласование катастрофически изменившейся картины мира и личностной активности *вызвано резкими изменениями объективной ситуации*, а не логикой развития самой личности и ее отношений с миром (там же, с. 12).

Авторы также разводят понятия экстремальные и чрезвычайные ситуации (ЧС), которые в литературе часто используются как синонимы. Чрезвычайными они называют такие ситуации, которые *объективно* квалифицируются как обстоятельства потенциально разрушающего катастрофического свойства, в отличие от экстремальных, включающих *внутреннее* состояние человека, *субъективно* отражающего эту ситу-

ацию как экстраординарную. Экстремальные состояния чаще всего возникают в ЧС, отличающихся внезапным, мощным воздействием, но не для всех людей, оказавшихся в чрезвычайных ситуациях, она оказывается экстремальной (там же, с. 9).

«Чрезвычайная ситуация (ЧС) — это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь... за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей» (Закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21 декабря 1994 № 68-ФЗ (СЗРФ 94–35)).

Существует точка зрения, дифференцирующая ЧС и ЭС по критерию неотвратимости катастрофических последствий: если катастрофа может произойти и происходит, но негативные последствия еще не реализованы и их можно при определенных условиях предупредить, избежать или минимизировать — ситуация экстремальная, а если возникновение катастрофических последствий невозможно остановить или они уже наступили, требуется оказание помощи по спасению пострадавших и ликвидация последствий — ситуация чрезвычайная.

Итак, чрезвычайная ситуация (ЧС) — объективно зафиксированная экстраординарная ситуация, которая влечет за собой широкий спектр негативных последствий: санитарно-эпидемиологических, экологических, социальных, экономических. Экстремальная же ситуация (ЭС) может быть охарактеризована как чрезмерно сильное давление на индивида внешних обстоятельств (в самом широком смысле), требующее значительного включения внутренних ресурсов. К таким обстоятельствам могут относиться чрезмерная скорость изменения внешней ситуации, объективная угроза жизни и здоровью и т. д. ЭС часто является угрожающей жизни человека (или группы людей), сопровождается предельными по интенсивности переживаниями и экстремальным состоянием. Вместе с тем оба понятия связаны, так как экстремальные ситуации с наибольшей вероятностью могут возникнуть в ЧС.

Экстремальные и чрезвычайные ситуации классифицируются по следующим параметрам:

- степень внезапности — внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые);
- скорость распространения — развитие ситуации может носить взрывной, стремительный, быстро распространяющийся или умеренный, плавный характер;
- возможность вмешаться, предупредить закономерное развитие ситуации, определить осуществимость изменения хода событий, предупредить возможность нанесения ущерба или уменьшения его объема.

ЧС классифицируют также:

- по масштабу распространения — локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные. К локальным, местным и территориальным относят ЧС, не выходящие за пределы одного функционального подразделения, производства, населенного пункта; региональные, федеральные и трансграничные ЧС охватывают целые регионы, государства или несколько государств;
- по продолжительности действия — могут иметь кратковременный характер или затяжное течение;
- по характеру — преднамеренные (умышленные) и непреднамеренные (неумышленные). К первым следует отнести военные конфликты, террористические акты и др. Непреднамеренными по характеру своего происхождения являются стихийные бедствия. К этой группе относится также большинство техногенных аварий и катастроф;
- по источнику происхождения:
 - техногенного характера (транспортные аварии и катастрофы, пожары и взрывы, аварии с выбросом аварийно-химических отравляющих веществ и отравляющих веществ, аварии и катастрофы с выбросом радиоактивных веществ или сильнодействующих ядовитых веществ, внезапное обрушение сооружений, аварии на электро- и энергетических системах или коммунальных системах жизнеобеспечения, аварии на промышленных очистных сооружениях, гидродинамические аварии);
 - природного происхождения (геофизические, геологические, метеорологические, агрометеорологические, опасные морские гидрологические явления, природные пожары, т. е. связанные с изменением состояния литосферы — суши (почвы, недр, ландшафта); состава и свойств атмосферы (воздушной среды); состояния гидросферы (водной среды); состояния биосферы; инфекционные заболевания людей, животных и растений);
 - биолого-социального характера (голод, терроризм, общественные беспорядки, различные акты насилия).

Оценка масштаба чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (определение границ зон и адекватного реагирования, определение объема сил и средств, привлекаемых для оказания помощи) осуществляется в зависимости от количества людей, пострадавших в этих ситуациях; численности населения, у которого нарушены условия жизнедеятельности; размера материального ущерба.

Своевременное прогнозирование возможности и условий возникновения экстремальных и чрезвычайных ситуаций позволяет осуществить меры по предупреждению или минимизации ущерба. Если в процесс возникновения, например землетрясений, вмешаться нельзя, то можно обеспечить конструктивную защиту жилищ и технических объектов от разрушений или эвакуировать население до начала катастрофы. Особое значение это имеет для психологии, так как подготовка к экстре-

мальным ситуациям и выживанию в чрезвычайных ситуациях является действенным методом снижения риска их негативных последствий.

3.2. Экстремальные психические состояния как реакция на ситуацию

Как уже отмечалось, объектом, с которым работает психология кризисных и экстремальных ситуаций, является психическая деятельность здорового человека, закономерно реагирующего на среду обитания, в которой он находится. Ответная реакция со стороны психики на меняющиеся условия жизнедеятельности человека в современной психологии чаще всего описывается с помощью понятия «адаптация», отражающего многоуровневый процесс, направленный на поддержание гомеостаза.

Психическая деятельность происходит постоянно. Как правило, мы видим проявления этой работы, но не всегда знаем, сколько энергии человек тратит, решая задачи, приобретая умения, навыки, знания, разрушая или формируя убеждения, ценности, совершая выбор, создавая новый творческий продукт. Для реализации отдельных функций требуется разное количество затрачиваемой энергии, времени для ее осуществления. В основе психической деятельности лежит необходимость разрешения конфликта — наличия альтернативных целей жизнедеятельности и деятельности или способов их достижения при ограниченности ресурсов: временных, пространственных, энергетических, информационных, а иногда и при неразрешимости задачи в принципе, что и определяет вид ситуации, в которой оказался человек.

Длительно существующее неблагоприятное внешнее воздействие приводит к постепенному истощению адаптационных и компенсаторных механизмов личности. С точки зрения Ф. Б. Березина, эффективность психической адаптации нельзя рассматривать независимо от того, какие физиологические сдвиги влечет за собой напряженность ее механизмов. Он обращает внимание на *физиологическую цену успешности* (Березин Ф. Б., 1988, с. 163). Напряженность адаптационных механизмов, по его мнению, — это цена, которую организм платит за эффективное функционирование, за поддержание оптимального равновесия со средой. В связи с этим одним из критериев успешности адаптации является *соответствие адаптационного потенциала личности требованиям динамично меняющихся условий среды*, в результате которого достигается психический гомеостаз, обеспечивающий ощущение психического комфорта и реализацию целесообразного поведения.

В развитие этой идеи Ю. А. Александровский (1976) вводит понятие «*барьер психической адаптации*», указывая, что адаптационный барьер — это условная граница параметров внешней среды, в том числе и социальной, за которыми адекватная адаптация невозможна. Характеристики адаптационного барьера строго индивидуальны и, по мнению Александровского, зависят как от биологических факторов среды и конституционального типа человека, так и от социальных факторов и индивидуально-психологических особенностей личности, определяющих ее адаптационные возможности. Барьер психической адаптации динамичен — под влиянием жизненных обстоятельств его уровень постоянно колеблется.

При состоянии психического напряжения происходит приближение барьера адекватного психического реагирования к *индивидуальной критической величине*. При этом человек использует все свои ресурсы, чтобы осуществлять целенаправленное поведение и деятельность, полностью предвидя и контролируя свои поступки и не испытывая тревоги, страха и растерянности, препятствующих адекватному поведению. Если давление на барьер психической адаптации усиливается и все резервные возможности индивида оказываются исчерпанными, то происходит надрыв адаптационного барьера на различных уровнях личностной организации: *биологическом* (вегето-висцеральном), *психологическом* (эмоциональном, мотивационном) или *социальном*. Вследствие этого резко сужаются рамки адекватной приспособительной психической деятельности, появляются качественно и количественно новые формы приспособительных, в первую очередь защитных, реакций (Александровский Ю. А., 2000, с. 31).

В экстремальной ситуации при отсутствии психической устойчивости зрелые защитные механизмы, приобретенные человеком на протяжении жизни, блокируются более примитивными архаичными формами реагирования. Включающиеся в таких случаях аварийные защитные механизмы приводят, как правило, к онто- и филогенетически регрессивным реакциям, что затрудняет или исключает поиск новых решений.

В современных условиях, когда экстремальные ситуации не являются экологически обусловленными (на человека редко охотится хищник), такие архаичные защитные реакции включаются в техногенных и антропогенных, да часто и в природных опасных и особо опасных условиях. Недооценка ситуации в то время, когда события требуют мобилизации всех сил для четкой ориентации в происходящем, максимальной концентрации на полезном результате — для устранения угрозы, может приводить к реализации угрозы. Спасение в опасных и особо опасных условиях, возможно и случайное, без мобилизации сил для ее преодоления и, соответственно, без переживания данной ситуации как экстремальной не позволяет выявить действенные способы ее разрешения и, создавая иллюзию разрешения, лишь снижает готовность к преодолению таких ситуаций в последующем. Переживание обыденной ситуации как экстремальной часто отражает наличие у человека психических заболеваний. Столкновение с чрезвычайно сложными, неразрешимыми задачами или восприятие задач таковыми истощает запасы энергии, сил, вызывает травматизацию психики, разрушение или истощение отдельных психических ресурсов, необходимых для поддержания гомеостаза.

Снижение или слом адаптационных возможностей человека в напряженных, кризисных или экстремальных ситуациях приводят к *психической дезадаптации* личности. Проявления дезадаптации сходны по симптоматике с пограничными нервно-психическими нарушениями. Психическая дезадаптация личности может развиваться стремительно, если личность столкнулась с непереносимой, чаще всего экстремальной, ситуацией или исподволь, если стрессовая ситуация имеет растянутый во времени характер (возрастной кризис, тяжелая болезнь и др.). Процесс развития психической дезадаптации проходит через несколько стадий:

- 1) напряжение адаптационных механизмов;
- 2) парциальная психическая дезадаптация (предболезнь или группа риска);

- 3) тотальная психическая дезадаптация (высокая группа риска или пограничная нервно-психическая/психосоматическая патология).

Суть синдрома психической дезадаптации состоит в утрате или неадекватности психических форм реагирования на различные стимулы.

3.3. Параметры психического состояния

При обобщении различных характеристик и параметров психических состояний наиболее часто упоминаются:

- эмоциональные (эти характеристики иногда называют модальностными, понимая под модальностью качественное своеобразие: тревога, наслаждение, созерцание...);
- активационные (отражающие интенсивность психических процессов);
- тонические (отражающие тонус, ресурс сил индивида);
- тензионные (отражающие степень напряжения);
- временные (отражающие продолжительность, устойчивость состояний);
- полярность состояний, другими словами — знак описываемого состояния (благоприятное, положительное или неблагоприятное, отрицательное) (Психические состояния, 2001).

Рассматривая экстремальные ситуации, важно отметить, что параметрами состояний являются *активация* и *тонус*. Если в физиологии активация подразумевает высокий уровень функционирования головного мозга, его центральной нервной системы, то в психологии больший акцент делается на ясности сознания, а значит, и скорости принятия решений, их осуществления и, кроме того, на самом желании искать новые варианты преодоления трудностей, на желании изменять ситуацию.

Постоянная активность нервных центров, их готовность к действию в физиологии понимается как тонус. Тонус, как и активация, представляет собой стержневую характеристику состояния и ощущается человеком как присутствие или отсутствие энергии, определенный, большой или малый ресурс сил, потенциальная возможность движения к установленным целям, активного реагирования на имеющиеся либо возникающие сложности их преодоления. Для повышенного тонуса характерна готовность к длительной трудовой деятельности, субъективное ощущение человеком собственной внутренней собранности. В свою очередь, при пониженном тонусе отмечаются низкая работоспособность, усталость и несобранность, вялость и инертность, склонность к проявлению астенических реакций на существующие и возникающие трудности. В связи с этим высокий тонус как субъективное ощущение человеком наличия большого ресурса сил является весьма значимым для эффективного преодоления экстремальных ситуаций.

Рассматривая вопрос об оптимальном, т.е. наилучшем рабочем, состоянии систем организма на уровне, обеспечивающем успешное выполнение деятельности, Е. П. Ильин (2005) выделяет ряд критериев: максимальное проявление функции, дли-

тельность поддержания максимума функции, малая колеблемость уровня функции, адекватность реагирования, инерционность (устойчивость), быстрота достижения максимума (быстрое вработывание) и успокоения после работы системы, синхронность работы блоков функциональной системы.

Интересен вопрос влияния эмоционального тона на функционирование организма. Д. Хебб (1955) отмечает, что типичным является усиление перцепции, повышение скорости и энергичности действий. Автор связывает данные изменения с работой ретикулярной формации. Однако важно помнить, что чрезмерно высокий уровень активации разрушает, дезорганизует всю деятельность человека, его поведение.

Бигунец В. Д. (2004) также заметил, что при возрастании возбуждения можно наблюдать сужение поля внимания, а значит, количество, диапазон сигналов сокращаются. Сокращение числа необходимых сигналов затрудняет принятие решения. Автор отмечает, что концентрация внимания вначале усиливается, поскольку устраняются прежде всего несущественные, отвлекающие внимание сигналы. Однако когда в дальнейшем выпадают и сигналы, важные для выполнения задачи, уровень организации действий снижается.

Г. Мюррей (1938) подчеркивает, что в экстремальной ситуации задачи, которые легко выполнить, меньше подвержены эмоциональному возбуждению, чем задачи, которые представляют большую сложность. Из этого следует, что могут возникать ситуации, когда некий уровень возбуждения увеличивает эффективность одних действий (простых), а других (сложных) снижает.

Значительные изменения психического состояния при длительных психотравмирующих ситуациях подчеркивает и Ц. П. Короленко (1978). Он указывает, что изменения могут выражаться, в частности, в отсутствии собственных оценок в межличностных отношениях. Появляющиеся состояния похожи на симптомы психи-

Состояния имеют свою внутреннюю структуру. Она описана в работах В. А. Ганзена и В. Н. Юрченко (1976; 1981), Ю. Е. Сосновиковой (1975) и других ученых. В. А. Ганзен и В. Н. Юрченко выделили четыре структурных уровня: социально-психологический, психологический, психофизиологический и физиологический (Куликов Л. В., 2001).

Э. Даффи (1934, 1941) считает, что высокая активация нарушает способность тормозить моторные реакции, что вызывает импульсные двигательные реакции, чрезмерную поспешность. Существенное эмоциональное напряжение, вызванное психогенными факторами, приводит к увеличению мышечного напряжения, что отражает высокую активацию, и в то же время нарушается точность выполняемых мыслительных операций.

Длительные экстремальные ситуации неблагоприятно влияют на деятельность человека и могут вызвать нарушения поведения. Р. Гринкер и Д. Шпигель в монографии «Человек под влиянием стресса» (1945) описывают исследование летчиков США, у которых в результате участия в воздушных боях возникали различные состояния — тревога, невроз, страхи, психосоматические проявления. При этом было отмечено, что невротические реакции имели в том числе и адаптивное значение (для сохранения чувства собственного достоинства).

Важное методологическое значение имеет утверждение, что экстремальность может быть разной степени выраженности.

Так, например, Н. И. Наенко считает, что условия деятельности могут быть: 1) трудными; 2) параэкстремальными; 3) экстремальными. К этой классификации В. Л. Марищук добавляет четвертую категорию — паратерминальные (*пара* — от лат. «около», *термус* — «конец») условия. В данных классификациях за критерий берутся объективные условия среды и постепенное их усложнение (нарастание экстремальности). Так, под трудными условиями ученые понимают выполнение достаточно сложной для субъекта деятельности при повышенной значимости результата. Параэкстремальные и экстремальные условия характеризуются жесткими требованиями, риском, высокой ценой возможной ошибки, а экстремальные еще и угрозой дальнейшему биологическому или социальному существованию субъекта (см.: Зайцев Г. С., 2014, с. 26).

ческих заболеваний, однако они исчезают, если действие экстремальной ситуации кратковременно и завершается. При длительном воздействии изменения в личности человека могут быть необратимы. Одно из изменений, которое малоадаптивно, — развитие апатии, пассивности, т. е. отсутствие активности в решении создавшейся ситуации (человек может расценить ситуацию как безнадежную).

Таким образом, экстремальное воздействие может вызвать и психосоматические, и психические заболевания. Психосоматические изменения могут быть проявлены в виде появившихся сосудистых заболеваний, болезней ЖКТ (например, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки).

В экстремальных ситуациях будет проявляться чувство напряженности, одно из важных параметров состояния.

«Напряжение: 1. Вообще — усиление нагрузки или натяжения или состояние такой нагруженности или натяжения. 2. Эмоциональное состояние, характеризующееся беспокойством, тревогой, волнением и общей диффузной готовностью действовать» (Толковый словарь по психологии, 2013. http://psychology_dictionary.academic.ru/4486).

Напряжение связано с готовностью действовать, т. е. изменять поведение, когда воздействуют угрожающие факторы. Среди факторов напряжения могут быть дефицит времени, недостаток информации и др.

В. И. Евдокимов, В. Л. Марищук, А. И. Губин (2008) указывают, что при широкой распространенности в психологии и медицине понятия «экстремальные условия» и «оптимальные условия» до настоящего времени не определены достаточно четко.

Рассматривая эти определения с позиций адаптации живых организмов, можно полагать,

что оптимальными являются те условия жизнедеятельности, которые не требуют каких-либо чрезмерных напряжений и определяют быстрое восстановление функциональных резервов организма после внешних или внутренних воздействий. При оптимальных нагрузках функции организма регулируются экономично с ощущением чувства комфорта.

При *параэкстремальных* (околоэкстремальных) условиях отмечается приспособительная мобилизация функциональных резервов. Н. И. Наенко (1976) называет их *оперативной напряженностью*, В. Л. Марищук — *оперативным напряжением*, так как в соответствии со взглядами К. К. Платонова *напряженность* (в отличие от напряжения) — это *всегда негативное состояние*.

Если же *воздействия* со стороны внешней среды или возмущение функций во внутренней среде оказываются *чрезмерно высокими*, организм переходит на предельный уровень регуляции, и тогда можно говорить об *экстремальных условиях жизнедеятельности*, об *экстремальных факторах воздействия*, о *развитии экстремальной ситуации*, о *стрессе*.

Экстремальные условия (лат. *экстремум* — «крайние точки», «критические состояния») — это очень жесткие максимальные или минимальные условия, которые ведут к появлению функциональных состояний, определяемых как динамическое рассогласование, и обуславливают необходимость перестройки систем гомеостатического регулирования за счет максимальной мобилизации резервов организма. *Степень напряжения* адаптационного процесса (признаки частичной или полной дезадаптации) *является мерой экстремальности*. Данный подход сопоставляет специфику раздражителя с физиологическими возможностями организма.

Экстремальное воздействие среды вызывает срыв гомеостаза, истощение (перенапряжение) функциональных резервов и эмоций. Эмоциональный фон в это время понижен (истощен) и состоит в основном из отрицательных эмоций.

Существует классификация напряженности по двум следующим основаниям (Марищук В. Л. и др., 1969):

- 1) характер нарушений в деятельности. Здесь выделяют формы напряженности: *тормозная, импульсивная и генерализованная*;
- 2) сила, стойкость этих нарушений. В данном основании также выделяют *три вида* напряженности: *незначительная, быстро исчезающая; длительная и заметно сказывающаяся на процессах деятельности, и длительная, резко выраженная, практически не исчезающая*, несмотря на профилактические меры.

При тормозной форме отмечается замедление выполнения интеллектуальных операций (в особенности затруднения наблюдаются в переключении внимания, формировании новых навыков и способности выполнять привычные действия). При данной форме значительно снижаются ресурсы нервной системы, что проявляется в общей заторможенности организма.

При импульсивной форме отмечается увеличение количества ошибок (хотя темп работы может оставаться прежним или даже увеличиться), появляются склонность

к импульсивным, неосмысленным, поспешным действиям, суетливостью. При данной форме понижается активность тормозного процесса.

При генерализованной форме наблюдаются сильное возбуждение и ухудшение исполнения заданий, снижение темпа и увеличение количества ошибок, что в целом может приводить к общему срыву деятельности, к нежеланию бороться с опасностью.

3.4. Виды экстремальных состояний

А. Б. Леонова и В. И. Медведев (1981) выделяют реакции организма на экстремальные ситуации двух типов: *адекватные формы реакции* и *реакции тревоги*. Отличительным признаком, позволяющим отнести реакцию к тому или иному типу, авторы считают направленность реакции (Леонова А. Б., Медведев В. И., 1981).

Важно отметить, что любая реакция на экстремальную ситуацию включает тревогу. Указанные авторы, однако, ставят акцент не на наличие или отсутствие тревоги, а на специфике психической деятельности в экстремальной ситуации.

Особенность адекватных форм ответа заключается в том, что реакции организма специфичны, осознанны и непосредственно *направлены* на преодоление возникающих экстремальных факторов. Целенаправленность данных реакций проявляется в наличии плана действий на основе анализа всей ситуации. Мотивация деятельности до возникновения и после воздействия экстремального фактора практически не изменяется.

Характерной особенностью адекватной формы ответа является ее целенаправленность, связанная с формированием плана действий на устранение или минимизацию воздействий экстремальных условий. Такая целенаправленная организация определяет и симптоматику типичных проявлений этого состояния.

Б. А. Смирнов, Е. В. Долгополова (2007), описывая в своей работе психологические функции и их работу, указывают на их диссоциацию, к примеру повышение порогов чувствительности анализаторов, которые непосредственно не участвуют в выполнении деятельности. Повышение концентрации внимания снижает чувствительность порогов анализаторов и при воздействии экстремальных факторов сопровождается игнорированием всех второстепенных сигналов, не связанных с непосредственной деятельностью. Избирательность работы памяти заключается в запоминании только того материала, который необходим, имеет значение. Мышление характеризуется увеличением продуктивности, скорости поиска и оценки возможных выходов из ситуации, гибкости (Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., 2007).

В поведении человека стереотипные реакции дополняются реакциями, учитывающими и саму ситуацию, и поведение становится более гибким. Поиск выхода из ситуации не может не сопровождаться ошибками, как и поиск нового алгоритма действия. В мотивационной сфере ярко выраженными становятся одни мотивы и подавляются другие. Усиливается роль волевых качеств человека.

Особенность форм ответа, связанных с тревогой, заключается в том, что реакции организма малоспецифичны и направлены в первую очередь на сохранение

функционирования организма. При такой форме ответа сознательный контроль над реакциями ослаблен. Мотивация деятельности после воздействия экстремального фактора снижается (или изменяется).

Тревога

Тревога (англ. *anxiety*) — переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного, предчувствием грядущей опасности. Отличается от страха, являющегося реакцией на конкретную, реальную опасность (Подробнее см.: <http://www.anupsy.ru/glossary/trevoga>).

Реакция тревоги возникает для сохранения функционирования организма и (только в меньшей степени) для сохранения структуры деятельности. В тревоге сознательный контроль ослаблен, а в тяжелых случаях может развиваться и паника.

Выделяют три основные формы ответа в условиях реакции тревоги: малая, средняя и крайняя степени. *Малая степень* психологически может быть описана в стремлении проанализировать внешний раздражитель (сопровождается изменением внимания, в частности его концентрации, памяти, в особенности оперативной). На поведенческом уровне проявляется в замедлении темпа работы. В целом же появление реакции тревоги малой степени не вызывает значительных эмоциональных сдвигов. Не меняются также общая направленность и соотношение мотивов деятельности.

При возрастании экстремальности развивается реакция тревоги *средней степени*. Данная степень характеризуется значительным повышением порогов сенсорных систем: происходят трансформация объемов для всех видов памяти и ухудшение выполнения задач, которые требуют определенной устойчивости и соответствующей концентрации внимания. Описываемые нарушения памяти и внимания приводят к увеличению количества ошибок в определенной сфере деятельности. Кроме того, существенно изменяется структура продуктивных и репродуктивных интеллектуальных операций. На поведенческом уровне наиболее существенным признаком является изменение мотивов деятельности, поскольку на первый план выходят мотивы переживания страха и ухода из возникшей экстремальной ситуации, что приводит к появлению ярко выраженного эмоционального напряжения.

А. Б. Леонова (1981) выделила две формы состояния тревоги крайней степени — пассивную и активную. При этом в *обоих случаях* происходит *утрата контроля над поведением*. В *пассивной форме* характерными признаками будут оцепенелость, выполнение действий без их осмысленности. Человек в таком состоянии может не понять обращенную к нему речь, контакт может быть крайне затруднен.

В *активной форме* проявляется стремление человека уйти из сложившейся ситуации (это могут быть и бегство, и лихорадочная деятельность). При этом отдельные беспорядочные действия не складываются в завершённую деятельность, логичное

При ретроспективном анализе обычно обнаруживается полная или частичная амнезия. Синдром раздвоения сознания приводит к снятию эмоциональной окраски собственных переживаний. Так, при опросе лиц, переживших стихийное бедствие, часто приходится слышать такую характеристику своих переживаний: «Как будто это и я, и не я, а кто-то другой, со стороны». Классическим примером активной формы реакции тревоги крайней степени является состояние паники (Дружинин В. Н., 2010).

Поскольку для активной формы реакции характерна двигательная доминанта, поведение нередко задается наиболее двигательнo-активным индивидом. Именно этим объясняется заразительность панического бегства людей, находящихся в состоянии активной тревоги, например с поля боя, с места пожара и т.п. В свете сказанного понятна роль примера, принимающего форму активных действий у людей, которые должны остановить панику (Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., 2007).

поведение. Люди в данном состоянии весьма внушаемы, хотя звучащие инструкции могут вызвать не только адекватную реакцию, но и продолжение хаотических действий (противоположных от выполняемых).

Ф. Б. Березин (1988) выделяет следующие последовательные стадии в формировании переживаний тревоги (*тревожный ряд*):

- 1) *ощущение внутренней напряженности*, которое еще не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, а служит лишь сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт;
- 2) *гиперстезические реакции*, когда на фоне нарастающей тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, раздражительность повышается;
- 3) *собственно тревога*, которая является центральным элементом ряда. Появляется ощущение неопределенной угрозы с невозможностью предсказать время возникновения угрозы, определить ее характер; при этом неадекватная логическая переработка из-за недостатка информации может привести к неправильному выводу;
- 4) *страх-тревога*, концентрированная на объекте, когда у субъекта создается впечатление, что тревогу можно устранить определенными действиями;
- 5) *ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы* на фоне дальнейшего нарастания интенсивности тревожных расстройств;
- 6) *тревожно-боязливое возбуждение*, когда психическая дезорганизация достигает своего максимума и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

Стресс

«Стресс (англ. *stress*) — состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе *деятельности* в наиболее сложных, трудных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах...» (Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. М., 2003).

Понятие «напряжение» тесно связано с понятием «стресс». *Стресс* — это интегральный (глобальный) ответ организма и личности на экстремальные воздействия, который захватывает изменения организма на разных уровнях — биохимическом, физиологическом, психологическом, социальном.

Г. Селье, известный ученый, создавший теорию стресса (теорию «общего адаптационного синдрома»), отмечает адаптивные функции стресса. Неспецифическая реакция адаптации включает три фазы: 1) реакцию тревоги, 2) стадию резистентности, 3) стадию истощения. Ресурсы организма, которые помогали человеку первое время, Г. Селье назвал «адаптационной энергией».

Важно отметить, что выраженность стресса будет зависеть от субъективной оценки самих людей в стрессовой ситуации. Изменив оценку, можно снизить или увеличить интенсивность стрессовой реакции.

Стресс как состояние затрагивает всю психику и влияет на характер и уровень психической активности в целом, а также на отдельные психические функции. Как указывают М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович, В. А. Пономаренко, в состоянии стресса нарушаются прежде всего сложные действия и интеллектуальные процессы, тогда как простые обладают относительно большей устойчивостью. Отрицательное влияние стресса выражается в ухудшении понимания, памяти, мышления, в скованности действий, несоразмерности или даже хаотичности движений. Положительные эффекты стресса проявляются в активизации психики, ускорении психических процессов, гибкости мышления, улучшении оперативной памяти и т. д. (Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А., 1985).

Степень стрессового воздействия зависит от следующих переменных: 1) характер индивидуального опыта субъекта, который может и затруднять, и облегчать приспособление; 2) значимость для индивидуума происходящего события; 3) стабильность психофизиологических и функциональных возможностей организма.

Аффект

«Аффект (от лат. *affectus* — душевное волнение, страсть) — сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние... связанное с резким

изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств и сопровождаемое резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в функциях внутренних органов» (<http://psychology.net.ru/dictionaries/psy.html?word=83>).

Под *аффектом* понимается состояние, противоположное нормальному, обычному, спокойному. Данное состояние возникает под влиянием сильных, внезапных впечатлений. Аффект не позволяет человеку быть рассудительным и проявлять волю.

В зависимости от способа нарушения душевного спокойствия человека аффекты подразделяются на *эксцитирующие* (т. е. возбуждающие), в частности гнев, месть, радость, и *угнетающие*, например скорбь, печаль и т. д.

Весьма сильным аффектам могут сопутствовать потеря памяти и сознания. Аффект сопровождается яркими внешними проявлениями (мимикой, пантомимикой), речью, действиями.

Аффективные вспышки могут возникать и при сильных положительных эмоциях («не помнит себя от радости», «потерял голову от восторга»).

Обычно в состоянии аффекта человек не способен себя контролировать. Прежде всего аффектам подвержены люди со слабым самоконтролем, неразвитыми волевыми и моральными качествами (развитие последних предполагает самообладание).

Ослабить или предупредить аффект может отвлечение и переключение внимания. Об этом говорит и житейская мудрость: вспльчивым людям в момент возбуждения рекомендуется сосчитать до ста или заняться каким-либо делом: копать, клеить, мыть, убирать и т. п.

В таком случае сознание освобождается от эмоционального «захвата», и человек начинает отдавать себе отчет о своем состоянии и поведении, управлять ими (Сластенин В. А., Каширин В. П., 2001).

Фрустрация

«Фрустрация (от лат. *frustratio*— обман, тщетное ожидание) — психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания» (Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. М., 2003).

Состояние фрустрации, т.е. нарастающего внутреннего психического напряжения, может возникать в экстремальных условиях. Для появления фрустрации необходимо наличие следующих двух условий:

- 1) сильная мотивация для достижения цели (удовлетворения потребности);
- 2) преграды, непреодолимые (или субъективно так воспринимаемые) трудности на пути к достижению цели.

Степень переживания фрустрации зависит от силы препятствия, от привычных форм реагирования на него, от опыта, умений, от устойчивости к препятствиям (фрустрационной толерантности).

Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физические (например стены тюрьмы), биологические (болезнь, старение), психологические (страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультурные (нормы, правила, запреты).

Т. Дембо разделяла *преграды* на внешние и внутренние. *Внутренние* — те, что препятствуют достижению цели, а *внешние* — те, что не дают выйти из ситуации.

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения: а) двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные реакции; б) апатия; в) агрессия и деструкция; г) стереотипия — тенденция к слепому повторению фиксированного поведения; д) регрессия — понимаемая либо «как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида», либо как «примитивизация» поведения или падение «качества исполнения» (Василюк Ф. Е., 1984). Н. Майер важной характеристикой фрустрации считает поведение без цели, т.е. утрату целевой ориентации.

Страх и паника

Весьма характерными экстремальными состояниями являются также страх и паника.

«Страх — эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В отличие от боли и других видов страдания, вызываемых реальным действием опасных для существования факторов, С. возникает при их предвосхищении» (Краткий психологический словарь / Л. А. Карпенко, А. В. Петровский. М., 1998).

«Паника (от греч. *panikon* — безотчетный ужас; от имени древнегреческого божества Пана, который, согласно мифу, своим безобразным обликом внушал людям неодолимый страх) — групповая реакция страха перед лицом реальной или воображаемой опасности, нарастающая в процессе взаимного психического заражения. Характеризуется общим упадком морально-психического состояния, утратой способности рационально оценивать обстановку, временной деформацией социальных мотивов, активным действием меха-

низмов подражания, беспорядочной подвижностью» (Популярная психологическая энциклопедия / сост. С. С. Степанов. М., 2005).

Страх — это психическое состояние, возникающее на основе инстинкта самосохранения. Страх имеет много причин как субъективного (мотивация, эмоционально-волевая устойчивость и т. п.), так и объективного порядка (особенности ситуации, сложность задач, помехи и др.). Существуют различные формы страха: *испуг, опасение, ужас, боязнь* и др. Самый сильный вид страха — *аффективный страх*.

Состояние страха характеризуется крайне негативным эмоциональным фоном, дезадаптацией, множеством отрицательных последствий для психики и организма. Можно отметить, что, испытывая страх, человек не способен воспринимать все стимулы среды, мышление становится замедленным, инертным, ригидным.

Индивидуальная паника в отличие от страха характеризуется большей неадекватностью реакции реальному размеру опасности. Основная черта панического поведения — стремление человека к самосохранению. По мнению В. М. Бехтерева, инстинкт самосохранения одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Защитные эмоции, выходя на первый план, снижают уровень самоконтроля, делают приоритетным физическое избегание опасности. Такое состояние человека, когда ему важно спасти самого себя, может сопровождаться тем, что человек обрекает прочих на гибель. Другими проявлениями паники могут быть беспомощность, неспособность рассуждать, спокойно принимать решения и взаимодействовать продуктивно с остальными. Весьма велика вероятность безрассудного подражания.

От индивидуальной паники следует отличать *панику массовую*, коллективную, которая превращает людей в неуправляемую толпу (об этом подробнее в параграфе 13.5). Психологически такой вид паники характеризуется состоянием массового страха перед реальной или воображаемой опасностью. Особенность массового страха в том, что он только нарастает от взаимодействия с другими, еще больше блокирует способность рационально мыслить и принимать решения отдельного человека. В толпе легко происходит внушение, которое может возникнуть от любого слова, резкого звука, внезапного движения. Данное явление связано с перевозбуждением психики.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, что предопределяет понижение сознательной активности. В итоге наблюдается неадекватность мышления, неадекватная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности («у страха глаза велики»), резкое повышение внушаемости (Семенова И. А., 2012).

Классифицируя панику *по масштабу*, можно выделить *индивидуальную, групповую* (от 2–3 до нескольких сотен человек) и *массовую панику* (людей больше тысячи или паника в замкнутом пространстве, например на корабле).

Классифицируя панику *по глубине заражения осознания*, можно выделить *легкую* (сохраняется самообладание, критичность, например при задержке транспорта),

среднюю (снижение критичности, возрастание страха, подверженность внешним воздействиям, например при пожаре, стихийных бедствиях) и *полную невменяемость*.

Если внешне легкая паника может выражаться как тревожное удивление, то полная паника сопровождается отключением сознания. Человек теряет контроль за поведением, это могут быть бессмысленные движения, хаотичные действия, иногда вызывающие усугубление ситуации, а не ее разрешение.

Классифицируя панику *по длительности*, можно выделить *кратковременную* (секунды, несколько минут), *длительную* (десятки минут, часы), *продолгованную* (несколько дней, недель).

Кратковременная паника — это, например, паника в автобусе, потерявшем управление. Достаточно длительной бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. Пролонгированная паника — это паника во время длительных боевых операций, например блокада Ленинграда, ситуация после взрыва на ЧАЭС.

Возникновение паники связано с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, а также накоплением состояния напряжения, когда катализатором может стать любой фактор (вспышка, громкий звук, обвал помещения, землетрясение). Возникновение и развитие паники в большинстве случаев связано с действием шокирующего стимула, сразу отличающегося чем-то заведомо необычным (например, сирена, возвещающая начало воздушной тревоги). Частым поводом для паники являются пугающие слухи.

Проявление паники колеблется от случаев истерического поведения до подавленного, апатичного, отрешенного; имеются случаи игнорирования опасности (иногда показного).

3.5. Психические функции в экстремальных состояниях

Изменения состояния людей, их активности в экстремальных ситуациях могут быть как позитивными, так и негативными (табл. 3.1).

Можно отметить, что наиболее важные негативные изменения, которые происходят в психофизиологической сфере,— это тремор, озноб, истощение, непроизвольное напряжение мышц, утрата координации движений, головокружение, тошнота, рвота, обморок, непроизвольное или учащенное мочеиспускание или испражнение.

Для *психомоторной сферы* характерны тремор (дрожание) рук, ног, озноб, изменение речи (срыв голоса, заикание, визгливость), ухудшение координации движений, появление скованности, замедленности двигательных реакций, суетливость, слабость

Таблица 3.1 Изменения состояния психики в экстремальных ситуациях

Сфера психики	Позитивные изменения	Негативные изменения
Психологическая	<p>Быстро адаптационных перестроек в организме (биологический эустресс); оптимальная интенсивность психологического стресса (эустресса и экстресса); повышенная выносливость к дискомфортным условиям; увеличение мышечной силы; повышение устойчивости к заболеваниям; снижение болевой чувствительности; повышенная толерантность к психогенным факторам</p>	<p>Тремор; озноб; гипергидроз; крайняя усталость; истощение; непроизвольное напряжение мышц; утрата координации движений; переживаемая сильная боль от полученных повреждений; неприятное ощущение холода, жары, голода и пр.; головокружение; тошнота; рвота; обморок; непроизвольное или учащенное мочеиспускание или испражнение</p>
Познавательная	<p>Снижение порогов чувствительности органов чувств; повышение внимательности; активизация мышления; ясность мысли, высокая скорость мышления; повышение доли быстрых, интуитивных решений; активизация прогностичности мышления</p>	<p>Ухудшение аналитичности, логичности,сообразительности, скорости мышления; ослабление творческих способностей, находчивости; сужение внимания; Туннельное мышление; ослабление способности к пониманию специфики ситуации; шаблонность оценки; забывание необходимой информации (инструкций, правил, рекомендаций); ухудшение наблюдательности; возникновение иллюзий восприятия; искаженное восприятие времени</p>
Эмоциональная	<p>Обострение высших чувств: патриотизма, долга, ответственности, коллективизма и др.; возникновение острого интереса к новой ситуации; эмоциональный подъем, вера в свои силы, в свои возможности, в успех; надежда на благополучный исход; оптимальная интенсивность психологического стресса (эустресса и экстресса);</p>	<p>Чрезмерное волнение; беспокойство; тревога; испуг; страх; ужас; чувство слабости, неуверенность, бессилие, обреченность; подавленность, отчаяние;</p>

	<p>терпение (терпеливое переживание); повышение толерантности к психогенным факторам; чувства радости, восторга при достижении успеха</p>	<p>раздражительность; недоверие, подозрительность; неприязнь; недовольство, возмущение, злость; притупление чувств, тоска; чувство вины, раскаяния, стыда; переживание неудач, потерь; чувство утраты, горе</p>
<p>Волевая</p>	<p>Оптимальная мобилизованность; концентрация сил на решении задачи; внутренняя готовность к встрече с трудностями, неожиданностями и их преодолению; повышение бдительности; повышение активности и энергичности; большая настойчивость и упорство в достижении целей; проявление стойкости, мужества, готовности к самопожертвованию; устойчивость к временным неудачам; самообладание</p>	<p>Растерянность, нерешительность, трусливость; оцепенение; утрата способности к самостоятельным решениям и действиям; ослабление настойчивости и упорства; утрата веры в себя и надежды на успех; недооценка своих возможностей; неспособность собраться силами; утрата выдержки, самообладания; появление суетливости, неорганизованности; утрата осмотрительности, осторожности; переход к авантюризм, неподготовленным действиям на авось</p>
<p>Мотивационная</p>	<p>Повышение силы мотивации; повышение уровня (качества, содержания) мотивации</p>	<p>Борьба мотивов; отказ от имеющихся ценностных ориентаций и замена их социально более примитивными; обострение и повышение роли инстинкта самосохранения в психической деятельности и поведении; ослабление мотивов достижения цели; отказ от долговременных целей; утрата смысла жизни</p>

в ногах, чувство бессилия. Появляются ошибки и неточности даже в хорошо отработанных действиях, навыках и умениях, которые с ростом перенапряженности появляются все чаще и делаются ощутимее. Эффективность деятельности при высоких значениях перенапряженности может снижаться до 50 % и более.

Позитивные изменения могут выражаться в быстрой адаптационных перестроек в организме (биологический эустресс), высоком уровне работоспособности и более длительном, чем обычно, сохранении его, повышенной выносливости к дискомфортным условиям, повышении устойчивости к заболеваниям, снижении болевой чувствительности, повышенной толерантности к психогенным факторам.

В *эмоциональной сфере* негативные изменения связаны с боязливостью, страхом, испугом, ужасом; наблюдаются негативные эмоции и чувства (повышенная озабоченность, чрезмерное волнение, раздражительность, сочувствие, сострадание, сопереживание, брезгливость, неприязнь, нелюбовь, нежелание, неуверенность, недоверие, подозрительность, беспокойство, тоска, тревога, опасение неудачи, чувства слабости, бессилия, бесперспективности, обреченности, подавленности, безнадежности, отчаяния, притупление чувств, безразличие, апатия, заторможенность, разочарование, недовольство, возмущение, злость, переживание неудач, потерь, чувства вины, раскаяния, стыда, угрызений совести, чувство утраты, горе, аффективные реакции — от глубокой депрессии до ярких проявлений гнева и агрессии).

При этом можно отметить положительные изменения: эмоциональный подъем, чувства радости, восторга при достижении успеха, обострение высших чувств — патриотизма, долга, ответственности, коллективизма и пр.

В *когнитивной (познавательной) сфере* негативные изменения проявляются:

- в восприятии — появление иллюзии восприятия, искаженное восприятие времени;
- во внимании — сужение внимания, неспособность сосредоточиться, ухудшение наблюдательности, внимательности;
- в памяти — «провалы» памяти, хаотичность воспоминаний, порой амнезия;
- в мышлении — ослабление способности к пониманию специфики ситуации, ведущее к шаблонной ее оценке; снижение скорости умственной переработки информации; повышенная вера в дурные приметы; потеря мысли; поведенческие последствия (паника, агрессия, апатия).

Положительные изменения — снижение порогов чувствительности органов чувств, повышение внимательности, активизация мышления, большая четкость и ясность мысли, скорость мышления, выраженное стремление к поиску наилучших решений, повышение доли быстрых, интуитивных решений, активизация прогностичности мышления.

Специфические изменения характерны для процессов памяти, особенно кратковременной и оперативной. Типичной здесь является избирательность

этих изменений. Улучшается запоминание лишь того материала, который имеет семантическую значимость для человека.

В *мотивационно-волевых функциях* негативные изменения в первую очередь связаны с ослаблением мотивации достижения, возникновением борьбы мотивов, приобретением активности иной направленности (усиление мотивации и самосохранения), снижением волевой активности и целеустремленности в действиях и пр. Позитивные изменения могут выражаться в внутренней готовности к встрече с трудностями, неожиданностями и к их преодолению, в повышении бдительности, проявлении стойкости, мужества, готовности к самопожертвованию и др.

При изучении психологических функций в экстремальных состояниях обнаруживается характерная диссоциация, проявляющаяся в повышении наиболее важных для данной ситуации показателей и снижении остальных.

3.6. Влияние средств массовой информации на психологическое состояние населения

Человек соприкасается с стихийными бедствиями, катастрофами, экстремальными ситуациями, и даже если он не становится их участником, то они входят в его жизнь через средства массовой информации.

СМИ, описывая сложившиеся ситуации, играют важную роль в определении степени травматичности тех или иных событий, т. е. в состоянии людей.

Л. В. Трубицына указывает, что журналисты, опрашивая при сборе информации пострадавших, часто стремятся добиться описания «самого ужасного, самого тяжелого». Это ведет к повторному погружению в травмирующую ситуацию, вынуждает снова пережить тот же ужас, боль, и человек остается после интервью на пике тяжелых переживаний без необходимого в таких случаях профессионального сопровождения (Трубицына Л. В., 2012).

Л. В. Трубицына также связывает возможность травматизации пострадавших с интерпретацией СМИ освещаемых травматичных событий. Автор подчеркивает, что часто акцент делается на бессмысленности происходящего, на бессмысленности гибели близких, на отсутствии попыток помочь, на равнодушии окружающих, отсутствии поддержки, т. е. средствами массовой информации подчеркиваются и усиливаются ощущения беспомощности, бессилия и бессмысленности, что утяжеляет переживание травмы. Например, при освещении СМИ гибели подводной лодки «Курск» постоянно акцентировались недостаточность и неправильность осуществлявшихся попыток спасения людей, бессмысленность их гибели и т. п.

Ориентация на прошлое также является фактором, отягощающим переживание. Вопросы типа «Почему это произошло?» и «Кто виноват?» часто усиливают чувство безысходности, вины или ненависти. Именно такая ориентация заставляет людей, пе-

Случаи кошмаров, нарушений сна, страхов у детей дошкольного возраста после просмотра кадров последствий терактов или катастроф весьма часты. Так, девочка 5 лет после просмотра программ новостей стала бояться оставаться одна, не отпускала от себя мать из страха, что с той что-то случится, часто плакала, просыпалась от кошмаров. Мальчик 8 лет после просмотра кадров о действиях в горячих точках стал очень подавленным и все время ждал, что «маски» (вооруженные люди в масках) «придут и всех убьют». При этом такие нарушения у детей иногда продолжают долгое время после просмотра передач (Трубицына Л. В., 2012).

Яркий пример отсутствия заботы о психологическом благополучии. В одной из школ г. Грозного в 1996 г., через месяц после штурма, журналисты попросили детей нарисовать «самое страшное», затем собрали рисунки и ушли, а дети остались один на один со своими переживаниями. В данном случае случилась вторичная травматизация детей вследствие действий журналистов.

реживших чрезвычайные ситуации, фиксировать свое внимание на том, «что было бы, если бы...», а не на том, как жить дальше, как справиться, какой опыт можно извлечь на будущее, как сделать, чтобы событие не повторилось, как лучше ликвидировать его последствия и т. д.

Телерепортажи, благодаря которым зрители становятся свидетелями ЧС, хотя место происшествия и отдалено, яркостью сюжетов травмирующих событий могут вызвать переживания, подобные тем, что возникают у настоящих очевидцев происшествия. А если восприятие репортажа о каком-то ужасающем случае сопровождается осознанием того, что такое могло случиться и с самим зрителем или его близкими, то переживания для психического состояния человека могут быть достаточно длительными.

Отмечается, что зрители передач о травматических событиях могут испытывать депрессии, страхи, подавленность.

Желание сделать яркий, запоминающийся репортаж может сопровождаться озвучиванием некорректной информации, а иногда и слухов, что также может усугубить состояние как жертв, так и телесвидетелей происшедшего.

Специфика показа картины преступности в СМИ, в частности изображение криминальных событий, в отрыве от социальных и межличностных взаимодействий, поверхностный стиль изложения способствуют распространению в коллективном бессознательном чувства страха, агрессивности, социального деструктивизма, а также виктимизации поведения.

Известно, что дети и взрослые легко перенимают новые для них формы агрессивного поведения путем научения посредством наблюдения (Брушлинская Н. В., 2002).

В настоящее время СМИ стали частью жизни практически всех людей, поэтому чрезвычайно важным является вопрос о целях каждой конкретной работы журналиста и о психологической коррекции подаваемого в эфир материала.

3.7. Психологические аспекты профессиональной деятельности в экстремальных условиях

3.7.1. Профессии экстремального профиля. Понятие экстремальности

В современном мире существует множество профессий, в которых специалисты осуществляют свою деятельность в экстремальных условиях. За последние 20–30 лет содержание большинства профессий существенно изменилось. Это связано с научно-техническим прогрессом, быстрым развитием компьютерных технологий, электроники, робототехники, с различными изобретениями, что не только расширяет возможности человечества, но и создает новые источники опасностей, рисков, стрессов, а также предъявляет сложные требования к специалистам.

Традиционно особыми (в современном понимании — экстремальными) условиями труда характеризуются такие отрасли, как космическая, авиационная, морская, полярная, военная (работа разведчиков, пограничников, саперов и т.д.); деятельность операторов, диспетчеров в различных отраслях; работа шахтеров, промышленных альпинистов, водолазов. В связи с ростом числа экстремальных ситуаций (техногенных, природных катастроф, международных конфликтов, террористических актов) особую значимость приобрели такие специалисты экстремального профиля, как сотрудники МЧС (спасатели, пожарные) и сотрудники спецподразделений силовых структур, специалисты экстренных медицинских служб. Экстремальной является также работа журналистов и военных корреспондентов, освещающих происходящие чрезвычайные происшествия или хронику военных конфликтов.

Экстремальные условия, ситуации в этих видах профессиональной деятельности являются неизбежными и определяют требования, предъявляемые к специалистам в данных областях.

Применительно к проблеме влияния наблюдаемого теле- и видеонасилия на развитие агрессивности представители теории когнитивных сценариев (скриптов) Л. Эрон и Р. Хьюсмен (Eron L., Huesmann R., 1986) расставляют акценты на следующих проблемах.

1. Ребенок, который постоянно наблюдает по ТВ людей, совершающих агрессивные действия, может сохранить агрессивный сценарий как подходящий для социальных интеракций и применять алгоритмы агрессивного поведения в некоторых ситуациях.

2. Основываясь на модели переработки информации, можно понять, почему сцены насилия, воспринимаемые ребенком как нереальные, не моделируются им с готовностью. Наблюдатель сохраняет для последующего воспроизведения лишь те сценарии, которые приносят ему субъективную пользу при решении социальных проблем. Действия же, воспринимаемые им как нереальные и не соответствующие этому требованию, не будут сохранены в памяти (Ениколопов С. Н., 2011).

Экстремальность, как это было зафиксировано еще античной философией, указывает на предельные состояния в существовании вещей (лат. *extremum* — «крайнее, предельное»).

В физиологии труда под экстремальными факторами понимают весьма жесткие условия среды, неадекватные врожденным и приобретенным свойствам организма. Пребывание в таких условиях ведет к дополнительным затратам энергии и расходованию резервных сил организма.

Существует множество разнообразных экстремальных факторов, формирующих затрудненные условия деятельности (Толочек В. А., 2006). Наиболее распространены среди них следующие: физико-химические характеристики условий деятельности или среды обитания; механические воздействия типа вибраций, перегрузок и т. д.; сильные акустические воздействия; реальная или прогнозируемая опасность для здоровья и жизни; частое возникновение непредвиденных, в том числе аварийных, ситуаций.

Определяющим признаком экстремальности условий является фактор опасности как непосредственная угроза для здоровья и жизни людей либо угроза срыва их деятельности по решению жизненно или профессионально важных задач.

В психологическом контексте экстремальными называют условия, характеризующиеся высокой неопределенностью будущего. Психологическое восприятие человеком таких условий обычно характеризуется чувством дискомфорта, сильного напряжения, перерастающего в перенапряжение. Однако при достижении успеха, решении поставленных задач путем выраженной мобилизации функциональных резервов, эмоции могут приобретать также яркую позитивную окраску с выражением чувства радости, удовлетворения.

3.7.2. Мотивационная основа выбора профессий экстремального профиля

Важнейшим обстоятельством при изучении влияния экстремальных факторов на человека является факт «добровольности»: подвергся ли человек экстремальному воздействию случайно, внезапно, став жертвой обстоятельств, или оказался в этих условиях по своей воле. Если исходить из того, что выбор профессии — это свободный выбор человека, то с большой вероятностью мы можем говорить о том, что он информирован о возможных сопутствующих условиях деятельности и готов их принимать.

Выбор профессиональной деятельности является одним из важнейших решений в жизни человека, свидетельствующий об интересах, направленностях, предпочтениях, ориентациях личности, лежащих в основе этого выбора. При изучении психологической проблематики профессиональной деятельности, осуществляемой в экстремальных условиях, весьма существенным является вопрос мотивации выбора человеком своей профессии.

Исследование этого вопроса на примере сотрудников МЧС (Потехина Н. В., 2004) выявило три основные причины (мотива) такого выбора:

- 1) возможность оказывать помощь людям и испытывать удовлетворение в связи с этим;
- 2) экстремальность, которая понимается как разнообразие профессиональных ситуаций; переживание пиковых концентраций с необходимостью полной мобилизации; необходимость поиска нестандартных решений;
- 3) работа в команде.

С одной стороны, когда мы говорим об экстремальности, мы относим эту компоненту к факторам, делающим работу специалистов трудной и в физическом, и в морально-психологическом плане. С другой стороны, эта же самая экстремальность является одним из мотивов выбора человеком такой профессии. Мотивационная модель выбора других профессий экстремального профиля может выглядеть следующим образом:

- 1) смысловое содержание деятельности (созвучное значимым для человека смыслам его жизнедеятельности);
- 2) экстремальные факторы, присущие именно выбранному виду деятельности;
- 3) специфическая особенность деятельности (дающая возможность реализовать актуальную потребность, например, потребность в признании, принадлежности группе и т. д.).

Стремление к экстремальности, к риску отражается не только на выборе профессии этими специалистами, но и в целом на стиле их жизни: большинство спасателей в юности занимались экстремальными видами спорта — альпинизмом, спелеологией, горным туризмом, парашютным спортом и т. д. и имеют разряды и спортивные достижения.

3.7.3. Понятие риска в профессиональной деятельности сотрудников МЧС

Риск — категория, отражающая вероятность наступления неблагоприятных событий, последствий; получения результата, отличного от ожидаемого (худшего из возможных прогнозируемых). Наличие риска для жизни, присутствующее объективно или субъективно переживаемое специалистом, ставит любую ситуацию в разряд экстремальных, критических.

Вопрос о готовности рисковать своей жизнью относится по своему содержанию к числу экзистенциальных проблем, поскольку связан с такими экзистенциальными категориями, как жизнь, смерть, проблема выбора и ответственности.

В момент принятия решения относительно действий в ситуации риска у спасателей, как правило, есть осознание опасности для своей жизни. Однако эмоциональные реакции в большинстве случаев отсрочены и возникают при вспоминании, повторном проживании происшедшей ситуации в связи с переосмыслением ее значимости и пониманием возможных последствий. Это может привести к возникновению стрессовых состояний, травматического стресса у специалиста.

Большинство спасателей подходят к пониманию риска профессионально. Специалисты демонстрируют, во-первых, отношение к ситуациям риска как к неотъемлемой части своей профессии, во-вторых, стремление прогнозировать опасность и минимизировать риск при выполнении аварийно-спасательных работ, соблюдая правила техники безопасности.

Профессиональное отношение специалистов экстремального профиля к риску необходимо формировать в том числе путем осознания ими целей, смысла своей деятельности и ответственности за результат своих действий. Большинство спасателей обладает высокой готовностью и, более того, склонностью к риску (Потекина Н. В., Цветкова Л. А., 2005). Только в сочетании с выработанной профессиональной позицией готовность к риску не станет стремлением к необдуманному действию, опасным не только для самого спасающего, но и для других людей, вовлеченных в экстремальную ситуацию.

Наградой за результативный риск являются удовлетворение от грамотно проделанной работы, чувство выполненного долга и, следовательно, ощущение значимости своей деятельности и себя как профессионала.

3.7.4. Особенности профессиональной деятельности сотрудников МЧС

Сотрудники МЧС в ходе выполнения профессиональных обязанностей подвергаются не только описанным выше экстремальным обстоятельствам деятельности, но и целым рядом специфических стрессогенных факторов. К ним относятся: психическое напряжение в состоянии готовности; информационная неопределенность; дефицит времени на анализ ситуации на принятие решения; ответственность за результаты деятельности; взаимодействие с большим количеством людей в состоянии стресса и острого горя; экспозиция смерти и многочисленные контакты с телами погибших; повышенная физическая нагрузка; опасность для жизни; работа в средствах индивидуальной защиты, специальной одежде; неблагоприятное распределение режимов труда и отдыха.

Ситуации, требующие от специалистов больших волевых усилий, возникают регулярно. Степень эмоционального напряжения различна и колеблется в широких пределах от умеренного до чрезвычайно высокого. Это зависит от характера выполняемой задачи, профессионального опыта и индивидуальных особенностей спасателя.

Профессиональная деятельность спасателя складывается из несения боевых дежурств, спасательных работ на чрезвычайных происшествиях (ЧП) и в масштабных чрезвычайных ситуациях (ЧС).

На этапе ожидания вызова спасатели находятся на территории базы в режиме 10-минутной готовности. Это время они могут использовать для выполнения поставленных на день задач, спортивных тренировок, полноценного отдыха, а также профессионального и психологического обучения. Специалисты Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины (ВЦЭРМ) выявили, что уже на этапе ожидания

вызова характерен повышенный уровень психического напряжения, определяемый как ординарный стресс. Скрытая опасность ординарного стресса проявляется в том, что отсутствие вызовов и спасательных работ на протяжении боевого дежурства не дает возможности разрядить фоновое напряжение, что приводит специалиста в состояние фрустрации.

Деятельность по ликвидации ЧП включает в себя выполнение спасательных работ традиционного для региона спектра: ликвидацию последствий дорожно-транспортных происшествий, поиск потерявшихся, поиск утонувших, спасательные работы на воде, под водой, в горах, эвакуация рыбаков в зимнее время, вскрытие дверей и т. п.

Данные виды работ объединены фактором повторяемости, что позволяет специалисту МЧС осуществить психологическую преднастройку на спасательные работы, в результате чего в некоторой степени снижается разрушительное воздействие стрессогенных факторов ситуации на психику.

Однако в зависимости от индивидуальной восприимчивости даже выполнение типичных спасательных работ может оказывать на психику спасателя достаточно разрушительное воздействие и приводить к травматическому стрессу.

Работы по ликвидации крупномасштабных катастроф (ЧС) природного, техногенного и социогенного характера (землетрясения, наводнения, железнодорожные и производственные аварии, разрушение домов, террористические акты и т. д.) характеризуются наличием наибольшего количества стрессогенных факторов, воздействующих на психику вовлеченных людей.

Имеющиеся научные данные показывают, что привлечение специалиста к ликвидации ЧС ведет к возникновению у него травматического стресса (подробнее см. гл. 7), первичными проявлениями которого являются острые стрессовые реакции, острое стрессовое расстройство, невротические реакции, кризисное состояние, а вторичными — посттравматическое стрессовое расстройство, профессиональное выгорание, психосоматические расстройства, невротические состояния, которые, в свою очередь, сказываются на микросоциальных процессах — вызывают проблемы в семье и в рабочем коллективе (Оценка психологической готовности спасателей..., 2003). В связи с этим очевидна необходимость заблаговременной подготовки данных специалистов к работе в экстремальных условиях, в том числе психологической.

Известно, что со временем у многих специалистов происходит снижение уровня интенсивности эмоциональных переживаний, связанных с работой с телами погибших. Однако эффект привыкания не распространяется на столкновения с человеческими трагедиями. Вместе с тем у спасателей существует установка на подавление эмоций в процессе работ, что может приводить к накопленному стрессу. Следовательно, необходимой является выработка такого эмоционального баланса, при котором человек способен сопереживать, но возникающие эмоции не будут для него разрушительными, и специалист сможет сохранять состояние психологического равновесия и высокой работоспособности.

3.7.5. Психологическая готовность и психологическая устойчивость как факторы надежности деятельности спасателя

В экстремальных условиях проблема надежности деятельности человека является одной из самых важных, так как именно эти условия предъявляют повышенные требования к специалисту и к эффективности его труда.

Как показывают многочисленные исследования, именно психологические и психофизиологические факторы в первую очередь определяют способность человека в экстремальных условиях сохранять профессиональную работоспособность и интегрированное поведение (Ларцев М. А., Бобров А. Ф. и др., 2000). Так, *важнейшими психологическими качествами*, объединяющими специалистов, выполняющих опасную и ответственную работу, являются *психологическая готовность и психологическая устойчивость*.

Под термином «готовность» понимается состояние, определяемое способностью к успешному выполнению какой-либо деятельности и связанное с сознательной направленностью на эту деятельность (Никифоров А. М., Рыбников В. Ю., Вавилов М. В., 2002). Речь идет об особом функциональном и психологическом состоянии специалиста, характеризующемся оптимальным уровнем эмоционального возбуждения, осознанной мотивацией, стремлением достичь намеченной цели.

В структуре психологической готовности к деятельности в экстремальных условиях различают ряд взаимосвязанных компонентов. Так, В. И. Месников выделяет мотивационно-ценностный, когнитивный, эмоционально-волевой компоненты психологической готовности (Месников В. И., 1996).

Мотивационно-ценностный компонент включает в себя: отношение к выполнению профессиональных обязанностей; глубокое понимание и осознание государственного значения и важности задач, выполняемых подразделением (ведомством, министерством); сознательное стремление к преодолению трудностей, выполнению служебно-профессиональной задачи.

Когнитивный компонент предполагает верное представление о предстоящих требованиях, условиях, трудностях, способах действий при выполнении той или иной служебно-профессиональной задачи.

Эмоционально-волевой компонент отражает: переживания, эмоции, чувства, состояния, испытываемые специалистом перед, в ходе и после выполнения служебной задачи, эмоционально-волевую устойчивость к длительным напряженным нагрузкам, риску, опасности; ответственность; самостоятельность; решительность; целеустремленность; настойчивость; активность; инициативу; умение управлять своими эмоциями, мобилизовать себя на выполнение поставленных задач.

В целом психологическая готовность специалиста МЧС характеризуется стремлением выполнять свой профессиональный долг; уверенностью в своих силах, в надежности техники; стремлением активно, с полной отдачей сил и до конца бороться за эффективное проведение аварийно-спасательных работ; высокой помехоустойчивостью при работе в неблагоприятных и угрожающих здоровью и жизни условиях; оптимальным уровнем эмоционального возбуждения, позволяющим контролиро-

вать свои мысли, чувства, поведение и обеспечивающим высокую эффективность при проведении аварийно-спасательных работ (Елисеев А. П., 2002).

Для прогнозирования надежности деятельности эмоционально-волевые и мотивационные компоненты психологической готовности необходимо диагностировать на стадии отбора, а когнитивные — формировать в процессе профессиональной подготовки для дальнейшего обеспечения надежности.

Психологическая готовность — это комплекс динамичных характеристик, которые следует отслеживать при психологическом сопровождении деятельности, выявлять причины общего снижения психологической готовности и проводить со специалистами корректирующую работу.

Психологическая устойчивость является важнейшим компонентом психологической готовности специалистов к деятельности в экстремальных условиях. Понятие «устойчивость» применяется для описания постоянства какой-либо черты изучаемой системы, т. е. ее неизменности. В. А. Бодров и В. Л. Марищук рассматривают устойчивость как некое интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности человека, которое обеспечивает успешность его деятельности в сложных экстремальных ситуациях.

Показателями эмоциональной устойчивости в поведении являются: ровный эмоциональный фон деятельности, отсутствие спонтанных колебаний поведения; рациональная оценка внешних событий; умение настроиться себя перед началом аварийно-спасательных и других неотложных работ; умение планировать свои действия, ставить цели, задачи, четко следовать плану.

Психологическая устойчивость и профессиональная деятельность имеют взаимное влияние. Так, успешная профессиональная деятельность способствует ощущению самореализации и переживанию удовлетворенности жизнью, что приводит к укреплению психологической устойчивости.

Если рассматривать явление психологической устойчивости с позиций экзистенциальной психологии, то генеральным фактором, придающим структуре личности стабильность и возможность сопротивляться внешним экстремальным воздействиям, являются «смысложизненные ориентации» (термин был предложен Д. А. Леонтьевым). Сформированность иерархии жизненных смыслов, системы ценностей, определенность жизненных целей, ясность жизненных ориентиров, твердость жизненных принципов и убеждений — всё это делает структуру личности целостной и несомненно является базой для психологической устойчивости личности.

Существует отрицательная взаимосвязь компонентов смысловых ориентаций и выраженности признаков посттравматического стрессового расстройства. Меньше признаков ПТСР у тех специалистов, у которых выше показатели наличия целей в жизни, удовлетворенности самореализацией, уровня осмысленности жизни, и у тех, кто считает себя сильной личностью и осознает ответственность за происходящее в своей жизни.

Исходная несформированность смысложизненных ориентаций при воздействии стрессогенных факторов может привести к возникновению у спасателя травматического стресса, спровоцировать кризисную ситуацию, в том числе экзистенциального характера. Надо признать, что специфика профессии спасателя может оказывать существенное влияние на коррекцию смысложизненных ориентаций, поскольку над вопросом о смысле жизни, об истинных жизненных ценностях люди чаще всего задумываются в моменты сильного переживания, столкновений со смертью в любом ее проявлении.

3.7.6. Психологическое сопровождение деятельности сотрудников МЧС

С целью предупреждения развития различных заболеваний, поддержания высокой работоспособности лиц, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, следует проводить комплексную профилактическую и реабилитационную работу.

При отборе претендентов на допуск к обучению и подготовке для проведения аварийно-спасательных работ необходимо, наряду с уровнем физической подготовки, физического и психического здоровья, психофизиологических характеристик, диагностировать эмоционально-волевые характеристики личности, ценностные установки и содержательные характеристики смысложизненных ориентаций, которые могут стать фундаментом для формирования психологической устойчивости специалиста.

В процессе обучения помимо профессиональных знаний специалисты должны овладеть навыками саморегуляции, релаксации, способами психологической разгрузки, восстановления ресурсов организма, а также основами психологической помощи пострадавшим и коллегам. В связи с тем, что в профессии спасателя имеет место командная работа, необходимо учитывать это обстоятельство при отборе кандидатов, а также проводить в подразделениях тренинги формирования команды.

Психологическое сопровождение деятельности сотрудников МЧС подразумевает *проведение регулярного мониторинга функционального и психологического состояния специалистов, в обязательном порядке — после ликвидации крупномасштабных чрезвычайных ситуаций*. С целью поддержания оптимального уровня работоспособности, благоприятного фона настроения, отработки накопленных отрицательных эмоций целесообразно проводить поддерживающие психологические групповые встречи, а также обучающие занятия, направленные на освоение методов психологической разгрузки, отработки негативных переживаний, восстановления ресурсов и психологической готовности к деятельности.

Психологический дибрифинг — это групповая форма работы по отреагированию, переработке и минимализации последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций.

Реабилитация в системе психологического обеспечения профессиональной деятельности спасателей представляет собой систему медико-психологических мероприятий, направленных на сохранение и восстановление профессионального здоровья специалистов. Психологическая реабилитация направлена на сохранение гармонии психической сферы, сохранение общепринятых морально-нравственных норм поведения, снятие психического напряжения и восстановление личностного потенциала социально-психологической адаптации.

3.7.7. Синдром профессионального выгорания у специалистов экстремального профиля

Результатом воздействия стрессогенных факторов могут стать такие неблагоприятные для человека последствия, как возникновение травматического стресса, посттравматического стрессового расстройства, психосоматических заболеваний, развитие жизненного кризиса, профессиональное выгорание.

Среди разнообразия профессий экстремального профиля отдельно следует выделить специалистов, оказывающих в этих особых условиях экстренную помощь пострадавшим, пациентам: это сотрудники МЧС (спасатели, пожарные) и специалисты экстренных медицинских служб (врачи скорой помощи, врачи анестезиологи-реаниматологи, хирурги экстренных операционных и др.). Эти специалисты попадают под «перекрестный огонь»: с одной стороны, они осуществляют свою деятельность в экстремальных условиях, а значит, подвергаются воздействию стрессогенных факторов и психотравмирующих обстоятельств, а с другой — как представители социальных профессий (поскольку их деятельность непосредственно связана с взаимодействием с людьми) попадают в группу риска по формированию синдрома профессионального выгорания.

Работа таких специалистов характеризуется высоким уровнем ответственности за свои действия, за жизнь и здоровье других людей, контактами с пострадавшими или больными людьми, их родственниками, постоянной психоэмоциональной нагрузкой, необходимостью принимать решения в экстремальных условиях, факторами социального риска и риском заражения (взаимодействие с бездомными, наркоманами, ВИЧ-инфицированными).

Например, известно, что работа анестезиологов-реаниматологов считается одной из самых напряженных и вредных для здоровья (Назаров И. П., 2008). Неотъемлемой частью профессиональной деятельности анестезиолога-реаниматолога является работа с пациентами, находящимися в критическом или терминальном состоянии, что вызывает у специалистов высокое психоэмоциональное напряжение. Огромную нагрузку на психику врача возлагает необходимость в условиях острого дефицита времени и информации принимать решения, имеющие высокую значимость для жизни пациента, а также осознание возможных последствий своих ошибочных действий. Не будем забывать, что ответственность за свои действия врачи несут не только психологическую, но и юридическую. Тяжелейшей для любого специалиста является ситуация, когда, несмотря на все усилия, пострадавший или пациент всё же погибает.

Современные технологии, несущие новые возможности диагностики и лечения заболевания, также предъявляют повышенные требования к владению сложной аппаратурой. При этом возрастает необходимость в увеличении скорости мыслительных процессов для обработки всех фиксируемых аппаратурой данных. Весь этот комплекс стрессогенных факторов профессиональной деятельности может привести к развитию у специалиста синдрома выгорания.

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), особо выделена группа состояний (рубрика F43.2), определяемых как расстройства адаптации. Специальные исследования, проведенные ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения), посвященные проблеме психической дезадаптации социономических видов деятельности, позволили выделить синдром психического выгорания.

Термин «выгорание» (англ. burnout) введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности.

Автор известной методики диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко определяет этот феномен как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия (Бойко В. В., 1999). Более широкую трактовку дает В. Е. Орел: «Психическое выгорание — состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы» (Орел В. Е., 2001). При таком подходе выгорание рассматривается как явление, которое охватывает весь организм и проявляется в аффективных, когнитивных, физических и поведенческих симптомах.

К. Маслач и С. Джексон (Maslach K., Jackson S., 1986) определяли выгорание как ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы, включающую 3 основных компонента:

- 1) эмоциональное истощение (чувство опустошенности и усталости, вызванное собственной работой);
- 2) деперсонализация (цинизм, негуманное отношение к реципиентам);
- 3) редуцирование своих профессиональных достижений (возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней).

Рассмотрим процесс развития выгорания. Сталкиваясь со стрессовой ситуацией, организм мобилизует свои ресурсы для ответа на возникшие обстоятельства. Ситуации, разные по сложности, повторяющиеся или новые, но происходящие регулярно, требуют реагирования и использования ресурсов. Если ресурсы не возобновляются и расходуются нерационально, они истощаются, а организму в целях самосохранения приходится включать механизмы психологической защиты и переходить

на режим жесткой экономии энергии. Таким образом, выгорание как следствие накопленных профессиональных стрессов возникает в тех случаях, когда адаптационные возможности (ресурсы) человека по преодолению стрессовых ситуаций превышены.

Выделяют следующие 5 ключевых групп симптомов, характерных для синдрома эмоционального выгорания.

1. *Физические симптомы* (физическое утомление, усталость, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в том числе по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы).
2. *Эмоциональные симптомы* (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; усталость; безразличие, ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других — люди становятся безликими, как манекены; преобладание чувства одиночества).
3. *Поведенческие симптомы* (работа более 45 часов в неделю; появление во время работы усталости и желания отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи — падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение).
4. *Интеллектуальные симптомы* (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, отсутствие вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартных шаблонов, рутины, нежели творческого подхода; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих мероприятиях — тренингах, образовании; формальное выполнение работы).
5. *Социальные симптомы* (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Итак, при сформированном синдроме профессионального выгорания специалист испытывает физическую и психологическую усталость, чувство пустоты, истощенности собственных эмоциональных ресурсов; снижение интереса к своей профессиональной деятельности вплоть до возникновения разочарования, неприязни; нежелание повышать свою квалификацию; раздражение по отношению и к реципиентам, и к коллегам; неудовлетворенность уровнем жизни, чувство острой социальной несправедливости.

Внешним выражением эмоционального выгорания могут стать деперсонализация и, как следствие, дегуманизации отношений с другими людьми (проявления черствости, бессердечия, цинизма или грубости); редукция (занижение) личных достижений и в результате потеря смысла и желания прикладывать личные усилия на рабочем месте; нежелание идти на компромисс, нежелание контролировать проявления негативных эмоций; безразличие к результатам своего труда; безынициативность, раздражительность, пониженный фон настроения, злоупотребление никотином, алкоголем, лекарственными средствами.

Подобные проявления в поведении специалистов экстренных медицинских служб не могут остаться незамеченными пациентами, коллегами и приводят не только к снижению качества исполнения специалистом своих должностных обязанностей, но и являются предпосылкой возникновения конфликтных ситуаций, жалоб с последующей критикой, административными взысканиями и повторными стрессами. Так в конечном итоге происходит формирование негативного образа медицинского работника.

Эмоциональное выгорание притупляет чувствительность не только к состоянию других людей, но и к своему собственному состоянию, своим эмоциям. Поэтому специалист может не осознавать, что у него развивается процесс выгорания. Выгорание — это синдром, т. е. комплекс симптомов, которые нарастают незаметно.

Станет ли воздействие стрессогенных обстоятельств психотравмирующим, зависит от субъективного восприятия их личностью, от личностных и психофизиологических особенностей человека, от психологической устойчивости личности, от психологической готовности и подготовленности.

Специалисты в области выгорания отмечают, что влияние этого синдрома не ограничивается профессиональной сферой, его последствия ощутимо проявляются в личной жизни человека и его взаимодействии с другими людьми.

Специалист, осуществляющий свою деятельность в экстремальных условиях, должен обладать определенными качествами и особенностями личности, которые позволят ему успешно выполнять свою работу и сохранять психологическое здоровье и успешно выполнять свою работу. Такими качествами являются:

- выносливость (способность длительно сохранять активность и выдерживать продолжительные физические нагрузки без снижения работоспособности);
- психологическая устойчивость, эмоциональная стабильность;
- уверенность в себе, в том числе профессиональная;
- внутренний локус контроля;
- оптимизм;
- позитивность и рациональность мышления;

- активность, активная жизненная позиция;
- способность к эмпатии;
- умение работать в команде и др.

И напротив, низкий уровень выносливости, эмоциональная неустойчивость, внешний локус контроля, повышенная тревожность, неуверенность в себе, склонность к чувству вины и пр. будут способствовать развитию синдрома профессионального выгорания.

Чтобы осуществлять работу, направленную на предотвращение развития выгорания, специалистов необходимо научить распознавать признаки психологического стресса и своевременно преодолевать первые симптомы выгорания на работе.

Профилактикой формирования синдрома выгорания могут стать следующие мероприятия: на этапе обучения, а также в процессе профессиональной деятельности — проведение теоретических и практических занятий по психологии профессионального общения, по психологии поведения в конфликтных ситуациях, по психологии стресса (стресс-менеджмент). Такие занятия и тренинги будут содействовать формированию психологической устойчивости личности к воздействию стрессогенных факторов, выбору конструктивного поведения в напряженных и конфликтных ситуациях, развитию навыков использования адаптационных ресурсов организма.

Эти занятия будут действенны и на этапе реабилитации, которую необходимо начать с оказания психологической помощи, направленной на восстановление психоэнергетических ресурсов и преодоление негативных последствий профессиональных стрессов.

Во-первых, необходимо *восстановить систему мотивации*. Для этого специалист должен ответить себе на следующие вопросы: «Почему и зачем я пришел в профессию? Что готов отдавать? Что могу получить взамен? За что люблю свою работу?»

Во-вторых, следует *провести ревизию психоэнергетических ресурсов* (имеющихся и потенциальных, внутренних и внешних). К ним относятся физические ресурсы, ресурсы личности, социальные ресурсы.

В-третьих, надлежит *провести ревизию способов эмоциональной регуляции* (определить индивидуальный перечень возможных действий, мероприятий, которые помогают снять напряжение, улучшают настроение, позволяют полноценно отдохнуть). Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности.

С целью профилактики выгорания и повышения психологической устойчивости специалистов необходимо действовать в следующих трех направлениях:

- 1) научить специалиста позитивно относиться к профессиональной деятельности: находить положительные стороны (интерес, плюсы); подмечать дости-

- жения и радоваться им; воспринимать ошибки и неудачи как опыт и стимул к росту; регулярно проходить повышение квалификации;
- 2) научить специалиста заботиться о себе: стремиться к личностному росту; осознанно вести здоровый образ жизни; поддерживать хорошую физическую форму; обучиться рациональному распределению режимов труда и отдыха для необходимого физического и психологического восстановления; осваивать техники саморегуляции, способы снятия эмоционального и физического напряжения; копинг-стратегии;
 - 3) проводить работу с коллективом, командой (при содействии руководителя): развивать систему наставничества; поддерживать благоприятную атмосферу, культивировать взаимное уважение, формировать сплоченность.

Важнейшей задачей психологического сопровождения нужно считать также профилактику возникновения у специалистов зависимостей (алкогольной, никотиновой, медикаментозной) в связи с имеющим место выбором этих контрпродуктивных форм для коррекции эмоционального напряжения.

Результатом грамотного психологического сопровождения специалистов экстремального профиля будет сохранение их психологического здоровья, предотвращение профессиональной и социальной дезадаптации, эмоционального выгорания, своевременная психологическая помощь и реабилитация, а значит, в любых, самых сложных ситуациях и условиях специалист будет способен эффективно выполнять поставленные задачи, главной из которых является спасение жизни человека.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение психическим состояниям и поясните, в чем отличия психических состояний в экстремальных условиях?
2. Перечислите положительные и отрицательные изменения в психических процессах во время экстремальных ситуаций.
3. Что такое психическая адаптация и дезадаптация?
4. Каковы особенности группового поведения людей в экстремальных ситуациях?
5. Расскажите об особенностях аффекта в экстремальных ситуациях.
6. Поясните, как СМИ могут влиять на психическое состояние людей.
7. Какие условия профессиональной деятельности считаются экстремальными?
8. Назовите качества, необходимые специалисту для работы в экстремальных условиях.
9. Раскройте понятие «психологическая готовность», назовите его составляющие.
10. Перечислите этапы и задачи психологического сопровождения специалистов экстремального профиля.
11. Какие особенности профессиональной деятельности специалиста экстремального профиля могут стать причиной возникновения синдрома профессионального выгорания?
12. Назовите симптомы профессионального выгорания.
13. Как предотвратить развитие синдрома профессионального выгорания?

Глава 4

ПСИХОЛОГИЯ ВЫЖИВАНИЯ

4.1. Определение понятий

4.2. Факторы риска и ресурсы выживания
в экстремальных и чрезвычайных ситуациях

4.3. Психологическая готовность
к экстремальным ситуациям

4.1. Определение понятий

4.1.1. Понятие «выживание»

Исходя из определения экстремальной ситуации (подробнее см. гл. 3.), основной психологической задачей в ее преодолении является восстановление психического баланса, нарушенного сверхсильным, угрожающим здоровью и жизни средовым воздействием. Чаще всего при недолгосрочном интенсивном вызове нарушенный баланс психики в экстремальных ситуациях восстанавливается без сознательных усилий со стороны индивида и не предполагает специальной деятельности по его восстановлению. Однако длительно продолжающиеся негативные воздействия среды требуют направленных усилий со стороны человека, активации внутренних и привлечения внешних ресурсов для восстановления психического гомеостаза. Если преодоление индивидуальных жизненных кризисов проходит в процессе *переживания*, то в экстремальных ситуациях, характеризующихся предельными по своей интенсивности реакциями и сопровождающихся изменениями в функционировании всей психики, деятельность по восстановлению психического баланса может быть описана как *выживание*.

В Толковом словаре Д. Н. Ушакова слово «выжить» определяется как «остаться в живых, уцелеть, оправившись после болезни, потрясения, несчастной и тяжелой жизни». Однако с развитием физиологии экстремальных состояний человека этот термин приобрел другое значение, которое сегодня широко используется в такой области знаний, как безопасность жизнедеятельности. В специальной литературе выживание чаще всего понимается как активная, целеустремленная деятельность, направленная на сохранение жизни, здоровья и работоспособности в условиях автономного существования. Под «автономным» понимается самостоятельное, независимое существование человека в природных условиях, лишенных привычных средств жизнеобеспечения. Автономное существование делят на вынужденное и добровольное. Вынужденная автономия — это существование человека, оказавшегося в безлюдной местности (или на акватории) без помощи извне в результате непредвиденных, не зависящих от него обстоятельств. Он вынужден самостоятельно обеспечивать свои жизненные потребности, чтобы выжить и вернуться к людям. Добровольная автономия — это ситуация, когда человек или группа людей по собственной воле, целенаправленно на определенное время переходит на самостоятельное существование в природных условиях.

Автономное существование требует от человека определенных знаний для выполнения грамотных действий, направленных на выживание. Знание вопросов оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим, подачи сигналов бедствия, определения своего местонахождения, строительства временных убежищ, добычи воды и пищи и т. д. — залог успешного преодоления сложных природных условий в ситуации автономии. Следует подчерк-

нуть, что отсутствие необходимых знаний не могут подменить ни энтузиазм, ни безупречное здоровье, ни наличие запасов продуктов и аварийного снаряжения. Однако нужно не просто знать правила поведения в той или иной экстремальной ситуации, но и уметь применить приобретенные знания на практике.

В связи с этим мы в отдельную группу выделяем эдукологические факторы, т. е. специальные знания, умения и навыки, необходимые человеку для выживания при автономном существовании. Именно их глубина и надежность определяют, сохранятся ли у человека столь необходимые в подобных ситуациях хладнокровие, изобретательность, самообладание или будут превалировать эмоциональная напряженность, страх, уныние, грозящие срывом функциональной деятельности (Воловин В. Г., 1995).

Выживание в автономных условиях существования является основным предметом специальной дисциплины — безопасности жизнедеятельности. Эта научная и учебная дисциплина рассматривает выживание в автономных условиях в следующих аспектах: «умение правильно оценить создавшуюся обстановку, преодолеть эмоциональные реакции тревоги и страха, рассчитать свои силы; готовность к взаимодействию и взаимопомощи, осознанное подчинение личных интересов интересам группы, способность взять на себя роль лидера группы; проявление изобретательности и находчивости, способность с максимальной эффективностью применить свои знания, умения и навыки при выполнении мероприятий и грамотных действий по жизнеобеспечению» (Воловин В. Г., 1995).

Однако термин «выживание» приобрел более широкое значение, распространившись наряду с существованием в автономных условиях и на другие ситуации с неблагоприятными условиями жизнедеятельности. Это ситуации техногенных катастроф и природных катаклизмов, ситуации заложничества и других видов насилия, ситуации военных конфликтов и т. п. Любая ситуация, предъявляющая человеку требования, превосходящие его психические и физические возможности, ставит перед ним задачу выживания. Безусловно, к таким ситуациям в первую очередь относятся психотравмирующие ситуации, угрожающие здоровью и жизни человека. Не случайно в психологической помощи одним из важных постулатов в работе с человеком, пережившим травматический стресс, является трансформация образа жертвы в образ выжившего. Тем самым подчеркивается, что, несмотря на потери, которые неизбежны при психической травме, у человека есть все основания относиться к себе с уважением, так как он сохранил себя и свою жизнь в сверхтрудных для любого человека условиях.

В экстремальной психологии этой дефиницией нередко определяют не только направление деятельности, но и динамику функциональных состояний человека в экстремальных ситуациях, а также результат процесса взаимодействия индивида с крайне неблагоприятным воздействием среды.

Процесс выживания сопровождается включением осознанных и неосознанных (часто примитивных, архаических) психических механизмов сохранения жизни, которые могут конфликтовать и конкурировать с необходимостью разрешения экстремальной ситуации, требующей, как правило, необычных для человека действий и решений, в том числе подвергающих его жизнь опасности.

В процессе выживания различают индивидуальные стили деятельности, такие как *спринтерская* стратегия, проявляющаяся в максимальном, но кратковременном расходовании сил, и *стайерская*, характеризующаяся бережным и длительным расходованием сил и энергии (Казначеев В. П., 1973). Эффективность той или иной стратегии зависит от соответствия ее сложившейся ситуации. В одних случаях более эффективной для выживания может оказаться спринтерская стратегия (например, ситуация пожара), в других — стайерская (например ситуация заложничества).

На процесс выживания человека оказывают влияние различные причины, получившие название факторов выживания (Головочев М. В., Гелашвили Д. Б., Богатырева Т. П., 1995).

По отношению к системе «человек — среда обитания», принятой в безопасности жизнедеятельности, авторы условно делят все факторы выживания на 2 группы: антропологические и средовые. Первая группа — антропологическая — включает факторы, имеющие отношение только к человеку, к его валеологическим и эдукологическим характеристикам. Во вторую группу входят средовые факторы, под которыми понимают различные составляющие среды обитания (природные, социальные, техногенные), которые могут оказать прямое или косвенное воздействие как на организм человека, так и на его личность в автономных условиях (рис. 4.1).

Проблема выживания в психологии экстремальных состояний сфокусирована преимущественно на антропологических факторах выживания. Более подробно эти факторы и факторы риска психической травматизации в экстремальных и чрезвычайных ситуациях будут описаны ниже. Остановимся коротко на понятии среды и ее влиянии на человека.

4.1.2. Понятие «среда»

Рассмотрим понятие «среда», в которой проходит жизнедеятельность человека, и определим внешние факторы возникновения экстремальных, чрезвычайных или трудных ситуаций.

Роль среды подробно рассмотрена в экологии, она оценивается с позиции правила Шелфорда, которое устанавливает, что среди значений любого условия есть определенный диапазон толерантности — тот промежуток, в котором может существовать рассматриваемый организм. Оптимальное значение условия находится внутри этого диапазона. Чем дальше значение условия отклоняется от оптимума, тем сильнее его неблагоприятное действие на организм. Лимитирующим оказывается то из существенных для организма условий, значение которого сильнее всего отклоняется от оптимального.

Валеологические*Физиологическое состояние:*

Адаптированность к условиям климата; травмы; тепловые и холодовые поражения; паразитарные болезни; отравление природными ядами; физическая выносливость; резервы организма.

Психофизиологическое функционирование*Психическое состояние:*

Психические процессы; психические свойства личности; мотивация; морально-психологическая подготовленность; актуальная личностная структура; острые психические заболевания.

Экологические*Абиотические:*

Температура и влажность воздуха; сила ветра; солнечная радиация; уровень барометрического давления атмосферы; водоисточники; смена часовых поясов; рельеф местности; содержание кислорода в воздухе.

Биотические:

Растительность; животный мир.

Антропогенные:

Факторы живой и неживой природы, трансформированные в результате деятельности человека.

Эдукологические:

обученность действиям при автономном существовании; жизненный опыт; уровень профессиональной подготовки.

Антропологические

ФАКТОРЫ
ВЫЖИВАНИЯ

Средовые

Социально-психологические:

Конъюнктивные чувства как эмоциональная основа межличностных отношений. Эмоциональная удовлетворенность межличностными отношениями. Идентификация, эмпатия, аттракция. Знания специфик общения в экстремальной ситуации. Рефлексия, самокритичность. Уровень групповой сплоченности, гибкость социального поведения; направленность социального поведения; направленность социальной мотивации на сотрудничество. Креативность мышления. Степень понимания членами группы целей и задач по выходу из автономии, способность принять на себя ответственность, способность лидера к императивному стилю общения.

Материально-технические:

Одежда; снаряжение; водо-пищевой запас; средства сигнализации и связи; носимый аварийный запас; походная аптечка; подручные средства.

Рис. 4.1. Факторы выживания в автономных условиях (по: Головачев М. В., Гелашвили Д. Б., Богатырева Т. П., 1995)

В связи с этим традиционно среду обитания человека, условия, в которых протекает его жизнедеятельность, классифицируют по влиянию их на человека и разделяют:

- на комфортные (оптимальные) условия деятельности и отдыха, к которым человек приспособлен в большей степени, та «экологическая ниша», в которой проявляется наивысшая работоспособность, гарантируется сохранение здоровья, в том числе репродуктивного. В окружающей среде — оптимум ресурсов, минимальный объем вредоносных факторов;
- допустимые условия труда и жизнедеятельности, которые характеризуются отклонением от номинальных значений в допустимых пределах и не оказывают негативного воздействия на здоровье, не вызывают необратимых процессов деструкции у человека и среды обитания, но приводят к дискомфорту и снижению работоспособности и продуктивности деятельности. Человек может адаптироваться к ним, преодоление негативного воздействия среды, как правило, является условием развития. Допустимые нормы воздействия закрепляются в санитарных или моральных нормах;
- опасные условия, которые являются избыточными или недостаточными для функционирования и оказывают существенное вредоносное влияние на организм и психику. Эти условия представляют угрозу для жизни человека при пороговой экспозиции;
- особо опасные условия, определяемые отсутствием достаточного объема ресурсов и наличием значительного объема вредоносных воздействий, способных за короткий срок повредить организм или психику и привести к смерти.

Предложенная выше классификация не идеальна, она отражает подход к оценке среды и в большей степени рассматривает среду с позиции ее вредоносности. Даже комфортная среда, да и другие тоже, по последствиям не так однозначны, в них всегда необходимо учитывать характер активности человека. В среде присутствует конкуренция между возможностью получения ресурсов, их потреблением или доступом к ним, с одной стороны, и затратой сил на это, а также угрозой получения ущерба для жизни и здоровья — с другой.

4.1.3. Понятия «ресурсы» и «вредоносные факторы»

Человек существует в постоянном взаимодействии с окружающей средой, в которой находятся как необходимые для его существования, так и негативно влияющие факторы, создающие угрозу для его существования.

Факторами, благотворно влияющими на человека, являются ресурсы (то, что необходимо человеку для его существования, жизнедеятельности и деятельности, что обеспечивает его существование, эффективность и комфортность). С другой стороны, на человека воздействуют вредоносные факторы (то, что оказывает повреждающее или разрушающее действие на организм или его функционирование).

Ресурсы — источники и предпосылки получения необходимых для существования людей материальных и духовных благ, определяющих как само существование человека, так и эффективность его функционирования в разных системах.

Среда обеспечивает человека ресурсами, объем и качество которых определяют качество жизнедеятельности и деятельности. Требуется оптимум ресурсов: избыток или недостаток ресурсов не обеспечивает нормальную жизнедеятельность. Так, например, опасны как отсутствие кислорода, так и атмосфера с избытком кислорода, отсутствие информации или ее избыток.

Ресурсы — это то, что необходимо для существования человека, что помогает преодолевать трудные ситуации, разрешать экстремальные и кризисные, выживать в чрезвычайных ситуациях. Ресурсами являются и средства защиты от вредоносных факторов. Источник ресурсов — внешняя среда, в процессе потребления которой человек накапливает внутренние ресурсы.

Ресурсы делятся на внешние и внутренние:

А. Внешние ресурсы:

- 1) *материальные* — обеспечивающие жизнедеятельность (элементарные: пища, вода, кислород, а также доход, дом, транспорт, одежда, объектные фетиши);
- 2) *информационные* — источники информации о материальных объектах, их свойствах, о наличии, расположении, доступности способов потребления, наличии вредоносных факторов, способах защиты от них.
- 3) *социальные* — создающие функционирование в рамках социальных групп (социальная поддержка, семья, друзья, работа, социальный статус, регулирование допуска к материальным ресурсам);
- 4) *технологические* — доступные в деятельности уровни технологии, обеспечивающие возможность и результативность деятельности.

Необходимо отметить, что человек как целостная система обладает своими собственными, внутренними ресурсами. Они обеспечивают его определенную независимость (способность сохранять гомеостаз, постоянство внутреннего состояния вне зависимости от внешней среды).

Б. Внутренние ресурсы:

- 1) *материальные* — объем материальных ресурсов в организме, обеспечивающих устойчивость (гомеостаз) процессов ассимиляции и диссимиляции: кислород, питательные вещества, вода и т. п.;
- 2) *информационные*: объем знаний, умений, навыков, то, что является элементами внутреннего мира;
- 3) *психофизиологические*, или психосоматические: продуктивность, быстрота, объем, стабильность, переключаемость внимания и другие характеристики рабочей памяти, эмоциональная регуляция, вегетативная регуляция, физические состояния, а также морфотип, физическая сила и т. п.;

- 4) *личностные*: интраперсональные переменные (самоуважение, профессиональные умения, оптимизм, самоконтроль, жизненные ценности, система верований и др.), обеспечивающие, как правило, осознаваемые волевые, эмоциональные и энергетические характеристики.

По мнению М. Ш. Магомед-Эминова (1998), для выживания человека (как биологического существа и личности) важна «мотивация на самосохранение».

Зарубежные исследователи (Garmezy N., Masten S., Tellegen A., 1984; Rutter M., 1987) обогатили психологию экстремальных и кризисных ситуаций концепцией защитных (внешних и внутренних) факторов, способных обезвредить действие даже самых сильных стрессоров. В противоположность стресс-факторам антистрессорное воздействие на человека могут оказывать внешние ресурсы выживания: биологические (качественное питание, чистый воздух, обеспеченность лекарствами и т. д.), психосоциальные (семейная, дружеская поддержка и т. д.) и социокультурные (материальная обеспеченность, социальная защищенность, высокий уровень жизни и др.). При этом задействуются психологические механизмы, одни из которых ухудшают адаптацию (факторы уязвимости), другие — улучшают (факторы защищенности, ресурсы преодоления).

Ресурсы психологического преодоления — это актуализированные потенциальные возможности человека, представленные в виде способов или действий, инструменты психической саморегуляции, направленные на совладание со стрессорами прошлых, настоящих или будущих жизненных ситуаций. Основными атрибутами ресурсов преодоления как психологических инструментов являются осмысленность, осознанность, мотивированность, значимость и целенаправленность их использования, а также осознанного накопления для совладания с прогнозируемыми в будущем стрессовыми ситуациями (Водопьянова Н. Е., 2009).

Согласно модели консервации (накопления) ресурсов С. Е. Хобфолла (Hobfoll St. E., 1989), люди стремятся приобрести, сохранить, защитить и восстановить то, что ценно для них, при этом стресс возникает как в ситуациях фактической или угрожаемой потери ресурсов, так и в ситуации невозможности возмещения утраченных ресурсов. По мнению С. Е. Хобфолла, ресурсы (психические, энергетические, вегето-соматические характеристики, материальные объекты, профессиональные возможности и др.), необходимые для выживания человека, способствуют психологической устойчивости в стрессовых ситуациях или служат средствами достижения значимых целей (табл. 4.1). Стратегия накопления ресурсов (даже при отсутствии действующего стрессора) — это антиципаторный копинг, который обуславливает стресс-реакции и влияет на стрессоустойчивость в целом (там же).

Вредоносные факторы делят:

- по причине или источнику — на природные, техногенные, социальные;
- по характеру — на материальные (механические, термические, электромагнитные, химические, биологические); антропогенные и информационные.

Таблица 4.1 Классификация ресурсов (по: Hobfoll St. E., 1989)

Виды классификаций	Виды ресурсов	Проявления	Примечания
Я-концепция индивида	Внутренние	Самоуважение, ценностные ориентации, оптимизм, креативность, профессиональные навыки и др.	Внутренние ресурсы более доступны, чем внешние (во времени и социальном пространстве)
	Внешние	Социальная поддержка, работа, профессиональный и экономический статус и др.	Мобилизация внешних ресурсов требует усилий и больших временных затрат, приспособления к обстоятельствам, затрудняющим их использование
Структурная классификация	Объектные	Физическое объективное присутствие (дом, автомобиль, самолет, драгоценности и т. п.)	Прикладываются огромные усилия для обладания объектными ресурсами, необходимыми как для поддержания статуса, самооценки, так и для выживания
	Личностные	Навыки (профессиональные, социальные, лидерские), личностные качества (самооценка, активность, продуктивность, интеллект, способность аналитически мыслить, эмоционально-волевой контроль, воля к жизни и др.)	Являются продуктами образования, воспитания и ролевой адаптации, могут быть обусловлены биологическими особенностями темперамента, способствующими развитию отдельных личностных черт (коммуникабельности, активности и др.). Воля к жизни мотивирует на самосохранение в любых условиях
	Ресурсы состояний или условий	Имеют биологическую основу (здоровье), «зарабатываются» (брак, семья, стаж); зависят от наследования (первенство рождения) или социального ранга (высокая должность, престижная работа)	Долго приобретаются, требуют больших затрат, при этом их можно быстро потерять (увольнение, измена в браке, болезнь и т. п.). Являются основой (условиями) для приобретения других ресурсов, их можно обменять на ресурсы первых двух категорий
По значению для выживания	Энергетические	Включают деньги и знания	Могут быть инвестированы в приобретение других ресурсов или защиту от их потери
	Первичные	Имеют непосредственное отношение к выживанию (еда, вода, одежда, медикаменты и др.)	Первичные и вторичные ресурсы важны для выживания при любом типе ЧС
	Вторичные	Содействуют первичным ресурсам (принадлежность к группе, социальная поддержка, личностные характеристики, деньги и др.)	
	Третичные	Социальный и экономический статус, титулы, роскошные автомобили, дома, одежда, способствуют доминированию в социуме	При природных катастрофах третичные ресурсы теряют свое значение

Примером может быть космическое путешествие, а в современном мире это уже и туризм, когда человек сталкивается с вакуумом, крайне низкими температурами за пределами космического корабля и сверхвысокими температурами при возвращении на Землю, радиацией, отсутствием силы тяжести — собственно, находится в особо опасной среде, несовместимой с жизнью, и тем не менее современные технологии обеспечивают жизнедеятельность с минимумом негативных воздействий, позволяют не только выжить, но и осуществлять деятельность, получать ранее недоступные впечатления. Путешественник испытывает спектр необыкновенных переживаний при невысоком уровне риска.

Вредоносные факторы характеризуются интенсивностью своего воздействия, наличием порогов или их отсутствием, тотальностью или избирательностью вредоносного воздействия на организм, характером повреждения. В литературных источниках их часто называют стрессорами, стрессогенными факторами. Необходимо учитывать, что недостаток ресурсов также оказывает вредоносное воздействие.

Сочетание ресурсов и вредоносных факторов независимо от реакции человека могут создавать среду, обладающую позитивным, саногенным влиянием на человека (оптимальные условия, среда рекреации), повышающим качество здоровья человека, и патогенным, снижающим качество здоровья, создавая угрозу для здоровья и жизни человека. В то же время воздействие факторов среды не носит фатального характера, а скорее отражает уровень приспособленности человека к данной среде и уровень его внутренних ресурсов, ориентированности в среде. Даже особо опасных условий часто можно избежать или избавиться от них, если ориентироваться в окружающих условиях. Они не наносят вреда, если у человека достаточно внешних и внутренних ресурсов защиты.

4.2. Факторы риска и ресурсы выживания в экстремальных и чрезвычайных ситуациях

Существует связь стратегий выживания и факторов риска развития неблагоприятных психологических последствий от вида ЧС, в которой оказался человек. К объективным характеристикам ЧС, повышающим уровень уязвимости личности, относятся:

- степень внезапности возникновения ЧС;
- семантика ситуации (степень ее экстремальности для индивида, природный, антропогенный или смешанный характер воздействия);

- масштабность ЧС;
- сила и длительность воздействия экстремальных факторов (огня, воды, отравляющих веществ, взрывов и др.);
- несвоевременность и неэффективность оказания медико-психологической помощи.

К факторам выживания в зоне ЧС и факторам риска, влияющим на развитие негативных социально-психологических последствий, по мнению Л. Г. Пыжьяновой (2011), относятся:

- выраженность угрозы жизни (реальной, потенциальной или мнимой);
- количество пострадавших и погибших в ЧС;
- возраст жертв (детский, работоспособный);
- количество людей, получивших физические травмы, и пострадавших, судьба которых неизвестна;
- степень разрушений инфраструктуры, нарушения условий жизнедеятельности;
- выраженность изменения жизненного стереотипа;
- степень завершенности ситуации (неясность перспектив развития ЧС);
- своевременность и полнота информированности пострадавших и их родственников;
- этнокультурные особенности пострадавших;
- однородность национальной и профессиональной среды;
- территориальные особенности населенного пункта (подверженность местности наводнениям, землетрясениям и др.);
- удаленность проживания пострадавших от зоны ЧС, необходимость их эвакуации;
- характер освещения последствий ЧС в СМИ, степень общественного резонанса и др.

Диапазон функций гомеостатического регулирования, резервных возможностей человека, степень выраженности и тяжесть состояний дезадаптации определяется также взаимным влиянием индивидуальных факторов риска, называемых *предикторами персональной уязвимости*. К их числу относят:

- детский или пожилой возраст;
- индивидуально-психологические и гендерные психофизиологические особенности (ригидность, интровертированность, психический инфантилизм, астенические черты, гиперсензитивность, зависимость, личностная тревожность; импульсивность, склонность к чрезмерному контролю, фиксация на препятствии к подавлению негативных эмоций, низкий уровень интеллектуального развития, самооценки и морально-волевых качеств; неадекватность копинг-стратегий, мотивационных установок, ценностных ориентаций и др.);
- низкая устойчивость центральной нервной системы к стрессу (слабый тип высшей нервной деятельности);

- недостаточная пластичность гомеостатических и регуляторных систем организма;
- генетическая предрасположенность (психопатии, наличие в анамнезе психических или социопатических расстройств);
- индивидуальное психосоматическое состояние организма (сниженный иммунитет, хронические заболевания в анамнезе, дефицит роста-весового показателя и др.);
- нервно-психическая неустойчивость, социальная дезадаптация, алкогольная (наркотическая) зависимость;
- травматический опыт в анамнезе (черепно-мозговые травмы, несчастные случаи, психологическое и физическое насилие, дисгармоничные отношения в семье и др.);
- низкая степень подготовленности (психологической, физической и профессиональной) к действиям в экстремальной обстановке;
- материальное положение индивида, его семьи и др.

В конечном счете варианты индивидуальных и массовых негативных психологических последствий ЧС будут зависеть от соотношения внутренних факторов уязвимости (индивидуальных факторов риска) и защищенности (ресурсов преодоления, факторов выживания), т.е. от структуры личности человека. Сходные варианты психического реагирования, которые выявляются в различных социально-профессиональных группах в сложных условиях ЧС, делают обоснованным предположение об общих механизмах защитно-приспособительной деятельности. С другой стороны, выявляемые различия ставят вопрос об индивидуальных психофизиологических особенностях, устойчивость и уязвимость которых во многом определяются сформировавшейся в процессе онтогенеза совокупностью предрасполагающих условий. Вспомним основные уровни уязвимости личности в русле биопсихосоциальной парадигмы, которые приводят к индивидуальным и массовым последствиям в зоне чрезвычайной ситуации (рис. 4.2).

Как было сказано выше, одним из факторов риска неблагоприятных последствий является семантика ситуации, когнитивное восприятие характера ЧС. Исследования психиатров (Ю. А. Александровский, Б. П. Шукин, Е. В. Снедков, Б. В. Овчинников, А. И. Колчев и др.) и психологов (Н. В. Тарабрина, М. А. Падун, В. А. Агарков, Е. А. Миско, М. Е. Зеленова, Е. О. Лазебная и др.) доказали, что наиболее интенсивной и разрушительной для личности является реакция на угрозу, исходящую от другого человека. Антропогенные ЧС и террористические акты подрывают базовые структуры личностной организации человека — его привычную картину мира и всю систему жизненных ценностей. Техногенные катастрофы, причиной которых часто являются преступная халатность персонала предприятий либо сочетание причин технического, организационного и нормативно-правового характера (Чернобыльская авария, 1986; авария на Саяно-Шушенской ГЭС, 2009; крушение теплохода «Булгария», 2011 и др.), помимо психической дезадаптации, вызывают у пострадавших гнев, ненависть, стремление наказать виновных, компенсировать понесенный ущерб. Особой психотравматичностью обладают ЧС смешанного, комплексного характера



Рис. 4.2. Основные уровни уязвимости личности и последствия ЧС

Таблица 4.2. Типы чрезвычайных ситуаций: их оценка, переживание и последствия

Критерии различий	Тип чрезвычайной ситуации	
	Массовые насильственные действия	Стихийные бедствия
Частный случай ЧС	Взрыв бомбы (террористический акт), захват заложников, самолета, биотерроризм, массовые беспорядки, погромы, поджог, расстрел мирного населения и др.	Ураган, торнадо, землетрясение, пожар, наводнение, засуха, извержение вулкана и др.
Причины	Физическое и психологическое насилие как преднамеренный социополитический и террористический акт (жестокость, месть, ненависть); физическое насилие против группы или отдельных лиц вследствие психического заболевания преступника	Тяжесть и выраженность последствий ЧС являются следствием взаимодействия природных и человеческого фактора
Когнитивная оценка события	Восприятие ситуации как непостижимой, бессмысленной, неоправданно жестокой и несправедливой. События оцениваются либо как непредсказуемые и не поддающиеся контролю, либо как проявление халатности со стороны правоохранительных органов, не предотвративших происшествие	Страх и паника, связанные с неконтролируемостью сил природного характера. Своевременное предупреждение о стихийном бедствии снижает эмоциональное напряжение, увеличивает чувство предсказуемости и контролируемости ситуации
Последствия	Более высокие показатели ПТСР, депрессии, длительные реакции горя и тяжелой утраты. Психические и соматические травмы требуют длительных усилий по восстановлению нарушенного здоровья	Длительные психологические реакции касаются финансовых потерь и вынужденной миграции. Ситуация остается травматичной, как правило, более 18 месяцев, но с более низкими показателями ПТСР, чем в случае теракта
Субъективные переживания и внешние реакции	Интенсивные эмоции страха, ужаса, беспомощности и предательства у жертв внезапной смертельно опасной ситуации, человеческого насилия. Последующее недоверие, страх перед людьми могут вызвать социальную изоляцию. Наблюдаются гнев и обвинения в адрес преступника или группы лиц, ненависть, желание отомстить	Усиление травматичности ситуации из-за длительной угрозы жизни, эвакуации в другой регион, разделения членов семьи, потери частной собственности и места жительства. Наблюдаются чувство вины и гнев в отношении представителей служб, ответственных за предотвращение ЧС, а также тех, кто оказывает помощь в зоне бедствия

Критерии различий	Тип чрезвычайной ситуации	
	Массовые насильственные действия	Стихийные бедствия
<p>Изменение мировоззренческих установок</p>	<p>Разрушение иллюзий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • безопасности мира и позитивного восприятия человека; • справедливости устройства мира (выжившие отказываются верить в то, что такая трагедия произошла с хорошими людьми); • неузависимости (любой может оказаться не в то время и не в том месте) 	<p>Разрушение иллюзий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • недоумение («Как Бог мог допустить такие разрушения и жертвы?»); • потеря ощущения безопасности на суше (убежденности, что земля тверда и надежна); • разрушение иллюзии собственной неуязвимости
<p>Вторичное воздействие</p>	<p>Нахождение потребностей жертв в компетенции уголовного судопроизводства. Бюрократические препятствия и трудности на пути получения материальной компенсации за ущерб могут вызвать чувство беспомощности и бессилия. Жертвы преступления могут испытывать предубежденность и чувство вины, а также чувствовать, что понесенное преступниками наказание не соответствует совершенному ими преступлению и тяжести понесенной утраты</p>	<p>Неэффективность действий служб экстренной помощи при ликвидации последствий катастрофы, а также бюрократические процедуры вызывают конфликты и усугубляют состояние пострадавших. Когда компенсация потерь недоступна или слишком отсрочена во времени, возникают разочарование и гнев. Жертвы редко чувствуют, что им была оказана всесторонняя помощь</p>
<p>Влияние СМИ</p>	<p>Большой интерес СМИ к ситуации массового насильственного характера и ее психологическому воздействию на пострадавших. Чрезмерно частые репортажи с места трагедии подвергают людей вторичной психической травматизации. Вмешательство СМИ нарушает частную жизнь</p>	<p>Краткое освещение ЧС в СМИ оставляет ощущение малой значимости события для общества и остальной части мира. Освещение в СМИ может привести к вторжению в частную жизнь, вызвать потребность защитить жертв и членов их семей</p>
<p>Фазы и периоды реадaptации после психотравмы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Шок. • Неверие, отрицание фактов. • Протест, опровержение. • Взаимодействие с системой уголовного правосудия и участие в уголовном процессе. • Достижение соглашения (принятие фактов) и смирение с потерями. • Восстановление (реадаптация), возвращение к нормальной жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Героизм, оказание помощи во время стихийного бедствия. • «Медовый месяц» (радость выжившего). • Разочарование. • Смирение с фактами утрат и финансовыми потерями. • Реадаптация, возвращение к нормальной жизни

Критерии различий	Тип чрезвычайной ситуации	
Стигматизация жертвы	Массовые насильственные действия	Стихийные бедствия
	Некоторые жертвы эмигрируют, чтобы не слышать оскорблений, не испытывать вину оставшегося в живых, не чувствовать ответственность за смерти, клеймя себя позором и считая себя недостойным помощи. Общество, партнеры, друзья и даже семья могут дистанцироваться от пострадавшего, чтобы избежать осознания и принятия факта, что жертвой преступления может стать каждый. Близкие люди из лучших побуждений могут убеждать переживших тяжелую утрату «успокоиться и идти дальше», заставляя их страдать и чувствовать себя одинокими. Преступления на почве ненависти укрепляют дискриминацию и стигматизацию жертв	Лица с низким социально-экономическим уровнем, относящиеся к культурным, расовым и этническим меньшинствам; из неполных семей; люди, имеющие травмы, соматические заболевания и психические нарушения; пожилые, безработные, живущие на пособия, находясь в области высокого риска дезадаптации и трудностей реабилитации

(землетрясение и цунами в Японии, вызвавшее ядерную аварию на АЭС «Фукусима» в 2011 г., наводнение 2012 г. в Крымске и т.п.).

Согласно данным Департамента США по здравоохранению и гуманитарной помощи, опубликованным в 2004 г. (Mental health response..., 2004), существуют характерные отличия психических реакций людей на массовые насильственные действия антропогенного характера и на чрезвычайные ситуации природного происхождения (табл. 4.2).

Одним из видов ресурса выживания в зоне ЧС является экстренная психологическая и медицинская помощь (подробнее см. гл. 15).

4.2.1. Факторы риска и ресурсы выживания в техногенных катастрофах

Техногенные катастрофы являются достаточно распространенным явлением на современном этапе развития человечества: большое количество техногенных объектов влечет за собой вероятность аварии на любом из них.

Существуют различные основания для классификации техногенных катастроф. К наиболее полной можно отнести разделение всех таких ЧС на транспортные катастрофы, катастрофы, сопровождаемые взрывами и пожарами, химические аварии, радиоактивные катастрофы, чрезвычайные ситуации биологического характера, разрушения объектов недвижимости, катастрофы в электроэнергетике, коммунальные аварии, техногенные катастрофы с участием очистных сооружений и аварии гидротехнического происхождения.

При общем анализе при любой аварии и катастрофе на человека оказывают воздействие следующие группы факторов (Коханов В. П., 2008):

- биологические — возраст, пол, наследственность, перенесенные заболевания;
- климатографические — особенности окружающей среды;

- социальные — социально-психологические (организационный хаос, особенности проведения спасательных работ и т. д.) и профессионально-бытовые (уровень профессиональной подготовки, опыт работы, длительность пребывания в зоне ЧС и т. д.);
- индивидуально-личностные — особенности переживания конкретным человеком происходящего, степень осознания опасности и т. п.;
- специфические — факторы, приобретающие особое значение в конкретной ЧС (высокий риск радиационного воздействия и т. п.).

Авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) спустя 30 лет уже хорошо изучена разными специалистами, поэтому ее стоит рассмотреть подробно как пример масштабной техногенной катастрофы. Психологические последствия этой ситуации представляют большой интерес для исследователей, что связано со сложным и долгосрочным характером неблагоприятных воздействий комплекса факторов радиационной аварии, уникальными масштабами катастрофы, высокой социальной значимостью проблемы (Ликвидаторы последствий..., 2008).

Причины аварии на ЧАЭС, как и практически любой техногенной катастрофы, многофакторны. Часть специалистов (в основном — проектировщики ЧАЭС) делают акцент на непрофессиональной работе эксплуатирующего персонала четвертого блока АЭС, другая группа говорит о наличии существенных недоработок в конструкции реакторов, т. е. вина ложится на самих проектировщиков. В качестве технических причин аварии Государственной комиссией Госатомнадзора бывшего СССР, созданной в 1990 г., была признана версия, которая связана с наличием эффекта реактивности системы управления и защиты реактора.

Психологические корни аварии на ЧАЭС лежат в сфере взаимодействия человека и машины: основным фактором этой аварии стали действия операторов, грубо нарушивших инструкции эксплуатации и правила управления энергоблоком. Эти действия наложились на конструктивные недостатки системы управления и защиты реактора.

Кроме этого, признаются и более общие социальные причины катастрофы, а именно низкий уровень культуры ядерной безопасности в СССР. Если разбирать их более подробно, то это и отсутствие развитой структуры законодательства в сфере ядерной энергетики, и невыполнение принципа полной ответственности за безопасность ядерной установки эксплуатирующей организацией, и отсутствие внимания к влиянию человеческого фактора на безопасность АЭС, и игнорирование опыта других государств, и отставание методологии анализа безопасности ядерных энергетических установок СССР. Безопасность АЭС в СССР переоценивалась, объективные оценки безопасности отечественных реакторов подавлялись авторитетами и руководителями советской ядерной науки и техники. Независимая экспертиза, в первую очередь со стороны государственных органов регулирования ядерной безопасности, реально отсутствовала.

Факторы риска, которые воздействовали на людей во время и после аварии на ЧАЭС, можно классифицировать по разным основаниям.

В качестве специфических факторов аварии на ЧАЭС следует учитывать следующее: большое число людей (и жителей загрязненных территорий, и ликвидаторов) подверглось ионизирующему излучению в малых дозах (Никифоров А. М. и др., 2002); во время этой ЧС человек потерял контроль над системой, которая была им же создана и контролируема; за аварией последовала серьезная экологическая катастрофа (Коханов В. П., 2008). Вследствие этих особенностей большой контингент лиц так или иначе стали считать себя пострадавшими в результате аварии на ЧАЭС и нуждались в медицинской и психологической помощи; человеческий фактор, ставший причиной катастрофы, привел к нарушению чувства безопасности даже у той части населения, которая находилась вдали от зоны поражения.

Для более точного анализа стоит отдельно рассмотреть факторы риска, воздействовавшие на мирное население, оказавшееся в зоне поражения, и факторы риска для лиц, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС — так называемых ликвидаторов. Несмотря на наличие определенной специфики для каждой группы, часть вредоносных факторов является общей для них, хотя и возможны различия в интенсивности воздействия. Так, одна группа психологов считает определяющими психологические стрессовые факторы (Александровский Ю. А. и др., 1989; Румянцева Г. М. и др., 1994; Орлов И. Е., 1996), другие исследователи главную роль отводят непосредственному биологическому воздействию ионизирующей радиации (Ромоданов А. П., 1993; Нечипоренко В. В. с соавт., 1996). Наиболее адекватной позицией представляется та, которая принимает во внимание сочетание влияния разнообразных факторов на последствия радиационной катастрофы (Коханов В. П., 2008).

Вредоносные факторы, которые исследователи выявили как наиболее психологически существенные в контексте аварии на ЧАЭС, едины для всех, так или иначе оказавшихся в зоне катастрофы. В первую очередь чернобыльская катастрофа явилась тяжелым психоэкологическим стрессом, одним из ключевых факторов риска которого, в отличие от войн и стихийных бедствий, является проекция опасений за здоровье в будущем. Возможность возникновения отдаленных и генетических последствий облучения стала мощным хронифицирующим психотравмирующим фактором, приводящим к формированию синдрома «негарантированного или безнадежного будущего» (Петрюк П. Т., Якущенко И. А., 2003).

Факт облучения населения районов вокруг АЭС является основным внешним вредоносным фактором. Для подавляющего числа жителей 30-километровой зоны доза внешнего гамма-излучения не превышала значений 250 мЗв. Но кроме гамма-излучения были и другие факторы воздействия на здоровье людей. Выброс радиоактивности из разрушенного реактора осуществлялся в форме радиоактивных аэрозолей и топливных частиц в газообразной форме и в форме частиц конденсационного происхождения, с большим количеством радионуклидов, образовавшихся в процессе работы реактора (Асмолов В. Г. и др., 1988). Безусловную опасность представляли долго- и короткоживущие изотопы йода, дающие основной вклад в дозу облучения щитовидной железы. Радиоактивные частицы с воздухом поступали в органы дыхания, что сопровождалось неизбежным при этом облучением желудочно-кишеч-

ного тракта, особенно нижнего отдела толстого кишечника. Дозы бета-излучателей воздействовали на открытые участки кожи и хрусталик глаза. Таким образом, картина облучения была очень сложной и наряду с общим равномерным облучением всего тела ряд органов и систем организма испытывал дополнительную дозовую нагрузку. Облучение воздействует также и на нервную систему человека, сказываясь на ее функциональном состоянии: в литературе указывается на обонятельные галлюцинации, снижение остроты вкусовых ощущений, изменения условнорефлекторной деятельности, эмоциональную неустойчивость, снижение памяти.

Если рассматривать воздействие вредоносных факторов и использование ресурсов жителями, попавшими в зону поражения, в динамике, то в течение года со дня катастрофы выделяют 4 периода (Навойчик В. В., 2013):

- шоковый период;
- период напряженной неопределенности;
- предпусковой и пусковой период;
- период разрешения психотравмирующей ситуации.

Для шокового периода характерно отсутствие какой-либо объективной информации о случившемся — жители города Припять в основном вели обычную жизнь. Непонимание масштабов трагедии и опасности облучения для здоровья способствовало отсутствию острых реакций со стороны населения в первые дни после катастрофы, в то время как среди работников АЭС, имевших более ясные представления о катастрофе, психические нарушения проявлялись в виде психомоторного возбуждения при отсутствии психотических реакций. До объявления официальной эвакуации люди находились в состоянии напряженности, тревоги, страхов, неясных слухов при отсутствии четких сведений о происшествии. Максимальное психическое напряжение пришлось на конец апреля и первые дни мая, когда люди ждали еще более трагических последствий, нового взрыва в том случае, если перекрытия не выдержат температурного воздействия.

Период неопределенности связан с отступлением острой опасности, что дало возможность осознать произошедшее. Людей волновала дальнейшая судьба АЭС и их родных мест, а также возмущала искаженность информации в СМИ. К этому добавлялись внешние факторы — неустроенный быт, теснота, жилищные проблемы эвакуированных. Симптомы людей, обратившихся в этот период за медицинской помощью, были довольно разноплановы: снижение и колебания настроения, тревога и страхи, нарушения памяти, нарушения сна, раздражительность, повышенная чувствительность к звуковым и световым раздражителям. Поставленные диагнозы в основном заключались в реактивных депрессивных неврозах, а также в ажитированных и ипохондрических депрессиях и незначительном количестве реактивных параноидных психозов.

Во время пускового периода основной массе населения было предоставлено жилье в Киевской области, Киеве и Чернигове, выделены компенсации материальных потерь. Улучшение жилищных условий и нормализация жизни, а также отсутствие новых взрывов на АЭС привели к общей стабилизации психического состояния, сни-

жению тревоги, улучшению настроения. Остались проявления раздражительности, колебаний настроения, слезливости, утомляемости, ухудшение памяти, обидчивость, обостренное восприятие социальной несправедливости, чему способствовало не всегда заслуженное получение квартир, денежных компенсаций, наград, изменение и пересчет дозовых нагрузок. В клинической картине диагностируемых расстройств преобладают невротические депрессии с поблекшими проявлениями тоски, тревоги, страха.

Период разрешения психотравмирующей ситуации начинается с декабря 1986 г. К этому времени население обосновалось на новом месте, жизнь вернулась в свой обычный ритм, ситуация перестала быть экстремальной. Однако для некоторых переживания перешли в новую плоскость. Среди нарушений психического здоровья в этот период выявляются затянувшиеся депрессивные неврозы, астено-невротические и астено-депрессивные синдромы, декомпенсации астенических и параноидальных психопатий, острые алкогольные психозы и наркомании.

Вредоносные факторы, оказавшие влияние на ликвидаторов аварии на ЧАЭС, изучены более подробно, их касались многие исследования, в том числе психологов и психиатров. Угрозе радиационного заражения подверглось по разным источникам от 100 до 750 тыс. человек, принимавших участие в работах как на самой станции, так в 30-километровой зоне вокруг АЭС в течение нескольких лет после самой аварии. Здесь стоит отметить, что участие в работах по ликвидации последствий аварии (ЛПА) не было добровольным, а сами ликвидаторы не получали адекватной информации о существующей опасности (Тарабрина Н. В. и др., 2007).

Если представлять последовательность воздействия вредоносных факторов на лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии, то на этапе направления ликвидаторов в зону катастрофы ключевую роль играли социально-психологические факторы: отсутствие достоверной предварительной информации, получаемой ликвидаторами только из СМИ, и принудительное направление на работы по ЛПА, что в будущем способствовало признанию себя жертвами социальной несправедливости (Александровский Ю. А., 1989). Непосредственно во время работ большинство ликвидаторов подвергалось воздействию ионизирующего излучения, в основном из-за малой эффективности средств индивидуальной защиты, пренебрежительного отношения к их использованию и к медицинской профилактике последствий излучения. К этому добавлялись опасные условия труда, недостаток информации, изоляция, распространение слухов, что усиливало переутомление и психоэмоциональное напряжение (Краснов В. Н. и др., 1993). В послеаварийный период продолжал действовать такой вредоносный фактор, как искаженность информации — псевдонаучные мифы, распространившиеся в том числе и через СМИ, которые убеждали в неизлечимости радиационной патологии.

Таким образом, фактор отсутствия достоверной информации об уровне радиации, степени загрязненности, необходимых мерах защиты и последствиях облучения действовал на ликвидаторов весь период их пребывания в зоне катастрофы и продолжил действовать даже после их возвращения. Именно этот фактор связан с другими вредоносными воздействиями, такими как недостаточное использование

средств индивидуальной защиты и приписывание всех своих заболеваний и неудач участию в ЛПА.

В качестве ресурсов выживания гражданского населения при аварии на Чернобыльской АЭС стоит отметить прежде всего внешние ресурсы, т.е. своевременную эвакуацию с пораженных территорий. Решение об эвакуации было принято через 37 часов после катастрофы, т.е. жители города Припять и других близлежащих населенных пунктов почти двое суток находились под воздействием радионуклидного загрязнения. По официальным данным, эвакуация длилась с 27 апреля до 16 августа 1986 г. Всего в течение 1986–1991 гг. из зоны обязательного отселения было эвакуировано 163 тыс. человек. Однако уже в 1987 г. часть эвакуированного населения возвратилась в зону отчуждения. Если проанализировать причины возвращения людей на загрязненные территории, то можно отметить те трудности, в том числе и психологические, которые явились вторичными стресс-факторами для эвакуированного населения: плохое качество предоставленного жилья; психологическое напряжение и дискомфорт из-за вынужденного разделения жилплощади с другими семьями; неудовлетворенность природными особенностями новых мест проживания. Произошло также нарушение сложившихся ранее родственных, дружеских, культурных связей. С учетом данной специфики в качестве ресурсов совладания в сложившихся условиях имеют значение как внешние ресурсы (получение собственного жилья хорошего качества, выбор места поселения, социальная поддержка со стороны значимого окружения), так и ресурсы внутренние (профессиональные навыки, позволяющие найти работу на новом месте, система ценностей, позитивный взгляд на будущее).

Возраст также явился важным ресурсом, сказавшимся на переживании событий катастрофы и ее последствий: молодому поколению было легче смириться со сменой места жительства, с утратой нажитых материальных благ, привычного круга общения (Навойчик В. В.). Люди более молодого возраста в острый период после катастрофы были скорее склонны к недооценке серьезности ситуации, легкомысленно относились к своему здоровью, стремились уходить от тревожных мыслей через бурное веселье, употребление алкоголя, промискуитет. В то же время старшее поколение, в том числе из-за недостатка энергетических ресурсов, тяжелее переживало происходящее, что выражалось в депрессивных эпизодах, неврастении, нарушениях сна.

При дефиците ресурсов происходила психологическая травматизация лиц, побывавших в зоне поражения Чернобыльской АЭС (подробнее см. параграф 7.2). Результатом этой травматизации стали различные психические нарушения. Участие психологических (социально-психологических) факторов, с точки зрения многих авторов, объясняет большой удельный вес в структуре таких нарушений у пострадавших вследствие чернобыльской катастрофы наряду с психоорганическими расстройствами соматогенных (психосоматических) заболеваний. Среди патологии внутренних органов рост заболеваемости ликвидаторов произошел в основном за счет болезней органов кровообращения, пищеварения и дыхания (Коханов В. П., 2008). Н. В. Тарабрина (1994) в своем исследовании связывает особую природу психической травмы, возникающей у людей, подвергшихся угрозе радиационного заражения, с информационным фактором как самым травматическим, причем это может быть

не только объективная информация о заражении, но и ее дефицит. Исследователи отмечают, что психическая травма может развиться даже при отсутствии реального радиационного воздействия, а кроме того, возникновение травмы может и по времени не совпадать с собственно моментом угрозы радиационного поражения. Скорее, степень травматического воздействия будет определяться тем, когда и какая именно информация о травматическом событии была получена.

Одним из наиболее изученных психических нарушений среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Исследование ПТСР у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в 1992–1993 гг. в Институте психологии РАН показало, что частота встречаемости ПТСР среди ликвидаторов (19,7% всех обследованных) соответствует частоте возникновения ПТСР у жертв других травматических ситуаций (Тарабрина Н.В. и др., 1994). При этом особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов уровня физической возбудимости, а также направленность ПТСР в будущее (при полном отсутствии его и в прошлом). Очень многие отмечают, что с течением времени обследуемые все чаще вспоминают Чернобыль и происходившее в тот период. Начинают действовать вторичные стрессогенные факторы.

Таким образом, влияние техногенной радиационной катастрофы на жизнь людей не ограничивается только лишь воздействием ионизирующего излучения и других внешних опасных для здоровья факторов, а имеет глубокие психологические последствия, которые продолжают действовать даже спустя более 20 лет. Для минимизации негативного воздействия в рассмотренном примере имели значение как внешние ресурсы, связанные с материальной обеспеченностью и предоставлением объективной информации, так и внутренние силы человека, способность смириться с переменами и позитивное видение будущего. Следствием недостаточности ресурсов стали различные психические нарушения у всех групп, так или иначе связанных с аварией на ЧАЭС, причем время проявления нарушений различно и зависит от многих факторов. Однако, безусловно, были и такие люди, для которых эта ситуация стала толчком к развитию, к началу новой жизни, те, кто смог справиться с трудностями и двигаться дальше.

4.3. Психологическая готовность к экстремальным ситуациям

Для совладания с внезапно возникшей проблемой или субъективно трудной жизненной ситуацией человеку необходимо задействовать весь свой потенциал. Исследование поведения человека в экстремальных (экстраординарных, критических, стрессовых) ситуациях позволило выделить ряд свойств, облегчающих решение задачи адаптации к ним, помогающих преодолеть их и предотвратить неблагоприятные последствия.

В последние десятилетия для обозначения устойчивости к экстремальным ситуациям все чаще используется термин «ресурсы». Под понятием «ресурсы» понимаются

те индивидуальные особенности, мобилизация которых позволяет преодолеть сверхсильные средовые вызовы. Различают ресурсы специфические, направленные на преодоление определенного класса стрессогенных ситуаций (например, в профессиональной деятельности), и универсальные, которые позволяют эффективно преодолевать самые разнообразные ситуации. Д. А. Леонтьев предлагает различать в ресурсах по меньшей мере *три* их наиболее глобальных класса: *физиологические ресурсы* (например, общее состояние здоровья или тип нервной системы, от которого зависит физиологическая цена адаптации к стрессу), *психологические ресурсы* (особенности личности, характера, способностей, психических процессов) и *социальные ресурсы*, обнаруживающиеся во взаимодействии с другими людьми (в частности, социальная поддержка) (Леонтьев Д. А., 2010).

Физиологические ресурсы, в том числе особенности нейроэндокринной системы регуляции поведения человека, являются основой его стрессоустойчивости. Однако, по мнению большинства ученых, устойчивость к стрессу связана с особенностями нейродинамики не прямо и непосредственно, а в зависимости от целого ряда индивидуальных и личностных особенностей — мотивов, отношений личности, особенности психических процессов, т.е. психологических ресурсов.

К психологическим ресурсам относят самые разнообразные черты личности. Например, В. Д. Небылицын (1976) считал важнейшим личностным ресурсом активность. *Активность*, по его мнению, является ядром функционального состояния человека и служит побудительной силой его мотивационного статуса. При этом Л. Н. Собчик (2000) подчеркивает, что активность и сила личности составляют эмоционально-динамический паттерн индивида, уходящий своими корнями в тип высшей нервной деятельности и свойства нервной системы, т.е. базируется на физиологических ресурсах.

Исследования устойчивости человека в экстремальных ситуациях проводили (Виру А. А., 1980; Мерсон Ф. З., 1988; Медведев В. В., 1984, 2000; Сирота Н. А., 1994; Ялтонский В. М., 1995; Lazarus R. S., 1976, 1980.

Черты, определяющие степень устойчивости к стрессу и повышающие возможность противостояния экстремальным ситуациям, в разных источниках обозначаются по-разному: например, понятия «стрессоустойчивость», «психическая устойчивость», «резистентность» и т. д. (Китаев-Смык Л. А., 1983; Гурвич И. Н., 1999; Бодров В. А., 2000; Столяренко А. М., 2002). А в 1980-е годы широкую известность и популярность приобрела концепция С. Кобасы и С. Р. Мэдди, в которой способность к преодолению жизненных трудностей рассматривалась в терминах «hardiness», или «твёрдость, выносливость» (Kobasa S. C., Maddi S. R., Puccetti M. C., 1982).

Ресурсами социальной среды занимались И. Н. Гурвич (Гурвич И. Н., 1999); В. М. Ялтонский (Ялтонский В. М., 2001); А. Дж. Биллингс и Р. Х. Моос (Billings A. G., Moos R. H., 1984); М. Перрез и М. Райхертс (Perrez M., Reicherts M., 1992).

Изучением социальной поддержки как копинг-ресурса занимались зарубежные ученые (Barrera M. J., 1981; Cohen S., Syme S., 1985; Zimet G. D. et al., 1990; Wills T. A., et al., 2001; Turner-Cobb J. M., Felton G.-C., Marouf F. et al., 2002 и отечественные (Ялтонский В. М., Сирота Н. А., 1996; Ялтонский В. М. и др., 2001).

Л. А. Китаев-Смык (1983), В. А. Бодров (2000), А. Г. Маклаков (2001), Л. В. Куликов (2004) и др. установили, что психическая устойчивость связана прежде всего с умением человека ориентироваться на определенные цели, с характером временной перспективы, организацией своей деятельности. В своих исследованиях Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский с соавт. (1995, 2001, 2004) указывают на следующие психологические особенности, позволяющие справляться с вызовами и требованиями среды:

- достаточный уровень интеллекта (способность и возможность осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации);
- низкий нейротизм;
- сформированность позитивной Я-концепции (самооценка, самоуважение, самоэффективность);
- интернальный локус контроля (умение контролировать свою жизнь, поведение, брать за это ответственность на себя);
- социальная компетентность (умение общаться с окружающими и знания о социальной действительности);
- эмпатия (умение сопереживать окружающим в процессе общения);
- аффилиация (желание и стремление общаться с людьми) и др.

К основным переменным психологических ресурсов Д. А. Леонтьев (1997, 2010) относит удовлетворенность жизнью и осмысленность жизни, соотношение смыслообразующих мотивов с определенными поведенческими паттернами (способами осуществления деятельности); А. Антоновский (1979) — чувство связности, или когерентности; Р. Райан, К. Фредерик (1997) — субъективную витальность как диспозицию, а Р. Янофф-Бульман (1989, 1992, 1998) — базовые убеждения.

Отечественные исследователи О. С. Дейнека (1999) и Л. А. Коростылева (2004) утверждают,

что целесообразно трактовать преодоление негативных стрессовых воздействий с позиций внутреннего мира человека, и прежде всего его ценностей. По их мнению, направленность личности, ее мотивы и ценности должны рассматриваться как личностный потенциал адаптации, ее адаптационный ресурс. На важность изучения совладания через призму ценностно-смысловой сферы личности указывала также Л. И. Анцыферова (1994). Е. Е. Торчинская (2001) изучала стратегии адаптации после тяжелой травмы позвоночника у пациентов в условиях депривации витальных и социальных потребностей (на примере спинальных больных). По ее данным в основе стратегий совладания в условиях хронического стресса лежат различия в структуре ценностно-смысловой сферы человека.

С. Кобаса и С. Р. Мэдди выделили такое свойство личности, как твердость или крепость духа (воли). Данный концепт является интегративным качеством личности, состоящим трех компонентов. Первый — это обязательность, включенность, т. е. способность полностью, несмотря на препятствия, отдаваться делу, обеспечивает человеку самоуважение и чувство собственной значимости и ценности. Вторым компонентом содержит интернальный локус контроля, позволяющий человеку чувствовать себя в состоянии контролировать ситуацию и отчасти управлять ею или иметь возможность согласовать ее со своими жизненными целями и планами, разглядев в ней позитивные стороны. И наконец, третий, названный авторами «вызов» (challenge) отражает тенденцию индивида воспринимать стрессоры как вызов, как готовность противостоять им, как стимул для личностного развития (Kobasa S. C., Maddi S. R., Puccetti M. C., 1982).

К психологическим относят также личностные ресурсы, включающие способность к построению интегрированного поведения, которая позволяет даже в условиях фрустрации, психической напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отставленные последствия тех или иных поступков. В настоящее время в исследованиях, посвященных изучению адаптационных возможностей личности, достаточно часто встречается понятие «личностный адаптационный потенциал», используемое А. Г. Маклаковым (Маклаков А. Г. и др., 2001). Некоторые авторы отождествляют понятие «адаптационный потенциал» с понятием «адаптивность», т. е. свойством, выражающим возможность личности к психической адаптации и определяющим адекватную регуляцию функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности. А. М. Богомолов, например, рассматривает адаптационный потенциал как способность личности к продуктивному прохождению адаптационного (приспособительного) процесса, к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств (под воздействием внутренних и внешних факторов), повышающим ее организованность и устойчивость. Автор выделяет следующие его компоненты: энергетический, когнитивный, инструментальный, креативностный, мотивационный и коммуникативный. Успешность адаптации определяется не абсолютной величиной потенциала, а относительной — механизмами формирования ресурсов, индивидуальным стилем их расходования и возобновления, возможностями компенсации недостающих или нару-

шенных ресурсов. Даже при низком уровне развития отдельных адаптационных ресурсов характер объединения их в потенциал при определенных внутренних и внешних условиях может привести к высокой эффективности адаптации и развития личности (Богомолов А. М., 2006).

Помимо внутренних, психологических, ресурсов, человек обладает и социальными ресурсами, которые также определяют его поведение в экстремальных ситуациях. На роль социальных ресурсов указывали и исследователи копинга (подробнее см. п. 4.3.2), согласно сведениям которых социальная поддержка оказывает смягчающий эффект воздействия стрессовой ситуации на личность.

Слабое развитие средовых копинг-ресурсов (материальных, социальных) связано с пассивным копинг-поведением, ведет к снижению качества жизни и социальной изоляции. Социальноподдерживающий процесс включает в себя три компонента: социальные сети, субъективное восприятие социальной поддержки и копинг-стратегию «поиск социальной поддержки». Обращение за поддержкой, наличие эмоциональной и других видов помощи от ближайшего социального окружения является одним из важнейших социальных ресурсов в преодолении стресса (Гурвич И. Н., 1999). В концепции Р. С. Лацаруса социальная поддержка подразделяется на эмоциональную, материальную и информационную.

Многие ученые обращают внимание на эффективность в преодолении стресса взаимодействия ресурсов все трех групп — физиологической, психологической и социальной. Например, в салютогенной (*salutogenic concept*) концепции здоровья А. Антоновского копинг и социальная поддержка являются центральными конструктами, определяющими понятие резистентности к стрессу, личность выступает в роли модератора в преодолении стресса и поддержании психического и физического благополучия, а здоровье выступает как результирующая переменная действия этих факторов (Антоновский А., 1979). Исследования Б. Сарасон (B. Sarason) и И. Сарасон (I. Sarason) 1985 года также показали, что взаимодействие личностных переменных, копинга и социальной поддержки создает буферный эффект при сверхсильных вызовах.

4.3.1. Виды, функции, типология защитных механизмов

В специальную группу психологических ресурсов следует выделить психологические защиты, механизм работы психики по противостоянию сверхсильным воздействиям.

Термин «защита» впервые появился в работе З. Фрейда «Защитные нейропсихозы» (1894). По первоначальным представлениям, психологические защиты являются врожденными и выступают как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Цель защиты заключается, по словам Фрейда, в ослаблении интрапсихического конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризированными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия. Неспособность личности разрешить внутренний конфликт вызывает рост внутреннего напряжения. В такие моменты активизируются специальные психологические механизмы защиты, которые ограждают сознание индивидуума

от неприятных, травмирующих переживаний. Впоследствии защитные механизмы стали рассматриваться как функции Я — при угрозе целостности личности именно защитные механизмы отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам.

Значительный вклад в развитие концепции психологической защиты внесла А. Фрейд. Она расширила представления о защите, более того, сделала попытку обобщить и систематизировать знания о механизмах психологической защиты. А. Фрейд указывала, что защитные механизмы предотвращают дезорганизацию и распад поведения, поддерживают психический гомеостаз личности и характеризует уровень адаптированности личности (Фрейд А., 1993). По ее мнению, набор защитных механизмов индивидуален, их образование связано с травмирующими событиями детства в сфере межличностных отношений. В своей монографии, вышедшей в свет в 1936 году, А. Фрейд описывает различные способы защитного поведения, которые возникают в процессе непроизвольного и произвольного научения и превращаются в перцептивные, интеллектуальные и двигательные автоматизмы разной степени сложности. А. Фрейд дала первое развернутое определение защитных механизмов: «Защитные механизмы — это деятельность Я, которая начинается, когда Я подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматически, не согласуясь с сознанием» (цит. по: Романова Е. С., Гребенщиков Л. Р., 1996). В приведенном выше определении защита отнесена к виду бессознательных явлений, функционирующих автоматически.

«Любое субъективно неприемлемое смысловое содержание прежде, чем подвергнуться подавлению или трансформации, должно быть хотя бы на короткое время осознано как таковое. Затем простая мыслительная операция свертывается, фиксируется и приобретает условно-рефлекторный, непроизвольный, автоматический характер» (там же).

Другие последователи З. Фрейда, касаясь вопроса о психологической защите, по своему рассматривали ее истоки и механизмы.

Например, А. Адлер (1911) считал, что индивиду от рождения присуще чувство общности. Возникающий в первые годы жизни социальный интерес побуждает его войти в общество, преодолеть чувство собственной неполноценности (комплекс неполноценности) и добиться превосходства за счет разного рода компенсаций — психологической защиты. В результате у каждого ребенка к четырем-пяти годам формируется паттерн поведения, которого ребенок в последующем придерживается в течение всей жизни и использует при общении с другими людьми, включая выработанные механизмы психологической защиты.

К. Юнг (1921) связывал защитные проявления личности с процессом индивидуализации. По его мнению, конечная цель индивидуализации — достижение высшей точки «самости», целостности и полного единства всех психических структур. Несответствие требований внешней среды и основной типологической установки инди-

Большой вклад в изучение психологической защиты и разработку методов ее измерения внесли Р. Плутчик и Х. Келлерман (Plutchik R., Kellerman H., 1979; 1980; 1989). В рамках своей психоэволюционной теории эмоций авторы связывают механизмы психологической защиты с базовыми эмоциями, утверждая, что защитные механизмы являются производными от эмоций и направлены на их регулирование и контроль.

С точки зрения А. Г. Асмолова, существуют неосознаваемые резервы органов чувств, которые нередко называют шестым чувством. Благодаря способности улавливать слабые неосознаваемые раздражители, лежащие за порогом сознания, индивид часто избегает опасности, точнее оценивает действительность (Асмолов А. Г., 1989).

В современном понимании защитные механизмы представляют собой продукты развития и научения, действующие в подсознании, они запускаются в ситуации конфликта, фрустрации или стресса (Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996; Вассерман Л. И. с соавт., 1998; Никольская И. М., Грановская Р. М., 2001).

вида (интровертированность или экстравертированность личности) порождает внутренний конфликт, приводящий в действие механизмы психологической защиты.

К. Хорни (1937) полагала, что стремление индивида к безопасности порождается чувством коренной тревоги. Параллельно действует тенденция к удовлетворению своих желаний, которая может входить в конфликт с тенденцией к безопасности. Во избежание такого рода конфликтов и невротизации индивид вырабатывает соответствующие различные стратегии собственного поведения: стремление к любви и привязанности как средство обеспечения безопасности жизни; стремление к власти, престижу и обладанию, стремление к изоляции, отдалению от людей, отвращение к соперничеству.

Активное неприятие психоанализа, имевшее место на протяжении многих лет в отечественной психологии, несомненно наложило отпечаток на разработку проблемы психологической защиты. В работах отечественных ученых сам термин «защита» тщательно избегался или подменялся терминами «психологический барьер» (Ананьев Б. Г., 1980), «защитная реакция», «смысловой барьер» (Божович Л. И., 1951), «компенсаторные механизмы» (Морозов Г. В., Шубина Н. Л., 1973; Ташлыков В. А., 1984) и т. п.

Среди отечественных исследователей существенный вклад в разработку проблемы психологической защиты внес Ф. В. Бассин (1968, 1971, 1978). Активное обсуждение защит началось с его известной статьи «О силе Я и психологической защите» (1969). Он подчеркивал, что главное в защите сознания от дезорганизирующих его влияний психической травмы — это понижение субъективной значимости травмирующего фактора. По мнению Ф. В. Бассина, защита способна предотвратить дезорганизацию поведения человека, наступающую не только при столкновении сознательного и бессознательного, но и в случае противоборства между вполне осознаваемыми установками. Автор считает, что основным в пси-

хологической защите является перестройка системы установок, направленная на устранение чрезмерного эмоционального напряжения и предотвращающая дезорганизацию поведения. «Психологическая защита — это динамика системы установок личности в случае конфликта установок» (Бассин Ф. В., 1969, с. 121).

Для лучшего раскрытия понятия «психологическая защита» Е. Л. Доценко (1997) использует четырехкомпонентную схему анализа, включающую в себя: *предмет* (что защищается), *угрозу* (от чего защищается), *ущерб* (во имя чего или во избежание чего защищается), *средства защиты* (как защищается). По мнению З. Фрейда (1896), предметом психологической защиты являются Я-концепция, образ Я или Эго; И. Хилгарда (1972) — самооценка и самоуважение, Ф. Хайна (1971) — чувство уверенности, Г. Шибутани (1996) — представление о себе.

Угрожающим фактором, с которым имеет дело психологическая защита, чаще всего называют тревогу (З. Фрейд, А. Фрейд, Ф. Хайн), которая может быть вызвана внутренним конфликтом, фрустрацией какой-либо потребности, неопределенностью ситуации. К угрожающим факторам, относят соответствующие действия других людей, организаций, государств. Угроза, как правило, связана с разрушением чувства психологической защищенности, под которой понимается «осознание индивидом возможности удовлетворения основных потребностей и обеспеченности своих прав в любой, даже неблагоприятной ситуации. Эмпирическими гарантиями психологической защищенности являются: чувство принадлежности к группе, адекватная самооценка, реалистичный уровень притязаний, адекватная атрибуция ответственности и пр. Нарушение хотя бы одной из данных гарантий приводит к необходимости использовать психологическую защиту» (Психологический словарь, 2003).

Характер ущерба (во избежание чего защищается субъект) полностью зависит от предмета защиты и характера угрозы. В результате угро-

В исследованиях нейрофизиологической основы психологической защиты убедительными оказались разработки, проведенные сотрудниками группы Э. А. Костандова (1977), полностью подтвердившие гипотезу о нервных механизмах трансформации осознания внешних явлений под влиянием отрицательных эмоций. Регистрация биоэлектрических и вегетативных реакций на эмоционально значимые стимулы, но еще не осознаваемые субъектом, позволила предположить существование сверхчувствительного механизма, который на основании информации, не достигающей уровня сознания, способен оценить эмоциогенное значение раздражителя, повысить порог восприятия и вызвать соответствующую когнитивную переоценку.

К. Хорни (1937) рассматривала защитные механизмы как невротические способы решения проблем, т. е. как решение конфликтов путем простого исключения противоречий из сознания. Ф. Перлз (1951) отождествлял механизмы защиты и невроз и считал их препятствием личностному росту. Р. Д. Лэнг (1973) считал, что сущностью защитных механизмов является блокирование прямого выражения потребностей и что именно усиление защиты уменьшает способность личности к адаптации.

Дж. Вайллант (Vaillant G., 1977) выделил следующие функции психологических защит:

- 1) удержание поведения в допустимых рамках во время внезапных жизненных кризисов;
- 2) сохранение эмоционального равновесия через отсрочку или перевод биологических побуждений в другое русло;
- 3) получение отсрочки изменений образа Я (например, изменение внешности после хирургической операции или изменение социального статуса);
- 4) совладание с неразрешенным внутриличностным конфликтом;
- 5) смягчение в сознании значимости конфликта.

жающей ситуации может быть разрушено представление о себе, самооценка, снижено самоуважение, утрачено чувство уверенности в себе, ощущение индивидуальности и уникальности, рушатся планы и намерения. Степень ущерба варьирует от полного уничтожения, разрушения и подавления, до расчленения и отчуждения части личности, качественного изменения, которое ведет к утрате «самости» и деформации развития.

Средства психологической защиты представляют собой конкретные действия, с помощью которых защищается субъект (как защищается): просьба, прямая угроза, единоборство характеров, агрессивные действия или избегание видов деятельности, в которых человек неуспешен.

Отрицательные функции защитных механизмов

Представители психоаналитического направления, например К. Холл, Г. Линдсей (1970), как правило, подчеркивали отрицательные функции защитных механизмов, которые препятствуют успешной адаптации и развитию личности. Общей и определяющей чертой механизмов защиты ими был определен отказ личности от сознательной, целенаправленной деятельности, ориентированной на продуктивное разрешение ситуаций или решения проблем.

Обобщая многочисленные исследования психологической защиты личности в рамках психоаналитического направления в психологии, можно выделить основные характеристики защитных механизмов:

- 1) неосознанность — защитные механизмы действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;
- 2) искажение реальности и объективной картины мира — механизмы искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности;

- 3) неуправляемость — механизмы проявляются как бессознательные, не подлежащие критике и неуправляемые влечения (побуждения);
- 4) пространственно-временная и содержательно-ценностная ограниченность — ригидность и фиксированность механизмов защиты; отсутствие временной перспективы, направленность на обеспечение актуального психологического комфорта; ситуативность, подчинение актуальной ситуации, отсутствие содержательно-ценностной и личностной насыщенности;
- 5) самоотчужденность — механистичность, обособленность от истинного Я;
- 6) остановка в развитии — закрепление в поведении и фиксированность защитного механизма, использование его как единственного способа решения проблем приводит к неэффективности и дезинтеграции поведения, а также к нарушениям в развитии личности;
- 7) неэтичность и инструментальная направленность — узость пространственно-временных рамок и ограниченность содержательно-смысловой насыщенности действующего механизма защиты, игнорирование интересов окружения, направленность на реализацию узкоэгоистических интересов и достижение собственных интересов любой ценой;
- 8) вторичная конфликтизация — применение защитных механизмов ведет к вторичной конфликтизации, вызванной сохранением объективных причин проблемной ситуации, а также обострением межличностных конфликтов с окружающими, для которых ситуации манипуляций и игр становятся содержательно прозрачными.

Некоторые отечественные исследователи также считают психологическую защиту однозначно непродуктивным, вредоносным средством решения психологического конфликта. По мнению В. А. Ташлыкова (1984, 1992), В. С. Роттенберга (1984), Ф. Е. Василюка (1981) и др., защитные механизмы ограничивают оптимальное развитие личности, ее так называемую собственную активность, активный поиск, «выход на новый уровень регуляции и взаимодействия с миром» (см.: Романова Е. С., Гребенщиков Л. Р., 1996, с. 12).

Положительные функции защитных механизмов

Существует противоположная точка зрения, согласно которой психологическая защита выполняет и позитивную роль.

Характеризуя особенности психологических защит, Дж. Вайллант (1977) приходит к мнению, что поскольку они искажают реальность, есть основания рассматривать их как неэффективные, однако в то же самое время люди, подвергавшиеся интенсивным стрессовым воздействиям, в дальнейшем сравнительно хорошо адаптируются. В силу данного факта Дж. Вайллант (1977) предлагает анализировать защитные механизмы как стратегии адаптации, а сами психологические защиты называет интрапсихическими стилями адаптации или «адаптивными механизмами».

Многие из отечественных исследователей также придерживались схожей точки зрения. Ф.В.Бассин (1968), Б.В.Зейгарник (1981, 1986), А.А.Налчаджян (1980), Е.Т.Соколова (1976), В.К.Мягер (1983) считали, что психологическая защита является нормальным, повседневно работающим механизмом человеческого сознания. Е.Т.Соколова (1991, 1995) подчеркивала позитивную роль защитных механизмов в психической саморегуляции и формировании самооценки личности. С помощью механизмов психологической защиты, по ее мнению, происходит ослабление эмоционального конфликта и стабилизация позитивной Я-концепции. Ф.В.Бассин также подчеркивал позитивную функцию психологических защит и рассматривал их как важнейшую форму реагирования сознания индивида на психическую травму (Бассин Ф.В., 1969).

Б.Д.Карвасарский (1982), в также Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. (1997), рассматривая психологическую защиту в свете психологии отношений В.Н.Мясищева, понимают ее как систему приспособительных реакций личности, направленных на изменение противоречивых значимых отношений. С точки зрения авторов, некоторые из психологических и физиологических защитных механизмов, выполняя адаптивную функцию в настоящем, выступая как средства достижения личностно заданных целей, могут в дальнейшем сами приводить к развитию новых дополнительных нарушений и новых форм дезадаптации, например невротических расстройств.

Таким образом, функции психологической защиты по своей природе противоречивы, поскольку оказывают как негативное, так и позитивное воздействие на личность.

В целом механизмы психологической защиты обеспечивают регулятивную систему психической стабилизации личности, направленную прежде всего на уменьшение тревоги, неизбежно возникающей при осознании конфликта или препятствии к самореализации. В широком психологическом контексте психологическая защита включается при возникновении негативных для личности, психотравмирующих переживаний и во многом определяет дальнейшее поведение, устраняя психический дискомфорт и тревожное напряжение. По своим проявлениям она является формой бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия типологических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре.

Классификации механизмов психологической защиты

Единой классификации механизмов психологической защиты не существует, хотя имеется множество попыток их группировки по различным основаниям. Например, А.Фрейд описала 15 механизмов защиты (Фрейд А., 1993), в классификации Вайланта (Vaillant G.E., 1971, 1977) их насчитывается 18. Различные исследователи предлагают разные классификации и собственные теории защитных механизмов. «Journal of Personality» в 1998 г. представил специальный выпуск, посвященный обзору защитных механизмов.

Существуют различные критерии, положенные в основу классификаций защитных механизмов. Анна Фрейд выделяла несколько таких критериев, например: локализация угрозы «Я», время образования в онтогенезе, степень конструктивности. Последний критерий в 1985 году получил свое развитие — автор разделила механизмы психологической защиты на первичные и вторичные, примитивные и зрелые, более или менее осознанные, адаптивные и неадаптивные.

Дж. Вайллант (Vaillant G. E., 1977) определил, что психические защиты образуют континуум «примитивность — зрелость» в соответствии с психоаналитической теорией развития и предложил типологию механизмов защиты по уровню их зрелости (эта классификация получила широкую популярность и до сих пор имеет признание):

- I уровень — патологические защиты, или психотические механизмы (отвержение реальности, искажения, иллюзорная проекция);
- II уровень — незрелые механизмы (фантазия, проекция, уход в болезнь, компульсивность, пассивная агрессия);
- III уровень — невротические механизмы (смещение, интеллектуализация, формирование реакции, диссоциация);
- IV уровень — зрелые защиты (сублимация, альтруизм, подавление, антиципация, юмор).

Классификация «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)», опубликованная в 1994 году Американской психиатрической ассоциацией, включила в диагностические критерии психических расстройств понятие о защитных механизмах Эго, во многом основываясь на иерархической модели, предложенной Дж. Вайллантом.

Р. Плутчик с соавт. (1979) рассматривают защитные механизмы как производные основных эмоций, т. е. возникающие на ранних этапах онтогенеза и развивающиеся для оперативного управления базовыми эмоциями. Он связывает их с конкретной психической структурой и типологией личности. Автор выделяет 8 защитных механизмов, выстроив их также по шкале «примитивность — зрелость», в зависимости от периодов их формирования в онтогенезе: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования (Романова Е. С., Гребенников Л. Р., 1996; Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. и др., 1998).

Отто Ф. Кернберг в 1967 году разработал теорию пограничной организации личности, в которой центральное значение, по его мнению, имеют примитивные защитные механизмы. Его теория основана на Эго-психологии и теории объектных отношений. Пограничная организация личности развивается, когда ребенок не может интегрировать положительные и отрицательные психические объекты вместе. К примитивным психологическим защитами он относил проекцию, отрицание, диссоциацию (или расщепление) и называл их пограничными защитными механизмами.

Обращаясь к проблеме классификации психологических защит, Н. Мак-Вильямс (1998) выделила 2 группы:

- 1) первичные (примитивные) психологические защиты: примитивная изоляция, отрицание, всемогущий контроль, примитивная идеализация и обесценивание, проекция, интроекция и проективная идентификация, расщепление Эго, диссоциация;
- 2) вторичные: вытеснение, регрессия, изоляция, интеллектуализация, рационализация, морализация, компартиментализация, аннулирование, поворот против себя, смещение, реактивное образование, реверсия, идентификация, отреагирование, сексуализация и сублимация.

По мнению Н. Мак-Вильямс, первичная психологическая защита — это незрелые и примитивные защитные механизмы, защиты «низшего порядка», которые имеют дело с границами между собственным Я и внешним миром. Примитивная защита связана с довербальной (дословесной) стадией развития и должна обнаруживать в себе наличие двух качеств, связанных с этой стадией. Она должна иметь недостаточную связь с принципом реальности и недостаточный учет отделенности и константности объектов, находящихся вне собственного Я. Вторичная психологическая защита представляет собой более зрелые и развитые защитные механизмы, защиты второго порядка, которые работают с внутренними границами, например, между Эго, супер-Эго и Ид или между наблюдающей и переживающей частями Эго. Автор указывает, что примитивные защиты действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве индивида, сплавляя между собой когнитивные, аффективные и поведенческие параметры, в то время как более развитые защиты осуществляют определенные трансформации чего-то одного — мыслей, чувств, ощущений, поведения или некоторой их комбинации (Мак-Вильямс Н., 1998).

Ф. Б. Березин критиковал существующие зарубежные и отечественные классификации защитных механизмов, указывая на необходимость классификации на основе какого-либо единого принципа. По его мнению, механизмы психологической защиты обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное напряжение. Он выделяет четыре типа механизмов психологической защиты:

- 1) препятствующие осознанию факторов, вызывающих тревогу, — вызывающие тревогу факторы не воспринимаются или не осознаются (вытеснение и отрицание);
- 2) позволяющие фиксировать тревогу на определенных стимулах (фиксация тревоги) — тревога связывается с каким-то определенным объектом, не связанным с причиной, вызвавшей тревогу (перенесение, некоторые формы изоляции);
- 3) снижающие уровень побуждений (обесценивание исходных потребностей) — уменьшение тревоги может быть достигнуто за счет снижения уровня побуждений и обесценивания исходной потребности (регрессия, гиперкомпенсация);
- 4) модифицирующие тревогу за счет формирования устойчивых концепций (концептуализация) — идеаторная переработка тревоги, результатом кото-

рой становятся частные или общие представления, направляющие поведение индивидуума (проекция, рационализация) (Березин Ф. Б., 1988).

В. А. Ташлыков выделил следующие группы защитных психологических механизмов по степени активности противодействия стрессу:

- 1) *компенсаторные психологические приемы*, такие как *гиперкомпенсация, замещение, уход в работу*. Автор рассматривает их как самостоятельные попытки справиться с трудностями путем переключения на другие задачи;
- 2) психологические *защитные механизмы*, оказывающие деструктивное влияние на личность и способствующие ее дезадаптации. К ним относятся такие механизмы, как *вытеснение, отрицание, проекция*. Например, при работе механизмов вытеснения, подавленные аффективные переживания могут привести к соматизации тревоги, появлению психосоматических нарушений; защитные механизмы, отражающие пассивный характер попыток справиться с психологическим стрессом, такие как рационализация, уход в себя или в болезнь, фантазирование (Ташлыков В. А., 1984).

Виды защитных механизмов

1. *Примитивная изоляция* — психологический уход в другое состояние, которое позволяет блокировать неприятные эмоции, вследствие чего связь между каким-то событием и его эмоциональной окраской в сознании не проявляется. Это одна из самых первых защит, которыми начинает пользоваться человек в своей жизни, снимая психологическое напряжение путем ухода от взаимодействия с реальностью. У впечатлительных людей нередко развивается богатая внутренняя фантазийная жизнь, стремление витать в облаках, если внешний мир воспринимается ими как проблематичный или эмоционально бедный. Человек, использующий примитивную изоляцию для защиты, может производить впечатление погруженного в себя и не реагирующего на внешние воздействия. В качестве другого примера проявления данной защиты можно отметить склонность некоторых людей к использованию психоактивных веществ для изменения состояния сознания.

Главное достоинство изоляции как защитной стратегии состоит в том, что, допуская психологическое бегство от реальности, она почти не требует ее искажения. Человек, полагающийся на изоляцию, находит успокоение не в непонимании мира, а в удалении от него. Недостаток данной защиты состоит в том, что она выключает человека из активного участия в решении межличностных проблем. Люди, постоянно укрывающиеся в собственном мире, испытывают терпение тех, кто их любит, сопротивляясь общению на эмоциональном уровне.

2. *Отрицание* — бессознательное отвержение самого факта наличия травмирующей ситуации. Это попытка человека не принимать за реальность нежелательные для себя события и факты. Отрицание травмы и ее последствий на уровне восприятия можно рассматривать как позитивную стратегию личности в целях сохранения целостности внутреннего мира. Она препятствует вторжению неприятных воспо-

Многие люди боятся серьезных заболеваний. Используя механизм отрицания, они, скорее всего, будут отрицать наличие даже самых первых явных симптомов и не станут обращаться к врачу (болезнь при этом будет прогрессировать).

У большинства участников боевых действий отмечается ярко выраженное желание быть понятым. Они хотят иметь в контакте с окружающими такую обратную связь, которая бы явно подтверждала, что они сражались за правое дело, что их участие в жестокое насилие нравственно оправданно и социально полезно. Рационализация позволяет военнослужащему преодолеть комплекс вины, оправдаться перед самим собой, своей совестью, сделать воспоминания об агрессивных и жестких поступках менее травмирующими (Караяни А. Г., 2003).

У детей, оказавшихся заложниками с 1 по 3 сентября 2011 года в школе Беслана (Северная Осетия), психотравма была связана со школой, и потому дети не хотели идти в школу, не хотели учиться писать, считать даже вне школы, хотя до теракта с удовольствием посещали ее (Венгер А. Л., Морозова Е. И., 2009).

Человек, который болен раком, столкнувшись с неизбежностью близкой смерти, может спокойно заниматься арифметическим подсчетом, сколько дней ему осталось жить или составлять список дел, которые нужно завершить, а также вещей, необходимых для процедуры своих похорон.

минаний, снижает стремление пострадавшего избегать всего, что напоминает об инциденте, снижает уровень депрессии. Отрицание действительности, например, по утверждению Р.Лифтона, было выявлено у многих жителей города Хиросимы, которые сообщили, что выжили благодаря «психологическому отключению».

3. *Всемогущий контроль* — ощущение у человека, что он способен влиять на мир. Ш. Ференци в 1913 году указывал, что на инфантильной стадии развития фантазия обладания контролем над миром (первичное всемогущество, или грандиозность) нормальна. По мере взросления ребенка она естественным образом трансформируется в идею вторичного зависимого или «производного» всемогущества, когда один из тех, кто первоначально заботится о ребенке, воспринимается как всемогущий. То есть постепенно происходит замещение примитивных фантазий собственного всемогущества на примитивные фантазии о всемогуществе заботящегося лица. По мере дальнейшего взросления ребенок примирится с тем неприятным фактом, что ни один человек не обладает неограниченными возможностями.

Некоторый здоровый остаток инфантильного ощущения всемогущества сохраняется во всех людях и поддерживает чувство компетентности и жизненной эффективности. Однако у некоторых потребность испытывать чувство всемогущего контроля и интерпретировать происходящее с ними как обусловленное их собственной неограниченной властью совершенно непреодолима, в связи с чем все этические и практические соображения у таких людей отходят на второй план, и есть все основания рассматривать их как психопатические личности.

«Перешагивать через других» — вот основное занятие и источник удовольствия для индивидов, в личности которых преобладает всемогущий контроль. Их часто можно встретить там,

где необходимы хитрость, любовь к возбуждению, опасность и готовность подчинить все интересы главной цели — проявить свое влияние» (Мак-Вильямс Н., 1994).

4. *Примитивная идеализация* — приписывание особых достоинств людям, от которых эмоционально зависим. Все люди склонны к идеализации, нормальная идеализация является существенным компонентом зрелой любви. Появляющаяся в ходе развития тенденция деидеализировать или обесценивать тех, к кому мы питаем детскую привязанность, представляется нормальной и важной частью процесса сепарации — индивидуализации (там же).

5. *Примитивное обесценивание* — неизбежная оборотная сторона потребности в идеализации. Поскольку в человеческой жизни нет ничего совершенного, архаические пути идеализации неизбежно приводят к разочарованию. Чем сильнее идеализируется объект, тем более радикальное обесценивание его ожидает; чем больше иллюзий, тем тяжелее переживания их крушения.

В повседневной жизни аналогией этому процессу служит та мера ненависти и гнева, которая может обрушиться на того, кто казался таким многообещающим и не оправдал ожиданий.

6. *Вытеснение* — механизм психологической защиты, который вытесняет проблему из области сознания в область бессознательного, но не удаляет ее из психики человека. Таким образом, эмоциональная напряженность и травмирующее влияние проблемы на организм сохраняется. Вытесненное проявляется в оговорках, в описках, в шутках.

Вытеснение — наиболее универсальное средство избегания внутреннего конфликта. Этот бессознательный психический механизм помогает предавать забвению фрустрирующие впечатления путем переноса внимания на другие формы активности, нефрустрационные явления и т. п.

Одним из ярких примеров вытеснения можно считать анорексию — отказ от приема пищи. Это постоянно и успешно осуществляемое вытеснение необходимости поесть. Как правило, анорексивное вытеснение является следствием страха пополнеть и, следовательно, дурно выглядеть.

7. *Регрессия* — возвращение в стрессовой ситуации к онтогенетически менее зрелым паттернам поведения. Отличительным признаком механизма регрессии является стремление очень сильно упростить мир, сделать его понятным. В ситуации длительного дистресса (например, социальных катаклизмов) одним из проявлений регрессии могут стать примитивные, детские формы поведения, стремление снять с себя ответственность.

Некоторые люди используют регрессию как защиту чаще, чем другие. Вариант регрессии, известный как соматизация, обычно оказывается резистентным к изменениям и трудным для терапевтического вмешательства.

8. *Интеллектуализация* — произвольная схематизация и истолкование событий для снижения тревоги и развития чувства субъективного контроля над любой ситу-

ацией. Целью интеллектуализации как защитного механизма психики считают самооправдание.

Этот механизм психологической защиты часто проявляется в подростковом возрасте, когда подростки в своем кругу поднимают темы рассуждений на религиозные и философские темы, которые позволяют избегать каких-либо конкретных переживаний или конфликтных чувств или идей.

9. *Рационализация* — это защита, связанная с осознанием и использованием только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. Это нахождение приемлемых причин и объяснений для приемлемых мыслей и действий. Рациональное объяснение как защитный механизм направлено не на разрешение противоречия как основы конфликта, а на снятие напряжения при переживании дискомфорта с помощью квазилогичных объяснений.

Примером рационализации могут служить оправдательные объяснения школьника, получившего двойку (признаться всем, и самому себе в частности, что сам виноват — тяжело, это удар по самолюбию). Оправдываясь, школьник, придумывает «искренние» объяснения: «Это у преподавателя было плохое настроение, вот он двоек и понаставил всем ни за что».

10. *Замещение* — преодоление напряжения за счет изменения объекта направленности гнева и агрессии на более слабый и безопасный объект. Замещение помогает лишь временно ослабить эмоциональное напряжение, но не способно стабилизировать внутреннее состояние.

11. *Проекция* — приписывание объектам и субъектам внешнего мира определенных качеств, которые человек не принимает в себе самом. Проекция приводит к повышенному вниманию индивида к своим болезненным переживаниям, усилению аггравации. Например, холодный, отчужденный, высокомерный мужчина, обвиняющий людей в том, что они враждебно к нему относятся, — пример невротической проекции.

Проекция лежит в основе очень многих человеческих чувств, например чувства неприязни. Чаще всего неприязнь одного человека к другому строится по механизму проекции: человек не принимает в себе каких-то качеств (реальных или надуманных, вымышленных) и переадресовывает эти неприятные качества другому. Тогда у другого он видит именно эти качества и не любит его именно за них, при этом в себе эти качества отрицает.

12. *Интроекция* — это процесс, в результате которого внешние события ошибочно воспринимаются как происходящие внутри. Интроекция — это присоединение к себе чужого Я или чужой среды, «проглатывание», включение в себя чужого мира. Этот механизм показывает, что важно для человека, что он считает для себя ценным, что греет его душу. Например, руководителю клиники не надо спрашивать, любят ли его сотрудники, проще посмотреть, кто старается ему подражать в одежде, манере говорить, курить, ругаться, и он получит ответ, для кого важен его мир.

На механизме интроекции построен и принцип создания клановости. Каждый клан должен иметь какую-то отличительную черту, в основном внешнюю. Например, выпускники некоторых зарубежных привилегированных учебных заведений обязательно носят эмблему этого учреждения.

Когда проекция и интроекция работают сообща, они объединяются в единую защиту, называемую проективной идентификацией.

13. *Реактивное образование* — выработка и подчеркивание в поведении установки, прямо противоположной той, которая вызывает внутреннее напряжение и беспокойство.

Например, люди, которые все время экономят деньги, стараются их накопить, часто, когда в их руки попадает сразу крупная сумма денег, тут же начинают их необдуманно тратить.

14. *Компенсация* — попытка преодоления чувства неполноценности путем нахождения замены утраченному. Этот феномен близок к механизмам психологической защиты, но в отличие от них он проявляется не на бессознательном уровне человеческой психики, а на сознательном.

Механизмы компенсации принадлежат к группе таких психических явлений, которые совершаются человеком абсолютно сознательно для снятия некоторых психических напряжений. Это так называемые механизмы психологической компенсации.

Еще один компенсаторный прием — «прежде, чем ответить на что-то вызывающее поведение, досчитай до десяти, а потом отвечай», чтобы не жалеть о слетевших с языка горячих словах. Сдерживая чувство печали, горя, утраты, в случае сильного травматического переживания компенсация выполняет свою функцию неэффективно за счет ощущения притупления, сужения сознания, деперсонализации, т.е. усиления диссоциативной симптоматики. Нередко проблемы личности находят свое выражение

Интересны данные Е. С. Мазур и др. (1992), согласно которым на первых этапах преодоления травмы вытеснение может способствовать эффективному осуществлению деятельности (спасать людей, ликвидировать последствия катастрофы), а на более поздних может провоцировать развитие ПТСР.

Литературное творчество оказывается своеобразным инструментом «психологической реабилитации», позволяющим решить целый ряд проблем, вызванных посттравматическим синдромом (актуализировать, пережить вновь воспоминания о войне; выступить в роли творца, переигрывающего и переписывающего заново драматические ситуации личной судьбы, которые нельзя было изменить в реальности; компенсировать чувство вины перед памятью павших, подарив им новую жизнь и обесмертив их в своих произведениях, и т. д.) (Караяни А. Г., 2003).

в попытках их компенсации социально неприемлемыми способами — употреблении алкоголя, наркотиков, суицидальных явлениях.

Механизмы защиты в той или иной степени присутствуют в поведении человека всегда, но можно выделить нормальную защиту, которая бессознательно возникает при переживании вновь прежнего болезненного опыта с целью оградить свое Я от повторной травмы, и патологическую — как неадекватную силе и характеру стимуляции, ее вызывающей.

Современные представления о нормальной, развитой системе психологической защиты предполагают оценку следующих характеристик:

- адекватность защиты;
- гибкость защиты;
- зрелость защиты.

Главные признаки защитных механизмов, отличающие их от копинг-стратегий.

1. Защитные механизмы имеют бессознательный характер; в этом их отличие от различных стратегий совладающего поведения, а также от манипулятивных техник.
2. Результатом работы защитного механизма является то, что он бессознательно искажает, подменяет или фальсифицирует реальность, с которой имеет дело субъект.

В то же время защитные механизмы играют и положительную роль в адаптации человека к реальности. В ряде случаев они являются средством приспособления человека к чрезмерным требованиям среды или к чрезмерным внутренним требованиям человека к самому себе (что обычно является следствием критического, жесткого, нечувствительного отношения людей, окружавших ребенка в детстве). В случаях различных посттравматических состояний человека, например после серьезной утраты (близкого человека, части своего тела, социальной роли, значимых отношений и т. д.), защитные механизмы нередко играют спасительную роль (на определенный период времени). Более того, человек, вовсе лишенный защитных механизмов, — это миф, а поспешное избавление человека от какого-либо защитного симптома в процессе непрофессионально оказанной психологической или психотерапевтической помощи не приносит положительного эффекта. В лучшем случае это приводит к формированию новой защитной реакции, а в худшем — к серьезным паническим, депрессивным и иным психическим расстройствам.

В современной психологии понятие защитных механизмов обрело новое звучание в виде разделения понятий «защитные стратегии» и «стратегии совладания со стрессом и другими порождающими тревогу событиями».

4.3.2. Копинг: виды, функции, гендерные и возрастные различия

Проблемы психологической адаптации и преодоления стресса уже давно выделились в отдельную область психологической науки — психологию совладающего со стрессом поведения, включающую в себя множество подходов и теорий.

Понятие «копинг», «совладание со стрессом», происходит от англ. *coping* — «совладание, преодоление». Термин «*coping*» был впервые использован в 1962 году Л. Мэрфи (L. Murphy) при изучении поведения детей дошкольного возраста по преодолению требований, выдвигаемых кризисами развития. В 1974 году Л. Мэрфи рассматривал копинг как стремление индивида решить определенную проблему, которая, с одной стороны, является врожденной манерой поведения (рефлекс, инстинкт), а с другой — приобретенной, дифференцированной формой поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо).

В настоящее время выделяют три концептуальных подхода к изучению понятия «копинг».

- Первый, наиболее ранний подход развивался с 1960-х годов в работах представителей психоаналитического направления Н. Хаан (1965, 1974); Дж. Д. Паркер, Н. С. Эндлер (1996), где копинг рассматривался как *один из способов психологической защиты*, используемой для ослабления психического напряжения (Абабков В. А., 2004). Отличительной особенностью данного подхода является рассмотрение преодоления (совладания) с позиций психического развития личности и соотнесение его со способом, которым личность управляет своими эмоциональными состояниями при возникновении психического дискомфорта. По мнению этих авторов, именно бессознательные выученные механизмы защиты отвечают за регуляцию эмоционального состояния и направлены на сохранение психического гомеостаза и целостности личности от повреждающего влияния внешних воздействий. С годами зрелые механизмы защиты используются личностью все чаще, а реагирование на стресс носит все более произвольный и сознательный характер (Гурвич И. Н., 1999). Дж. Вайллант (Vaillant G., 1971, 1977) относит некоторые зрелые механизмы защиты к зрелому адаптивному стилю преодоления конфликтов. Таким образом, у многих психоаналитически ориентированных исследователей понимание защиты приближается к пониманию преодоления как стиля защиты (Shapiro D., 1965; Vaillant G., 1977).
- *Подход транзакционный, или ситуационный*, был разработан Р. Лацарусом и С. Фолкменом (1984, 1986), которые копинг понимали как динамический процесс и рассматривали как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (см.: Брайт Дж., Джонс Ф., 2003). Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны Р. С. Лацарусом в книге “Psychological Stress and the Coping Process” (1966). С выходом в свет этой книги началась постепенная смена модели стресса Г. Селье (1956) в сторону изучения копинга в качестве центрального звена стресса, а именно как стабилизирующего фактора, который помогает личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса. По мнению Р. С. Лацарус, копинг представляет собой стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в си-

туации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), в результате чего активируются адаптивные возможности. Таким образом копинг, или преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям, что отчетливо ассоциируется с понятием психической адаптации, принятым в отечественной психологии.

- Третий *подход* — *диспозиционный*, определяет копинг в терминах черт личности (диспозиционные концепции копинга), т.е. это относительно постоянная и устойчивая черта, определяющая стиль реагирования личности на стрессовые события.

Сторонники диспозиционного подхода утверждают, что совладающее со стрессом поведение является не столько набором отработанных и выученных в процессе накопления опыта стратегий приспособления к внешним условиям, сколько в большей степени индивидуальным стилем поведения (функционирования) личности, или личностной диспозицией. Иначе говоря, стиль совладания (*copingstyles*) относительно стабилен во времени, тесно связан с чертами личности и мало зависит от типа стрессора

Например, такие хорошо известные личностные факторы, как оптимизм, локус контроля, а также поведенческий тип А и пр., могут оказывать влияние на предпочтение или выбор определенных способов преодоления стресса. Некоторые авторы относят к стилю совладания и собственно личностные переменные: например, Дж. Ньютон (1989) считает, что так называемый тип А — не что иное, как стиль совладания, а Н. Е. Адлер (1994) рассматривал в качестве такового враждебность. Таким образом, исследователи подчеркивают тесную взаимосвязь личности и совладания со стрессом и утверждают, что «совладание — это личность, действующая в условиях стресса» (см.: Гурвич И. Н., 1999, с. 102).

Наиболее популярен в настоящее время транзакционный подход в изучении копинга, в число основоположников которого входят Р. Лацарус и С. Фолкмен.

Р. Лацарус и С. Фолкмен рассматривают совладание как постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, нацеленные на управление специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются с точки зрения соответствия ресурсам индивида (Lazarus R., Folkman S., 1984, с. 141). При столкновении со стрессовым событием происходит «динамический процесс когнитивной оценки, переоценки, совладания и эмоциональной переработки» (там же, с. 143). Таким образом, с позиции авторов, психологическое преодоление (психологическая адаптация) — это динамический процесс, который происходит на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях организации личности и направлен на снижение влияния стресса.

По мнению Р. Лацаруса и С. Фолкмена, взаимодействие среды и личности регулируется двумя ключевыми процессами: когнитивной оценкой и копингом. Понятие когнитивной оценки является центральным, так как, по мнению авторов, многое зависит

от когнитивной интерпретации стрессора. Выделяются следующие стадии когнитивной оценки: первичная и вторичная. Первичная оценка стрессорного воздействия (*primary appraisal*) заключается в вопросе: «Что это значит для меня лично?» Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах, как масштаб угрозы или потери, которые приписываются событию, или оценка масштаба его последствий. За восприятием и оценкой стрессора следуют эмоции (злость, страх, подавленность, надежда большей или меньшей интенсивности). Благодаря первичной оценке организм постоянно настроен: не происходят ли какие-либо изменения, к которым надо адаптироваться, чтобы сохранить благополучие. Если событие расценивается как незначительное, то оно не приводит ни к каким другим процессам, кроме ориентировочной реакции. Если стрессор оценивается как ущерб и/или утрата, то возникают такие эмоции, как печаль или гнев. Если же ситуация оценивается как опасная, то следствием этой оценки является страх. Говоря словами Н. Фрейда (1986), эмоции мобилизуют человека для определенных приспособительных реакций, изменяя его «готовность к действию» (*action readiness*).

Вторичная когнитивная оценка (*secondary appraisal*) — это оценка собственных ресурсов и возможностей решить проблему, выражается в постановке вопроса: «Что я могу сделать?» Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: цели, ценности и нравственные установки. М. Перец, М. Райхертс, (1992); В. А. Абабков (1998, 2004), считают, что личность осознанно выбирает действия по преодолению стрессового события.

Р. Лацарус считал, что характер оценки влияет на выбор стратегии совладания и предпочитаемые эмоциональные реакции. Сходные взгляды высказывают Р. Артур (1978) и К. Видл (1991), по мнению которых когнитивная оценка определяет силу стрессового воздействия. Одни и те же события жизни могут иметь различную

Диспозиционный подход подробно отражен в работах зарубежных исследователей (Miller S. M., 1987; Moos R. H., 1988; Byrne D., 1961, 1964; Amirkhan J. H., 1990, 1994; Krohne H. W., 1986, 1990; Cohen S., 1985, 1987; Krohne H. W., 1986; Holahan C. J., Moos R. H., Schaefer J. A., 1996).

Большинство исследователей проводят все же различия между традиционными личностными характеристиками и стилями совладания со стрессом (Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K., 1989). Особенно это проявляется в экстремальных и кризисных ситуациях. Хотя индивид может иметь привычные предпочтения в копинге, экстремальные ситуации обычно реализуют лишь узкий круг возможных копинговых ответов (Абабков В. А., 1998; Mattlin J. A., Wethington E., Kessler R. C., 1990). В критических и экстремальных ситуациях актуализируются прежде всего стереотипные, биологически (онтогенетически) выученные формы поведения.

стрессовую нагрузку в зависимости от их субъективной оценки, т. е. качество и интенсивность эмоциональной реакции на событие определяются индивидуальной когнитивной оценкой и могут изменяться в результате переоценки.

После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, т. е. собственно к копингу. Результаты, возникающие вследствие адаптивных копинговых реакций, подвергаются новой оценке (*reappraisal*), а затем в зависимости от результата могут последовать дальнейшие действия по совладанию.

Таким образом, структуру копинг-процесса можно представить следующим образом: *восприятие стресса — когнитивная оценка — выработка стратегий преодоления — оценка результата действий.*

Классификация копинг-стратегий

Наиболее широкую известность в психологической литературе приобрела классификация копинг-стратегий, предложенная в 1978 году Р.Лацарусом и Р.Лонье. Первоначально они подразделяли все разнообразие копинговых ответов на две категории: действия (усилия), направленные на себя, и действия (усилия), направленные на окружающую среду.

Первая группа стратегий, направленных на себя, состоит в большей степени из когнитивных, интрапсихических способов совладания:

- 1) *Поиск информации*: сосредоточение внимания, визуализирование (представление, воображение), запоминание и т. д. В соответствии с характером стрессовой ситуации, поиск информации может быть направлен на изучение всех характеристик события или на состояние человека, его возможностей для действия по воссозданию благополучия.
- 2) *Подавление информации*: отвлечение внимания, постепенное «исчезание» информации, поиск отвлекающих мыслей и занятий.
- 3) *Переоценка*: изменение отношения или замена оценки события, сравнение с другими, нахождение нового значения происходящих событий.
- 4) *Смягчение*: когнитивные усилия, направленные на сглаживание эмоций (например самоуспокаивание, или *self-instructions*), или инструментальные (поведенческие) действия (эмоциональная разрядка при помощи курения, употребления наркотиков, психотропных веществ, а также еды или алкоголя).
- 5) *Самообвинение*: «внутрикарательное» когнитивное поведение, т. е. внутренняя психическая работа, направленная на самообвинение, самокритику или жалость к себе. Самонаказание может проявляться в легкой степени (принятие ответственности) и достигать большой степени выраженности (аутоагрессивные фантазии).
- 6) *Обвинение других*: экстрапунитивные реакции, агрессивные обвинения других людей или обстоятельств, проявление гнева.

Во вторую группу стратегий авторы включили инструментальные попытки совладания, направленные на окружающую среду:

- 1) Стратегии совладания в неоднозначных ситуациях, создающих угрозу психологическому благополучию личности:
 - *активное, инструментальное воздействие на стрессор*: активное изучение источника стресса; попытки влиять или противостоять влиянию другого человека;
 - *уклончивое поведение* (избегание): уход или удаление от источника стресса;
 - *пассивное поведение*: смирение, ожидание или отказ от действий.
- 2) Стратегии совладания в ситуациях потери (например потери отношений) или неудачи:
 - действия, направленные на *предотвращение* надвигающейся *потери* или *неудачи*;
 - действия, направленные на *переориентацию* со значимых объектов, поиск источников эквивалентной замены;
 - *пассивное поведение*: смирение, ожидание или отказ от действий.

Позднее Р. С. Лацарус и С. Фолкмен (1987) в своих работах классифицируют стратегии совладания уже в соответствии с выделенными ими двумя основными функциями копинга:

- 1) направление копинга, сфокусированного на проблеме, на устранение стрессовой связи между личностью и средой (*problem focused*);
- 2) направление копинга, сфокусированного на эмоциях, на управление эмоциональным стрессом (*emotion focused*).

Необходимость учета обеих функций авторы обосновывают наличием эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов переживания стресса, которые образуют разнообразные комбинации.

При этом С. Фолкмен (1984) разделяла *активное* и *пассивное копинг-поведение*. Поведение, направленное на устранение или избегание угрозы (борьба или отступление), предназначенное для изменения стрессовой ситуации, автор называла активным копинг-поведением. Интрапсихические формы преодоления стресса относятся, по мнению С. Фолкмен, к защитным механизмам, предназначенным для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, и рассматриваются как пассивное копинг-поведение. Иными словами, *активное копинг-поведение*, или активное преодоление, представляет собой *целенаправленное устранение* или *изменение влияния стрессовой ситуации*. *Пассивное копинг-поведение* — это *интрапсихические способы преодоления стресса* с использованием различных механизмов психологической защиты, которые *направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения*.

Другой известный исследователь копинга, Дж. Амиркэн (1990, 1994), считал, что выбор индивидом тех или иных копинг-стратегий является достаточно стабильной характеристикой на протяжении всей жизни, мало зависящей от типа стрессора. Он выделил базисные стратегии поведения человека и объединил их в три группы: 1) решение проблемы (адаптивная); 2) поиск социальной поддержки (адаптивная); 3) избегание проблемы (неадаптивная). С ним перекликается мнение отечественной исследовательницы Л. Н. Собчик (2000), которая считает, что тип реагирования в стрессовых ситуациях базируется на типе высшей нервной деятельности и является врожденной, генетически обусловленной характеристикой.

Виды копинг-стратегий

С. Фолкмен, Р. С. Лацарус при помощи процедуры факторного анализа установили 8 видов ситуативно-специфических копинг-стратегий:

- планомерное разрешение проблем,
- позитивная переоценка,
- принятие ответственности,
- поиск социальной поддержки,
- конфронтация,
- самоконтроль,
- дистанцирование,
- избегание.

Они разработали в 1988 году специальный опросник измерения способов совладающего поведения (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) (Folkman S., Lazarus R. S., 1984), который позднее прошел адаптацию и стандартизацию в нашей стране, в НИПНИ им. В. М. Бехтерева (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А. и др., 2009).

Дж. Эндрюс с сотрудниками (1978) выделили несколько иные виды копинг-стратегий:

- 1) *когнитивные копинг-стратегии*, которые позволяют личности нейтрализовать стресс через механизмы субъективной оценки и стратегию когнитивного контроля;
- 2) *поведенческие стратегии*, которые дают возможность индивиду действовать непосредственно на устранение стресса;
- 3) *поиск социальной поддержки*, которая обеспечивает личности эмоциональную поддержку.

А. Дж. Биллингс, Р. Х. Мус и Дж. Шэфер (1984; 1986) также выделили три вида копинга:

- 1) когнитивный — нацеленный на анализ и оценку ситуации, который включает в себя логический анализ, когнитивное переосмысление ситуации или когнитивное отвержение (уход);

- 2) поведенческий — нацеленный на решение проблемы путем изменения или устранения источника стресса, который содержит получение необходимой информации и социальной/материальной поддержки, а также выбор альтернативных действий при неудаче;
- 3) эмоциональный — нацеленный на редуцирование эмоционального напряжения и поддержание душевного равновесия.

В целом большинство исследователей придерживаются единой классификации способов совладания со стрессом:

- 1) копинг-стратегии, воздействующие на ситуацию;
- 2) когнитивные стратегии, направленные на переоценку ситуации;
- 3) усилия, направленные на снятие эмоционального напряжения.

В результате многочисленных многолетних исследований копинг-поведения были обнаружены некоторые примечательные закономерности, — например, для успешного выхода из стрессовой ситуации необходимо пропорциональное представительство каждого из указанных трех видов копинга. А.Биллингс, Р.Мус (1988), выявили, что в большинстве стрессовых ситуаций используются лишь эмоционально и проблемно ориентированные копинги, а когнитивный копинг отсутствует. Как отмечают К.Карвер, М.Шайер, Й.Вайнтрауб (1989), в контролируемых ситуациях люди чаще используют более активные способы преодоления стресса, чем в ситуациях, не поддающихся контролю и влиянию. При изучении взаимосвязи критических жизненных событий, социальной поддержки, копинга и здоровья К.Гологан, Р.Мус (1985; 1996) обнаружили, что лица, остающиеся здоровыми при воздействии стресса, чаще использовали стратегию «избегание». В целом, по мнению большинства исследователей копинга, в результате активного совладания с жизнен-

Современные отечественные ученые Н.А.Сирота и В.М.Ялтонский (2004), изучив все теоретические изыскания XX века, сделали важный обобщающий вывод о том, что успешная адаптация включает в себя: 1) сбалансированное использование активных проблемно ориентированных копинг-стратегий; 2) достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов; 3) достаточность личностно-средовых копинг-ресурсов. В сочетании с накопленным индивидуальным опытом личностно-средового взаимодействия указанные психологические характеристики представляют собой в конечном счете адаптационный потенциал личности.

ными трудностями формируется конструкт, который Т. Цурилла и др. назвали «общая социальная компетентность личности» (Цурилла Т. и др., 1998).

Таким образом, копинг-поведение — это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее успешной адаптации.

Особо следует подчеркнуть, что нельзя изучать копинг-поведение в качестве отдельного независимого параметра, поскольку большое влияние на успешность адаптации оказывает не только то, какую копинг-стратегию выбирает личность, но и какая личность, с каким индивидуальным опытом и характерологическими чертами выбирает эти стратегии, а также и то, как она будет оценивать результат своих действий. При исследовании копинга целесообразно фиксировать весь «веер» способов психологического преодоления, выстраивая копинг-профиль для представителей различных социальных, профессиональных и возрастных групп (Исаева Е. Р., 2010).

Методы исследования копинг-стратегий

В настоящий момент исследователи стремятся к разработке более точных методов измерения совладающего со стрессом поведения, а также к использованию разнообразных качественных подходов в измерении. Так, например, М. Перре с группой исследователей (1996) предложил использовать компьютерную систему самоотчетов, позволившую регистрировать реальные реакции на стресс непосредственно в момент стрессового эпизода, так называемые горячие эмоции (Абабков В. А., Перре М., 2004). В нашей стране на сегодняшний день традиционно используются такие известные и апробированные методики для измерения копинг-поведения, как опросник Э. Хейма (1988) и «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (1990). Широкую популярность и распространение получил опросник «Способы копинга» WCQ Р. Ладаруса и С. Фолкман (1988), который был адаптирован в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В. М. Бехтерева (Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. и др., 2009).

Гендерные и возрастные особенности копинг-стратегий

В исследованиях Е. Р. Исаевой, проведенных среди русскоязычного населения, показано, что копинг-поведение тесно связано с полоролевыми характеристиками человека и зачастую обусловлено гендерными стереотипами. Так, среди женщин в трудных жизненных ситуациях принято чаще обращаться за психологической поддержкой и помощью к социальному окружению, они чаще избегают решения проблем, в большей степени склонны искать позитивные стороны в трудностях, придавая им новый смысл, тем самым снижая и обесценивая для себя значимость этих событий. Мужчинам общество предписывает большую сдержанность в поведении и больший эмоционально-волевой контроль. В остальных стратегиях совладающего со стрессом

поведения мужчины и женщины предпочитают прибегать к одинаковым вариантам. Лишь с возрастом у женщин несколько усиливается конфронтация, настойчивость и агрессивность в преодолении трудностей (Исаева Е. Р., 2009).

Исследование также показало, что копинг-поведение меняется на разных этапах жизненного пути человека. Стилль совладания активно формируется в юном возрасте, на начальном этапе становления взрослости. Проверяются на практике и отбираются наиболее подходящие (адекватные) и эффективные способы решения проблем. С возрастом репертуар совладания расширяется, и в дальнейшем человек автоматически использует наработанный репертуар поведения (он становится в большей степени стереотипным), сложившуюся устойчивую систему взглядов и подходов к тем или иным явлениям. Развивается способность к объективной оценке ситуации и своих возможностей влияния на нее, к прогнозированию последствий своего поведения. Так, например, самоконтроль, признание ответственности и положительная переоценка наиболее часто используются в ранней молодости (21–30 лет). Планомерное решение проблем с возрастом постепенно закрепляется. Бегство-избегание по частоте встречаемости усиливается после 30 лет (31–45 и особенно 45–60 лет). Поиск социальной поддержки в меньшей степени используется в юности (до 20 лет) и зрелости (45–60), наиболее важен в возрасте 21–45 лет. Конфронтация как способ решения проблем чаще встречается в период юности, затем снижается и после 45 лет вновь становится предпочтительным; признание ответственности усиливается после 45 лет. Важным приобретением возраста является умение предотвращать (или предвосхищать) проблемы, т. е. упреждающий метод борьбы (совладания) со стрессом; формируется «модель экономии энергии» в проблемно-решающем поведении (Исаева Е. Р. и др., 2009).

В целом с возрастом на фоне преимущественного использования активных проблемно-фокусированных стратегий совладания со стрессом постепенно усиливается тенденция к дистанцированию и бегству от проблем. С возрастом люди начинают более реалистично относиться к ситуации и своим возможностям что-либо в ней изменить, наблюдается, по мнению Д. Гуттмана (1974), переход от активного к пассивному преодолению.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятиям «критическая жизненная ситуация» и «чрезвычайная ситуация». Каковы сходные (неспецифические) и отличительные (специфические) последствия каждой из этих ситуаций с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы?
2. Назовите факторы риска развития неблагоприятных социально-психологических последствий ЧС и ресурсы их преодоления (выживания).
3. Каковы особенности психологических последствий ЧС антропогенного и природного характера?
4. Какие мероприятия должны проводиться в очаге ЧС с целью профилактики развития негативных последствий?

5. Как влияют объективные и субъективные факторы на поведение человека в разных ситуациях?
6. Что такое ресурсы и вредоносные факторы?
7. Какие основные фазы можно выделить в воздействии техногенной катастрофы на население близлежащих территорий? Какие психологические особенности характерны для каждой фазы?
8. Назовите факторы, которые оказали наиболее сильное влияние на лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.
9. Какие ресурсы помогли людям преодолеть последствия данной техногенной катастрофы?
10. Что такое личностный адаптационный потенциал?
11. Перечислите характеристики, черты личности, составляющие адаптационный потенциал.
12. Как социальные ресурсы влияют на психологическую адаптацию личности?
13. Что такое психологическая защита личности? Охарактеризуйте основные функции механизмов психологической защиты.
14. Чем первичные защитные механизмы отличаются от вторичных? Приведите примеры первичных и вторичных защит.
15. Что означает понятие «копинг»? Перечислите основные функции копинга. Какие виды копинг-стратегий вы знаете?
16. Чем отличаются понятия «психологическая защита» и «копинг-поведение»?
17. Раскройте понятие «защитно-совладающий стиль поведения» личности. Какие стили защитно-совладающего поведения связаны с риском развития психической дезадаптации?
18. Какие виды защитных механизмов или копинг-стратегий можно отнести к маркерам психологического неблагополучия?

Глава 5

ЗАБОЛЕВАНИЕ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ: И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ, И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС

- 5.1. Экстремальная и кризисная ситуации при онкологических заболеваниях
- 5.2. Место онкопсихологии в системе психологических дисциплин
- 5.3. Роль психологических факторов в развитии онкологических заболеваний
- 5.4. Течение онкологического заболевания и этапы лечения больного
- 5.5. Особенности психологической адаптации онкологического больного
- 5.6. Нарушения психологической адаптации у онкологических больных в связи с заболеванием
- 5.7. Экзистенциальные вопросы в ситуации онкологического заболевания
- 5.8. Психологические проблемы семьи онкологического больного
- 5.9. Психологические трудности во взаимодействии врача-онколога с пациентом
- 5.10. Психологические аспекты отношения общества к онкологическим больным

5.1. Экстремальная и кризисная ситуации при онкологических заболеваниях

Тяжелая болезнь, связанная с витальной угрозой, как правило, представляет для человека экстремальную ситуацию и является для него жизненным кризисом. Примером такой болезни может быть онкологическое заболевание.

Информация об онкологическом заболевании создает экстремальную и кризисную ситуации как для больного, так и для его ближайшего окружения. Ситуация онкологического заболевания имеет следующие общие признаки с другими жизненными экстремальными и кризисными ситуациями.

- *Внезапность возникновения.* Сообщение о заболевании раком для больного всегда неожиданно, внезапно. Даже если при дальнейшем анализе событий пациенты отмечали, что некоторые симптомы болезни наблюдались ими давно, постановка врачом-онкологом диагноза являлась для них полной неожиданностью все равно. Онкологические больные говорят об этом так: «Неожиданно обнаружил...»; «Вдруг почувствовал изменение...».
- *Наличие витальной угрозы.* Онкологическое заболевание действительно представляет собой угрозу жизни заболевшего человека. После сообщения об онкологическом диагнозе одна больная сказала: «*Меня переехал трамвай*».
- *Разрушение картины мира.* Заболевание разрушает представления и убеждения, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира. Они складываются в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечают потребности человека жить в безопасном для него мире.
- *Отсутствие контроля над происходящим.* При онкологическом заболевании у больного появляется чувство утраты контроля над ситуацией, болезнью, лечением, жизнью в целом, возникает ощущение, что какие-то иррациональные силы, неподвластные разуму, господствуют над ним.
- *Неопределенность будущего.* Онкологическому больному, несмотря на длительное лечение, никто и никогда не дает гарантий окончательного выздоровления.
- *Стадийность протекания реакций.* Реакции на заболевание в течение периода адаптации к нему меняются, проходя несколько стадий.

Переживания онкологического пациента продиктованы экстремальным и кризисным характером его жизненной ситуации. Наряду с общими признаками экстремальной и кризисной ситуаций, ситуация онкологического заболевания имеет следующие *специфические признаки*, определяющие психическое состояние больного.

- *Угроза жизни.* Когда человек заболевает и его болезнь связана с витальной угрозой, происходит столкновение с реальностью, с физической ограниченностью жизни заболевшего. Разрушается «иллюзия бессмертности», которая имеет место в обычной жизни человека, когда он знает, что умрет, но это будет потом, и это знание делает его бессмертным в настоящий момент. Бо-

лезнь воспринимается как сигнал о конечности жизни, смерть становится вполне реальной. У больного происходит крах жизненных ожиданий, возникает ощущение непрожитости жизни, невозможности будущего. Эти переживания особенно характерны для тех больных, которые в течение своей жизни жили, заботясь о других, игнорируя свои собственные потребности.

- *Полиэтиологичность заболевания.* Отсутствие явной причины болезни ведет к мучительным раздумьям заболевшего человека и его ближайшего окружения. В неопределенных, плохо предсказуемых, разрушающих привычное существование, сопровождающихся витальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вообще, у человека актуализируются иррациональные формы мышления. Информация об онкологическом заболевании «обрастает» мифами.
- *Отсутствие гарантий выздоровления (неопределенность исхода болезни).* Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности. При каких обстоятельствах и когда болезнь может «выстрелить» в следующий раз, никто не знает. Отсутствие контроля сужает жизнь человека до настоящего момента, теряется жизненная перспектива.
- *Калечащий характер оперативного вмешательства.* До сих пор, к сожалению, лечение большинства онкологических больных состоит в удалении опухоли путем калечащей операции. Калечащий характер операции, наряду с другими видами лечения, резко снижает качество жизни при любом онко-

«Просыпаюсь, ощупываю себя, и плачу. Или наоборот — боюсь к себе прикоснуться и понять, что там ничего нет...» (больная Т., 54 г.).

Онкологическому пациенту требуется много усилий, чтобы принять не только болезнь, но и свое искаленное тело: «Мое тело стало для меня чужим. Это не мое. Мое тело — здоровое и красивое, а это — это чужое. Даже не думаю, а просто не верю, что со мной такое могло стать» (больная Е., 52 г.).

Психическая травма от калечащего характера операции остается даже после реконструкции молочной железы: «Я чувствовала себя старухой, зверем в зоопарке. Конечно, я готова была на маммопластику, на что угодно, только бы мне вернули мое тело, только бы снова целиком быть, быть целой. У меня было ощущение, что настоящая Я, которая думает и чувствует, осталась в удаленной молочной железе» (комментарий больной О., 49 л., недавно перенесшей операцию по реконструкции молочной железы, к вопросу об удовлетворенности внешним видом).

логическом заболевании. Например, у онкогинекологических больных, даже успешно прошедших лечение, возникают проблемы в сексуальной жизни, которые вызваны характером лечения (операцией, лучевой терапией), что влияет на супружеские отношения. Особенно тяжело переживаются людьми калечащие операции, изменяющие внешний образ человека: рак горла, рак прямой кишки, рак молочной железы и др. Ярким примером могут быть переживания больных раком молочной железы: удаление молочной железы практически всеми пациентками воспринимается как утрата части самой себя, затрагивает глубинные механизмы принятия себя как женщины, влияет на сексуальные отношения. Эти переживания несут в себе угрозу психической травмы заболевшей женщины. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение (Чулкова В. А., 1980). Вместе с тем, следует обратить внимание на то, что во всем мире рак молочной железы занимает первое место как по заболеваемости среди женщин, так и по смертности. Несмотря на то что данное заболевание на сегодняшний момент успешно лечится, высокий показатель смертности связан с обращением женщин за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, что во многом обусловлено страхом перед раком и калечащей операцией.

В этой связи естественно, что различного рода сильные эмоциональные реакции не только в виде страха и тревоги, но и раздражительности, враждебности, вызванными обезображиванием собственного тела, являются вполне правомерными.

- *Длительное тяжелое лечение, сопровождающееся болью.* Онкологический больной оказывается в чрезвычайно сложной жизненной ситуации: лечение требует мобилизации физических и душевных сил, в то время как болезнь, лечение и связанные с ними переживания приводят к значительным психологическим, физическим и биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента. В настоящее время достаточно распространенными и эффективными методами лечения онкологической патологии различной локализации являются радиотерапия (лучевая терапия), химиотерапия, гормонотерапия, биотерапия и др. Данные виды терапии не дают мгновенного, быстрого эффекта (требуется продолжительная, в течение нескольких курсов, терапия) и нередко сопровождаются побочной симптоматикой. Процесс лечения онкологического заболевания может вызывать когнитивные дисфункции в виде лабильности мыслительной деятельности, повышенной внушаемости. Многие пациенты жалуются на раздражительность, описывают постоянное чувство усталости и апатию как беспокоящие их симптомы, вызывающие дистресс. Несмотря на то что химиотерапевтические препараты не обладают непосредственным психотропным действием, они являются токсичными для организма больного. Химиотерапии практически всегда сопутствуют тошнота, рвота, нервозность, ухудшение настроения вплоть до

выраженной депрессии, которые тяжело переносятся больными: «После очередной химиотерапии трупом лежу» (больная В.). Кроме того, к числу побочных эффектов лечения относятся изменение массы тела, алопеция (облысение), боли в суставах. Физические и психологические осложнения могут быть такой степени выраженности, что полученный положительный эффект от лечения нередко недооценивается больными. Примером этого является проведение химиотерапии у больных раком молочной железы: критически оценивая свои психические переживания, отчетливо связывая их с проведением химиотерапии и испытывая страх перед ней, больные нередко отказываются от курса химиотерапии. При этом в некоторых случаях даже врачи-онкологи, боясь неадекватных реакций больных, считают их противопоказанием к проведению химиотерапии (Асеев А. В., 1993). В проведенном нами психологическом исследовании больных раком молочной железы изучалось отношение пациенток к химиотерапии в зависимости от ее длительности и определялось психоэмоциональное состояние во время курса адьювантной (дополнительной) лекарственной терапии. Было выявлено, что по мере увеличения числа курсов химиотерапии возрастало количество больных, испытывавших страх перед лечением, тех, кто плохо переносит химиотерапию и для которых лекарственная терапия оказалась тяжелее, чем они предполагали.

Боль имеет особенное значение для онкологических больных. «Знания» о заболевании раком, бытующее среди людей, свидетельствуют, что оно (заболевание) сопровождается непереносимыми страданиями и болью, поэтому у больных возникает страх, связанный с болезнью. Нередко больные, по их словам, боятся даже не самой смерти, а смерти мучительной. Известно, что боль в большой степени связана с эмоциональным состоянием человека. Проведенные Р. Бондом исследования психических факторов, оказывающих существенное влияние на боль, указывают на то, что тревожность часто сопутствует острой боли, хотя нередко присутствует и при хронической. Наиболее частой личностной характеристикой, сопровождающей хроническую боль, является депрессия. Именно тревога и депрессия, как показывают и наблюдения, и проведенные Р. Чарменом (1977) и С. Э. Поляковым и др. (1986) исследования, преобладают у онкологических больных.

- *Изменение социального статуса.* Болезнь резко изменяет социальный статус человека: он из разряда здорового, работающего переходит в разряд больного, инвалида. Вследствие болезни у больного может возникать чувство возможной потери семейных отношений и отношений с окружающими, работы, социального статуса.

Сколько бы лет ни было человеку, ему трудно и даже невозможно подготовить себя заранее к болезни и к тем лишениям, которые ее сопровождают. Но еще тяжелее переживается заболевание, когда оно возникает на пике профессионального роста, репродуктивного возраста больного и т. д.

Жизнь больного человека становится ограниченной: «*Диагноз, как клетка*», «*Болезнь меня поставила на колени*».

- *Изменение материального положения.* В период болезни материальное положение человека значительно ухудшается, так как лечение и сопутствующий ему уход требуют значительных материальных затрат.

В ситуации онкологического заболевания актуализируются экзистенциальные проблемы, которым в обычной жизни, до болезни, нередко не уделяется внимание. В первую очередь, как указывалось выше, заболевший человек сталкивается с *угрозой жизни, его собственной жизни*. Кроме того, заболевание оставляет человека один на один со своими проблемами: ведь близкие, как бы они ни хотели, не могут пережить боль и страдания за другого человека. Эти мучительные для больного переживания вызывают глубинное *ощущение одиночества*. У больных разрушается иллюзия справедливого устройства мира. Человек теряет *смысл существования*. Нет ни одного онкологического больного, не задававшего себе вопроса: «Почему я заболел?», который переформулируется в другие вопросы: «За что?», «За какие грехи?», «Как теперь жить?», «Стоит ли жить, если вся жизнь — химиотерапия?» Перед больным возникают вопросы *ответственности* за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Духовные проблемы не всегда осознаются человеком, но они придают его переживаниям особенно мучительный оттенок.

Все описанное выше сопровождается негативными переживаниями: страхом, тревогой, стыдом, обидой, беспокойством, чувством вины, которые являются проявлением страдания.

Св. Августин (354–430 гг.): «А чувства есть то, благодаря чему душа осведомлена о том, что испытывает тело».

На фоне интенсивных отрицательных эмоций у больных наблюдается изменение познавательных процессов: трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти. Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений.

На соматическом уровне появляется ощущение физической слабости, физического истощения, чувство стеснения в горле, одышка с ощущением нехватки воздуха, прерывистое дыхание со вздохами.

Таким образом, болезнь проявляется на всех уровнях существования человека (Моисеенко В. М., Чулкова В. А., 2007):

- *на соматическом* — нарушением функционирования органов и систем;

- *на эмоциональном* — проявлением негативных эмоций: страха, тревоги, гнева, обиды, злости и других;
- *на психологическом* — нарушением отношений к самому себе и к окружающим;
- *на социальном* — изменением социального статуса и социальных связей;
- *на духовном* — переживанием конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни.

Сократ (470–399 гг. до н. э.): «Тело не болеет отдельно и независимо от души».

Болезнь захватывает человека целиком, и выделенные уровни проникают друг в друга (больной жалуется на боль, и это не только физическая боль, поскольку в тотальной боли, наряду с физической, присутствует и эмоциональная, и духовная боль).

5.2. Место онкопсихологии в системе психологических дисциплин

Роль социально-психологических факторов и личности самого больного при онкологическом заболевании и его лечении была определена эмпирическим путем, в основе которого лежали длительные наблюдения врачей. В дальнейшем именно запросы врачебной практики послужили основой экспериментально-психологических, психиатрических и социологических исследований в области онкологии.

Н. Н. Петров (1876–1964 гг.), основоположник отечественной онкологии: «Больно затрагивая человеческий организм, глубоко в него проникая, хирургия достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда она бывает украшена высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке, и притом не только о его теле, но и о состоянии его психики» (Петров Н. Н., 1947).

Особое внимание к психологическим проблемам в онкологии проявилось, когда встал вопрос о качестве жизни онкологического пациента, чему способствовали некоторые обстоятельства, наблюдаемые с 70-х годов XX века. Совершенствование методов диагностики и лечения рака привело к улучшению отдаленных результатов лечения и тем самым к увеличению числа онкологических больных, находящихся под диспансерным наблюдением. Эти люди в большинстве своем стремятся сохранить прежний образ жизни, социальную и нередко трудовую активность. Однако современные методы лечения злокачественных новообразований не всегда обеспечивают качественные характеристики жизни. Наряду с увеличением продолжительности жизни больных, перенесших радикальное лечение, отмечается и тенденция к росту заболеваемости злокачественными опухолями. При этом, к сожалению, растет число больных с запущенными стадиями болезни, выявленными как при первичном обращении, так и в процессе их прослеживания. Чаще всего для этой категории больных

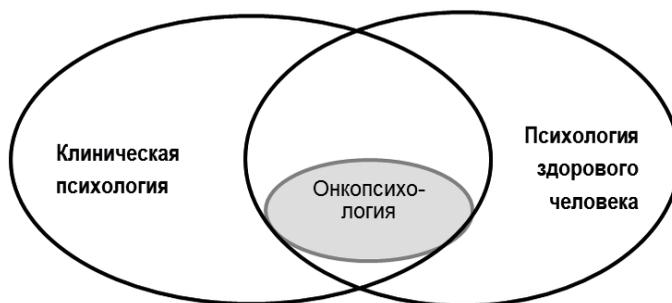


Рис. 5.1. Место онкопсихологии в системе психологических дисциплин

результаты лечения оцениваются не только в сроках выживаемости, а преимущественно в виде более высокого качества жизни больных и членов их семей. Качество жизни включает в себя и эмоциональное благополучие больного. Совместные исследования врачей-онкологов, психиатров, психологов, социологов привели к возникновению в последней четверти XX века новой области знаний в рамках онкологической науки — *психоонкологии*, которая изучает *психологические и социальные аспекты рака*. Целью психоонкологии является повышение качества жизни онкологического больного независимо от локализации и распространенности злокачественного процесса.

Возникновение психоонкологии послужило основой для развития *онкопсихологии* — раздела психологии, изучающего *психологические последствия рака*. Таким образом, психоонкология возникла и развивается в рамках онкологии, в то время как онкопсихология является психологической дисциплиной (Чулкова В. А. и др., 2012).

Как соотносится онкопсихология с различными психологическими дисциплинами? В фокусе внимания клинических психологов — люди с психическими расстройствами разного уровня. Психически здоровые лица исследовались в связи с задачами профилактики психических и психосоматических нарушений. Изучение здоровых людей являлось прерогативой социальной, возрастной, дифференциальной, инженерной и других психологических дисциплин. Вместе с тем существует большая область жизненных ситуаций, где переживания и поведение здоровых людей правомерно могут быть описаны с позиций клинической психологии. И это кризисные и экстремальные ситуации. Психология кризисных и экстремальных ситуаций — область пересечения психологии здорового человека и клинической психологии, т. е. область психологии здорового человека в особых условиях, при которых он находится в критическом состоянии, следствием чего может быть психическая травма, являющаяся основой для всех нервно-психических и психосоматических нарушений (Бочаров В. В., Карпова Э. Б. и др., 2010а). Чаще всего реакции онкологического больного — это реакции психически здорового человека в экстремальной или кризисной ситуации онкологического заболевания (рис. 5.1). Кроме того, онкопсихология в своем содержательном аспекте соприкасается с социальной, возрастной, семейной и другими видами психологических дисциплин, безусловно присутствующих в кризисной и экстремальной ситуациях онкологического заболевания.

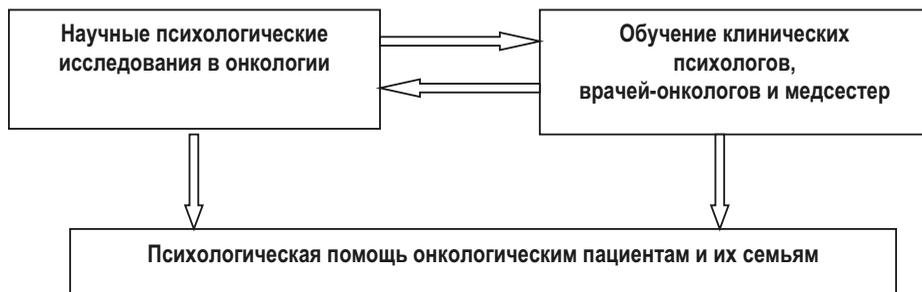


Рис. 5.2. Элементы системы, отражающей развитие онкопсихологии

Таким образом, онкопсихология — часть психологии кризисных и экстремальных ситуаций. В настоящее время смысл и дальнейшее развитие онкопсихологии видится в создании системы, включающей три элемента, которые взаимосвязаны и организационно скоординированы (рис. 5.2):

- 1) научные исследования в области онкопсихологии;
- 2) профессиональное обучение клинических психологов, врачей-онкологов и медсестер;
- 3) профессиональная психологическая служба помощи пациентам и их родственникам.

5.3. Роль психологических факторов в развитии онкологических заболеваний

Современные научные теории с различных сторон отражают единый процесс развития злокачественных опухолей, заключающийся в том, что свойственный любой живой клетке протоонкоген переходит при определенных условиях в активную фазу — онкоген, который и дает начало росту опухоли. Из этого делается вывод о генетической детерминации рака: он предопределен изменением генетического кода. В этих теориях важное место в возникновении злокачественных заболеваний уделяется роли канцерогенных веществ и физических факторов, которые воздействуют на человека при неблагоприятных условиях жизни и приводят к развитию злокачественных опухолей.

Однако весьма актуальным остается вопрос: достаточно ли только внешних, химических и физических, воздействий, какими бы мощными или продолжительно действующими они ни были, для изменения генетического кода? Играют ли патогенную роль в этих условиях психическое состояние самого человека и особенности его личности? Если не учитывать указанные психологические факторы, то во многих случаях трудно объяснить, почему одни люди болеют раком, а другие — нет. Ответ может дать психосоматический подход в медицине, который специально учитывает влияние особенностей психического состояния или личностных особенностей на возникновение соматических дисфункций и болезней.

В настоящее время, согласно классификации ВОЗ, онкологические заболевания официально не имеют статуса психосоматических. Тем не менее идеи влияния психического состояния или особенностей личности на возникновение рака витают в общественном, в том числе и медицинском, сознании. В психосоматической концепции возникновения злокачественных новообразований описывается следующий механизм воздействия психологических факторов на возникновение рака: по мере невозможности разрешения человеком трудных жизненных ситуаций у него возникают чувства беспомощности, безысходности, отчаяния, которые запускают механизм депрессии. Длительно существующая депрессия оказывает влияние на работу иммунной системы, подавляя ее, что приводит к нарушению функций иммунного надзора. При этом нарушается и работа эндокринной системы: меняется гормональный баланс организма, увеличивается чувствительность к канцерогенным веществам. Нарушение гормонального равновесия, в свою очередь, вызывает рост атипичных клеток и снижает способность иммунной системы бороться с ними (Саймонтон К., Саймонтон С., 2001). А.В.Гнездилов (2002) отмечает, что частым результатом депрессии бывает нежелание жить дальше и что сознательно каждый человек боится и не желает болезни, но подсознательное нежелание жить может запустить механизм болезни, такой болезнью может быть и рак.

Практически любой обзор литературы о роли психологических факторов в возникновении онкологических заболеваний сообщает о наблюдениях и исследованиях, свидетельствующих о таком влиянии. Информация об этом содержится в работах К.Саймонтон, С.Саймонтон (2001); С.Грир (1997); Л.Ли Шэн (1959); Л.Темошок (1987). Выделим из них и обобщим несколько существенных, на наш взгляд, результатов исследований, которые указывают на существование связи психологического фактора и возникновения рака.

Обращают на себя внимание многочисленные клинические наблюдения, в которых указывается, что неприятные и тяжелые душевные переживания и страдания, неосуществившиеся желания или разочарования, переживания потери или утраты близких, лишения, длившиеся долгие годы, предшествовали возникновению онкологического заболевания у некоторых людей. Такие наблюдения, а позднее и специальные исследования были известны давно: еще в XVIII–XIX вв. о них сообщали врачи. В настоящее время отмечается также и то, что для людей, у которых впоследствии возникает рак, характерны не только более часто встречающиеся травмирующие жизненные события, но и более сильная психологическая реакция на них. Естественно, никто из людей в своей жизни не застрахован от сильных переживаний, например, в связи с утратой, горем. Однако не всегда такие переживания приводят к болезни, тем более к раку. Конечно, можно предположить, что это зависит от содержания такого рода переживаний, которые в настоящее время еще недостаточно изучены.

Следующим важным шагом в понимании связей между психологическими особенностями человека и вероятностью возникновения у него злокачественной опухоли явилась работа Э.Эванс «Исследование рака с психологической точки зрения». Несмотря на то что исследование было проведено в 1926 г., оно не потеряло своего значения до сих пор, так как именно в этой работе впервые была предпринята по-

пытка объяснения связи психологического фактора и возникновения рака (см. Чулкова В. А., Моисеенко В. М., 2009). Э. Эванс полагала, что рак — это симптом наличия в жизни больного неразрешенных проблем, связанных с отношением к себе и к другим людям. Так, в частности, она считала, что еще до начала развития болезни многие из обследованных ею больных относились к психологическому типу, склонному ограничивать и связывать себя лишь с каким-то одним человеком, объектом или ролью (например, с членом семьи, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальную жизнь во всем ее многообразии. Когда такая ограниченная связь, на которой данный человек фиксирован, в силу разных причин разрушалась, то он, лишившись эмоционально значимой для себя связи, оказывался один на один с самим собой. При этом он не мог выстроить свою собственную жизнь вне связи со значимым человеком или объектом, так как у него отсутствовали навыки, позволяющие справляться с подобными ситуациями. Опасность особенностей интра- и интерперсональных отношений не только в том, что человек может лишиться своего «главного» отношения в жизни, но и в том, что даже если у него нет потери такого фиксированного, значимого отношения, то он, согласно нашим наблюдениям, еще задолго до болезни проживал не свою жизнь, а жил жизнями других людей, чаще всего своих близких. Для онкологических пациентов характерно, что потребности других людей (членов семьи, друзей, интересы работы) они ставят на первое место, игнорируя при этом собственные, как не имеющие особой важности.

В дальнейшем появились работы, указывающие на роль ранней детской или юношеской не пережитой психической травмы у больных. В результате нее психическая жизнь больных редуцировалась, что проявлялось в ограничении диапазона реагирования и способствовало созданию ригидных связей с окружающими, утрата которых приводила к отчаянию (Калшед Д., 2001; Решетников М. М., 2006). Отчаяние не имело выхода: они переживали его в себе, были не способны излить свою боль, обиду, гнев или враждебность на других. Присущая им ригидность, не позволяющая выйти за пределы стереотипов поведения, делала их зависимыми от окружающих и мешала строить отношения с ними на основе доверия к себе, признания ценности и уникальности своей собственной жизни. Описанные характерные особенности людей, для которых вероятность заболеть в дальнейшей жизни раком была выше, чем у других, Темошок (1987) определил тип личности «С» (в отличие от типа «А», свойственного кардиологическим больным): трудность в выражении негативных эмоций, особенно обиды и гнева, прилежность, конформность, социальная нормативность, согласие с авторитетами, забота о потребностях других людей.

Также необходимо признать, что онкологическим больным свойственна алекситимия. Это понятие используется для характеристики психосоматических больных, у которых ограничены способности воспринимать собственные чувства и имеются трудности в сообщении о внутренних переживаниях: неспособность выразить словами свои чувства. Алекситимические личности склонны соматизировать негативные эмоции (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В. и др., 2000).

Указанные выше особенности личности больного оказывают влияние на его повседневный образ жизни, его типичное и предпочитаемое поведение.

Вместе с тем, несмотря на существование различных психологических концепций в развитии рака, имеются и другие достоверные исследования, число которых в последние годы возросло (например, Холланд Дж., Ватсон М., 2013), показывающие, что личностные особенности и горе не увеличивают риск онкологических заболеваний. В этой связи наиболее правомерно, на наш взгляд, мнение о том, что в отношении онкологического заболевания невозможно отделение психического от соматического и соматического от психического — это все проявления болезни. При этом биологическая и психологическая модели заболевания не противостоят, а дополняют друг друга. Так, всеми исследователями признается роль образа жизни человека в возникновении заболеваний. По мнению онкологов, образ жизни человека влияет на возникновение рака больше, чем наследственность и плохая экология. Но что такое образ жизни человека? Это его повседневное типичное и предпочитаемое поведение. Если с медицинской точки зрения внимание акцентируется на вредных привычках человека (курение, алкоголизация, переедание, нарушение сексуальных отношений, которые вызывают рискованное поведение), то с точки зрения психолога данные виды поведения человека отражают неконструктивные способы разрешения трудностей и внутренних противоречий, которые могут не осознаваться, но закреплять вредные привычки. Понятие «образ жизни» включает в себя также привычные способы реагирования человека на жизненные трудности и их преодоление или невозможность их преодоления.

Таким образом, данных о том, что особенности психического состояния и личности человека сами по себе могут вызывать рак, в настоящее время нет, но имеются подтверждения того, что они в сочетании с другими факторами риска могут сыграть решающую роль в возникновении заболевания, так как формируют повседневный образ жизни человека, ведущий к рискованному поведению. Указанное выше позволяет рассмотреть и разработать новый подход профилактики и лечения онкологических заболеваний, который будет учитывать роль психологических факторов и будет строиться на основе осознанного и ответственного отношения человека к своей жизни и своему здоровью.

5.4. Течение онкологического заболевания и этапы лечения больного

Известно, что любое онкологическое заболевание имеет длительный латентный период. По мнению онкологов, латентный период некоторых видов онкологических заболеваний может длиться не менее 10 лет. Для онкологических больных характерно, что они, как правило, не чувствуют себя больными до обнаружения у них опухоли, не причисляют себя к больным, не обращают внимания на признаки болезни. Ранняя стадия опухоли не вызывает выраженных расстройств общего состояния больных и обнаруживается чаще всего случайно. Момент обнаружения опухоли или других признаков дискомфорта (физических, психологических) можно считать началом формирования отношения больного к заболеванию и его лечению. Таким образом,

течение заболевания не всегда связано с лечением. Лечение онкологического заболевания имеет несколько этапов. Каждый этап лечения онкологического заболевания характеризуется специфическими психологическими проблемами, которые встают перед больным, и сопровождается особыми переживаниями (Гнездилов А. В., 2002; Чулкова В. А., 1999). Разрешение больным психологических задач, стоящих перед ним на определенном этапе лечения заболевания, способствует его психологической адаптации.

Диагностический этап. Обнаружение онкологического заболевания практически всегда бывает внезапным и вызывает у человека психологический шок. Состояние больных на этом этапе обусловлено локализацией опухоли, ее гистологической структурой, темпом ее роста, биологическим, иммунологическим, гормональным воздействием опухоли на организм.

В связи с тем, что, как указывалось выше, при обнаружении опухоли не выявляется явного физического дискомфорта и физическое состояние пациента вполне удовлетворительно, на этапах диагностики, а также начала лечения психологические проблемы выступают наиболее ярко и превалируют над проблемами, обусловленными физическим состоянием. В момент установления диагноза основным фактором, определяющим восприятие больными своего состояния, которое, в свою очередь, влияет на их психологическое и функциональное состояние, является не тяжесть заболевания, а особенности личности больного и его социальные обстоятельства. В связи с резко изменившейся ситуацией — был здоров, стал смертельно больным — у заболевшего человека возникает ощущение растерянности, тупика, обесценивание прежнего опыта жизни, происходящее кажется ему нереальным, могут возникнуть мысли о суициде. Об эмоциональной уязвимости онкологического больного свидетельствуют не столько медицинские показатели стадии заболевания и его прогноза, потеря массы тела, бессонница, сколько факт оттягивания прихода больного к врачу, семейные проблемы и дисгармония в родительском доме, травмы, пережитые в детстве, чувство отверженности, затрудняющее открытость и возможность принятия помощи от других (Бусыгина Н. Н., 2000).

Психологическая реакция на диагноз является значимым прогностическим фактором (Pettingale K. W., Morris T. et al., 1985). Некоторые исследователи указывают более благоприятное течение болезни у пациентов, которые реагируют на известие о диагнозе проявлением страха, подавленным настроением. Глубоко эмоционально реагирующие на диагноз «рак» пациенты имеют меньшую склонность к рецидивам, чем реагирующие путем отрицания и защиты пациенты, которые, казалось бы, приспособляются к болезни без затруднений. Акцент делается на том, что более благоприятный прогноз имеют пациенты, которые, несмотря на сильные эмоциональные реакции, впоследствии научились справляться с болезнью и изменившейся жизненной ситуацией (в частности, благодаря групповой терапии).

Этап госпитализации. На этапе госпитализации больные находятся в состоянии страха, у многих из них наблюдаются депрессивные состояния, элементы деперсонализации, обусловленные прежде всего тревогой. Появляются бессонница, потеря аппетита, психическая напряженность. Мысли больных часто сосредоточены на по-

исках причин болезни, у них возникают чувство вины и желание обвинить других лиц в своей болезни. Страхи и опасения определяют дальнейшее поведение, отношение к лечению и к новой жизненной ситуации. Психологические проблемы онкологических больных на этапе госпитализации в клинику во многом обусловлены тем, что они находятся в информационном тупике.

На этапе поступления в клинику заболевший человек оказывается вырванным из привычной жизни. Возникает необходимость приспособления к условиям существования в клинике, к новым лицам, к медицинскому персоналу, у больного может появиться чувство зависимости от них, потеря самостоятельности. Особенно тяжело протекает этап госпитализации у пациентов до этого редко болевших, социально активных и независимых.

Этап оперативного лечения. В *предоперационном периоде* больные в определенной степени адаптируются к условиям стационара и окружающим людям, врачебные обходы их уже не страшат так, как это наблюдалось при поступлении. Вопросы отношения к диагнозу, лечению и его перспективам становятся чрезвычайно актуальными на данном этапе. Тактика лечения бывает уже выработана врачами, однако у больных в период перед операцией отношение к болезни нечеткое и противоречивое: одни интересуются методами лечения, результатами исследования, другие со страхом и интересом вслушиваются в суждения и советы соседей по палате.

Послеоперационный период — первые несколько дней после операции в физическом отношении очень тяжелы для больных. Пациенты испытывают болевые ощущения разной интенсивности, которые сковывают их движения и делают беспомощными.

В послеоперационном периоде больные особенно обостренно испытывают чувство несправедливости судьбы по отношению к себе: болезнь воспринимается как незаслуженное наказание. Чувство сожаления вызывает неправильное в прошлом отношение к своему здоровью, недостаточное к нему внимание. Больные испытывают разочарование в том, что их надежды на то, что операция докажет отсутствие серьезной болезни и что объем ее будет весьма ограниченным, не подтвердились. Так, у больных раком молочной железы, несмотря на информирование врачей об операции, нередко проявляется несоответствие представления об объеме операции с тем, к чему готовил врач: вследствие психологической защиты информация об операции перед самой операцией воспринимается больными в более благоприятном свете. Чем больше несоответствие представления об объеме операции с действительным размером операции, тем скорее возникают и дольше длятся переживания, связанные с нарушением образа Я. В этой связи больные после операции могут испытывать противоречивые чувства по отношению к врачам: с одной стороны, благодарность за успешно проведенную операцию, с другой стороны — часто неосознаваемую агрессию из-за калечащего характера операции.

Тревогу и новые надежды вызывают ожидания окончательных гистологических данных, свидетельствующих, с точки зрения больных, о степени запущенности заболевания и перспективности лечения.

В послеоперационный период острота отмеченных выше психологических трудностей у многих больных постепенно снижается, наряду с разочарованием формируются установки на дальнейшую жизнь. В то же время следует отметить, что есть больные, которые независимо от прошедшего после операции времени и уменьшения физических страданий продолжают тяжело страдать психологически.

Этап полихимиолучевого лечения. Наряду с оперативным лечением, которое носит локальный характер по отношению к опухоли, в настоящее время наиболее распространены методы лечения онкологических заболеваний являются лучевая терапия, которая также является формой локального лечения, и химио- и гормонотерапии, которые оказывают воздействие на весь организм в целом. При благоприятном течении болезни проводится адъювантная химиотерапия. Именно благодаря (наряду с оперативным) адекватному и своевременному полихимиолучевому лечению увеличивается продолжительность жизни онкологических пациентов. Вместе с тем в процессе лечения большинство больных испытывает страх перед этими видами лечения: страх перед таинственной аппаратурой, перед болезненными анализами, сопровождающими лечение, опасения, что лечение изменит их внешность до неузнаваемости. Страхи способствуют формированию негативного отношения к лечению, а также мешают осознать и принимать информацию, связанную с заболеванием. Так, в формировании отношения больных к химиотерапии существенное влияние имеет достаточно часто бытующее среди них представление, что применяемые лекарства крайне вредны для организма («химиотерапия — это яд»), что они подавляют развитие опухолевого процесса, которого, по мнению больного, может и не быть после операции, но в то же время с неизбежностью отравляют другие системы организма и этим наносят ему вред. Наблюдая других, больные видят, как тяжело переносится химиотерапия, и не без основания ожидают, что она, являясь лечебной процедурой, и для них будет связана с физическими и психологическими страданиями.

Процесс лечения онкологического заболевания может вызывать когнитивные дисфункции в виде лабильности мыслительной деятельности, неустойчивости уровня обобщения, повышенной внушаемости (Орлова А. В., Бернштейн Л. М., 2003), изменение психоэмоционального статуса. Одним из распространенных симптомов, тесно связанных с процессом лечения, является утомление. Многие пациенты испытывают постоянное чувство усталости как один из беспокоящих симптомов, вызывающих дистресс. Длительное специфическое лечение обостряет у больного уже имеющиеся проблемы: возникают противоречивые чувства по отношению к телу, трудности и проблемы, которые существовали в семье больного до болезни, становятся более явными (Hilton В. А., 1993), актуализируются экзистенциальные проблемы.

Этап выписки из стационара. Данный этап включает в себя период от сообщения врача о предстоящей выписке до дня самой выписки. В этот период самой общей проблемой является отношение к ожидаемому будущему. Каждый больной в той или иной степени осознает серьезность своего заболевания, переживает страх рецидива и метастазов, которые могут привести к мучительной гибели. Пытаясь выяснить свой прогноз, задавая врачам вопрос о возможной продолжительности своей жизни, больные прежде всего хотят получить гарантии исцеления.

Другая важная, волнующая больных на этапе перед выпиской проблема — это смена социальной роли. Во время лечения в стационаре пациенты пребывают в роли больных, согласно ей ответственность за принятие решений, касающихся здоровья, лечения, будущего, брали на себя врачи. Практически в день выписки осуществляется переход от социальной роли больного к роли выздоравливающего и затем здорового. Психологическая трудность состоит в необходимости принятия ответственности за свою дальнейшую жизнь. Больным тяжело «оторваться» от клиники, у них часто возникает страх, что вдруг что-нибудь случится, а врача рядом не будет. В этой связи могут проявиться различные фобии (боязнь толпы, транспорта и т.п.). Смена социальной роли особенно тяжело переносится теми больными, которые в процессе лечения не стремятся к активному сотрудничеству с врачом, а занимают пассивную позицию, подчиняясь ему. Среди этой категории больных наблюдаются явления ухода в болезнь.

Тяжело переживается возможность инвалидизации особенно молодыми больными, поэтому часть из них отказывается от посещения ВТЭК и намерена выйти на работу, несмотря на еще ослабленное физическое и психологическое состояние и на трудности, которые могут возникнуть в связи с возвращением к трудовой деятельности.

Типичное непоследовательное состояние перед выпиской: с одной стороны, больные стремятся возвратиться к трудовой деятельности, а с другой — боятся социальных контактов, которые сопутствуют ей. Чувство неуверенности возникает из-за сомнений в возможности трудиться с тем же эмоциональным и физическим напряжением. У больных нередко выявляется неопределенная установка на будущее, которая характеризуется противоречивым состоянием: надежда на излечение и страх перед будущим. В связи с этим они могут обратиться к психологу с просьбой «*помочь забыть все, что здесь было*». При этом пациент, как правило, осознает многие свои проблемы и понимает, что опыт болезни нельзя выбросить, но он не знает, что с ним делать. Желание обесценить этот свой жизненный опыт указывает на болезненность процесса проработки психической травмы, связанной с заболеванием.

Больные с оптимистичной установкой на будущее осознают трудности, которые могут возникнуть в семье, на работе в связи с их болезнью, и имеют желание приспособиться к жизни. Они обращаются к психологу, пытаются разобраться в своих переживаниях, которые «*болезненнее, чем сама болезнь*». У данных пациентов не проявляется чувство безнадежности, они ищут себя в новой жизненной ситуации, опираясь на опыт заболевания.

Прогрессирование онкологического заболевания. При прогрессировании заболевания психологические проблемы связаны с недоверием к лечению, депрессией, склонностью к нетрадиционным методам терапии. Некоторые пациенты ощущают гораздо больший шок при возникновении рецидива в сравнении с первичным известием о диагнозе, поскольку воспринимают рецидив после периода колебаний между надеждой и страхом как окончательный приговор без надежды на отсрочку (Каппауф Г., Вальтер М. и др., 2002). Другие же реагируют скорее безразлично. Так, исследование психоэмоционального статуса 102 больных с рецидивом рака различных локализаций показало, что 30 % больных воспринимают диагноз рецидива менее трав-

матично, чем диагностирование первичной опухоли. Это были преимущественно больные, которые не позволяли себе верить, что излечились.

При прогрессировании заболевания, наряду с разнообразными схемами химиотерапии, которая тяжело переносится больными, применяются новые высокотехнологические методы противоопухолевой терапии.

В настоящее время используется *таргетная терапия*, осуществляемая на основе молекулярно-генетических тестов конкретного пациента и блокирующая рост опухоли. Также используется *иммунотерапия*, при которой пациенту вводится вакцина, получаемая из клеток его костного мозга, способных после обработки в лабораторных условиях к распознаванию опухолевых клеток и уничтожению их. Конечно, для этого вида лечения необходимо наличие соответствующих лабораторий.

Новые высокотехнологические методы противоопухолевой терапии дают новые надежды больным. При этом курс лечения является длительным (например, иммунотерапия проводится в течение года) и положительный результат лечения не гарантируется. Иначе говоря, больной по-прежнему пребывает в ситуации неопределенности. Однако нередко именно при прогрессировании злокачественного процесса у больных усиливается мотивация к лечению: они проявляют огромное мужество и переносят все трудности, связанные с ним. Так, например, отношение к химиотерапии, проводимой больным в связи с обнаруженными метастазами, более позитивное, чем во время проведения адъювантной химиотерапии.

В случаях, когда радикальные методы противоопухолевой терапии не могут остановить развитие злокачественного процесса, больному проводят паллиативную терапию, которая направлена на снижение симптомов, сопутствующих прогрессированию болезни.

Терминальная стадия заболевания. Больные, находящиеся в терминальной стадии, постоянно думают о своей болезни (Чулкова В. А., Софиева З. А. и др., 2005). Отмечается, что больные с метастазами чувствуют достоверно более слабую поддержку со стороны врачей, чем при локализованных поражениях. У каждого третьего онкологического больного отмечаются психологические проблемы, которые они не могут разрешить с обслуживающим персоналом лечебных учреждений. Вместе с тем существует взаимосвязь между психологической поддержкой и качеством жизни инкурабельного больного. Боль и нервные нагрузки, неизбежно и практически всегда присутствующие на этой стадии болезни, в определенной степени можно уменьшить с помощью психологических методов (Константинова М. М., Стерлева Е. П., 1995; Greer S., Moorey S. et al., 1992).

Состояние ремиссии после онкологического заболевания. Совершенствование методов диагностики и лечения рака привело к увеличению находящихся на диспансерном учете числа онкологических больных. Для данной категории пациентов актуальными и чрезвычайно важными являются вопросы качества жизни. Эти люди в большинстве своем стремятся сохранить прежний образ жизни, однако современные методы лечения не всегда обеспечивают качественные характеристики жизни. Психологические проблемы пациентов в состоянии ремиссии касаются ограничений функций и работоспособности, возникает боязнь рецидива, чувство соци-

альной изоляции, происходит приспособление к новым условиям жизни, появляется необходимость создания перспектив своего будущего (Гнездилов А. В., 2002). Над пациентами и членами их семей висит дамоклов меч — тревога по поводу возможного рецидива. Нередко больные пытаются осторожно «поторговаться»: «Если в ближайшие три года контроль покажет, что все в порядке, то я смогу опять строить долгосрочные планы». Страх, связанный с перенесенным раком, выявляется на отдаленных сроках примерно у трети выживших.

Вместе с тем определенной части больных удается перестать чувствовать себя больными. Исследования людей, проживших долгую жизнь несмотря на наличие тяжелой, сопряженной с витальной угрозой болезни, выявляют у них следующие качества (Каппауф Г., Вальтер М. и др., 2002): 1) они могут выдержать неопределенность, изменения воспринимают не столько как угрозу, сколько как вызов, они не цепляются за привычное и открыты к построению новых отношений с миром; 2) им свойствен самоконтроль, осуществляемый ими через самостоятельные решения, поэтому они не чувствуют себя беспомощными перед жизнью; 3) они обнаруживают интерес к жизни, чувствуют себя включенными в осмысленные связи; 4) они следят за своим здоровьем, обращают внимание на свой внешний вид и самочувствие; 5) у них имеются надежные социальные связи.

5.5. Особенности психологической адаптации онкологического больного

Психологическая адаптация больного к заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может внести в жизнь. В ситуации онкологического заболевания человек соприкасается с конечностью собственной жизни, и это вызывает у него сверхсильные мучительные переживания: картина мира заболевшего человека разрушается, все его существо отказывается верить, что прежней жизни уже не будет (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010). И он, как может, защищается от этой разрушительной катастрофической информации, используя бессознательные механизмы психологической защиты.

Л. Н. Толстой (1828–1910): «Болезнь есть одно из состояний, в котором может находиться человек во время жизни, и силы его должны быть направлены не на то, как выйти из такого положения, в котором он находится, а как наилучшим образом прожить в том положении, в котором он находится» (Толстой Л. Н. О жизни, 1984).

Психологическая защита возникает сразу, как только появляется опасность болезни, она существует и в процессе лечения, и после него, предотвращая развитие психологических и физиологических нарушений. Благодаря психологической защите в сознание заболевшего человека информация о заболевании вообще не допускается (например, *вытеснение* информации о болезни из сознательной сферы в бессознательное; *отрицание* злокачественного характера заболевания; *регрессия*, т. е. воз-

вращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности и зависимости), а если и допускается травмирующая информация, то она при этом интерпретируется как бы безболезненным для человека образом (*рационализация* — объяснение информации о болезни таким образом, что она становится приемлемой: «Болезнь тяжелая, но вовремя обнаружена»; *интеллектуализация* — контроль над эмоциями за счет преобладания рассуждений по их поводу вместо непосредственного переживания). Психологическая защита выступает в качестве буфера для ослабления психоэмоционального напряжения, снижения тревоги и страха у больного, но, закрепившись, мешает освоению новой информации и, следовательно, переработке травмирующей ситуации заболевания.

Внутренней картиной болезни называется «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия Р. А., 1977).

Адаптацию к заболеванию вообще и онкологическому в частности определяет отношение к болезни. Отношение к болезни — это интегративная личностная характеристика человека в ситуации заболевания, которая формируется в процессе болезни и лечения и состоит из различных элементов (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. и др., 1999). Одним из таких элементов отношения к болезни является внутренняя картина болезни, которая представляет собой разнообразные грани субъективной стороны заболевания и состоит у онкологических больных из следующих компонентов:

Чувственный (телесный) компонент представлен в виде ощущений физического дискомфорта и неблагополучия, болевых ощущений и их интенсивности. Болезнь вынуждает человека сосредоточиться на симптомах неблагополучия, идущих от тела, при этом может возникать обида на свое тело («*Мое тело меня предало*», — больная С.). Так, больные раком молочной железы в 80 % случаях признаются, что до болезни не заботились о своем теле: не обращали внимания на те сигналы усталости, дискомфорта, которые шли от их тела.

Необходимо обратить внимание на то, что обеспокоенность состоянием своего тела в ситуации заболевания (особенно в начале болезни) является для человека «открытием» его телесности, и это закономерная реакция. При отсутствии доступной для больного информации о заболевании и предсказуемости течения болезни обеспокоенность больного состоянием своего тела может закрепиться и перейти в ипохондрические реакции, когда любая физическая симптоматика, тем более болевые ощущения, воспринимаются угрожающими жизни.

Когнитивный компонент включает представления и знания о болезни, размышления больного, понимание им болезни. На основе информации, полученной из различных источников, включая СМИ, интернет, общение с другими людьми, проис-

Больная О., 59 л., говорит: «Ну что, сама виновата... Надо было раньше обращать внимание на себя... Я иногда просыпаюсь ночью и плачу, прошу у тела прощения, что не замечала раньше, не обращала внимания, все думала — само пройдет. Всем молодым девочкам говорю — слушайте свое тело, оно лишнего не скажет, а предупредит».

ходит интеллектуальная оценка больным своего заболевания как опасного или неопасного. Рак для человека — это одна из самых сложных, непонятных, таинственных и неопределенных болезней. Этот страх нередко приводит к тому, что люди не хотят ничего знать об этом заболевании и бессознательно защищаются от него с помощью отрицания и вытеснения. Искаженное представление о раке, которое можно наблюдать в современном обществе, способствует этому. Однако большинство онкологических больных хотят знать информацию о заболевании, чтобы контролировать свою жизнь. Наблюдается некоторое противоречие между желанием знать правду о заболевании и страхом знать правду о нем, которое разрешается таким образом, что больной желает знать только благоприятную для себя информацию. Когнитивный компонент связан с той информацией, которую получает пациент о заболевании у врача. Отсутствие у больного адекватной информации, невозможность обсуждения вопросов, касающихся его состояния и лечения, увеличивают тревожность пациента вплоть до усиления симптомов болезни и способствуют неблагоприятному прогнозу (Моисеенко В. М., Чулкова В. А., 2007).

Эмоциональный компонент включает эмоциональные реакции больного, которые могут вызывать как отдельные симптомы, так и заболевание в целом, а также его последствия, в том числе и возможные изменения семейного и социального статуса. Особенности и интенсивность эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависят от степени значимости тех отношений, которые болезнь затрагивает. Эмоциональный компонент внутренней картины болезни онкологического пациента включает в себя прежде всего страх смерти, боли, а также другие негативные эмоции: беспокойство, тревогу, обиду, гнев, чувство вины и стыда, эмоциональные состояния агрессии и депрессии. Эти эмоции и эмоциональные состояния возникают в ответ на интеллектуальную оценку заболе-

вания. Врач, информируя больного о диагнозе, обращается к его когнитивной оценке события и непосредственно воздействует на эмоциональные реакции больного.

Эмоциональный компонент отношения к болезни тесно связан с соматическим состоянием. Таким образом, эмоции являются одним из факторов в целостном процессе патогенеза заболевания. Тревога и депрессия больного, часто сопутствующие онкологическому заболеванию, являются показателем душевной боли и всегда усиливают физическую боль.

Мотивационный компонент проявляется через бессознательное человека и в его осознанном поведении, направленном на выздоровление, избавление от страданий, восстановление физического и душевного здоровья, или не способствующем этому. Он выражается в виде надежды и терпения больного при ожидании как положительного результата лечения, так и при негативном проявлении болезни и лечения. Нередко вербальные мотивы выздоровления и преодоления болезни не соответствуют реальным установкам больного. Мотивационный компонент играет ведущую роль во всей внутренней картине болезни, так как от этого компонента зависит то, как больной будет строить свою жизнь в контексте своего заболевания.

Таким образом, внутренняя картина болезни является инструментом создания и освоения пространства болезни, в котором существует больной человек. Пространство болезни — это та часть жизни больного, которая влияет на течение его жизни в других сферах и нередко определяет качество его жизни. Внутренняя картина болезни имеет определенную устойчивость и одновременно изменчивость, уточняющую и расширяющую представление самого больного о болезни. Для чего больному необходимо осваивать пространство болезни? Во-первых, неопределенность, возникающая с момента обнаружения заболевания, вызывает тревогу, которая может усиливаться. Больной пытается снизить неопределенность, тем или иным образом объясняя свою болезнь, что приводит, соответственно, к уменьшению тревоги. Во-вторых, информированность о болезни, состоящая не только в информации о заболевании, но и о лечении, и о возможных осложнениях, и о том, что может сделать сам больной для собственного лечения, в определенной мере создает ощущение контроля над ситуацией. Наконец, освоение пространства болезни позволяет принимать ее и переформировывать представление о мире и о себе, что соответствует успешной адаптации.

Совокупность компонентов внутренней картины болезни формирует широкий спектр психологических реакций онкологического больного на заболевание, определяет ведущие сознательные стратегии совладания со стрессовыми ситуациями — копинг-стратегии. Приведем несколько примеров различных вариантов копинг-стратегий:

Когнитивные копинг-стратегии

- *Проблемный анализ* болезни, ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание. Указанная копинг-стратегия — *адаптивная*, так как соответствует поведению, направленному на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из нее. Больной, использующий такую копинг-стратегию, снова и снова обращается к своей болез-

ни: симптомам, переживаниям, пытается ее понять, тем самым он постепенно перерабатывает травмирующую ситуацию заболевания. Вместе с тем этот больной вызывает у окружающих непонимание, им кажется, что он зациклился, с ним трудно: он может задавать вопросы, на которые не всегда есть ответ.

- *Игнорирование*, переключение мыслей на другие темы. Эта копинг-стратегия является *неадаптивной*, так как представляет собой умышленную недооценку неприятностей и соответствует пассивному поведению больного. При этом окружающие нередко поддерживают именно эту стратегию: «Не думай о болезни», им кажется, что своим советом они уберегают больного от страданий.

Эмоциональные копинг-стратегии

- *Протест* является *адаптивной копинг-стратегией*, так как больной активно выражает протест по отношению к трудностям.
- *Подавление эмоций* — *неадаптивная* копинг-стратегия, характеризуется подавленным эмоциональным состоянием.

Поведенческие копинг-стратегии

- *Обращение* — *адаптивная* копинг-стратегия, характерным для нее является поиск поддержки в ближайшем социальном окружении.
- *Активное избегание* — *неадаптивная* копинг-стратегия, так как соответствует поведению, предполагающему избегание мыслей о неприятностях.

Следует отметить, что психологическая адаптация человека (в том числе в ситуации тяжелой болезни) представляет собой сложный внутренний процесс, который развивается непоступательно. Возможны различные варианты возвращения к прежним формам адаптации с последующим обращением к новому опыту. Исходя из этого, конструктивность психологической адаптации нельзя оценивать однозначно. На психологическую адаптацию влияет также контекст ситуации, в которой находится больной человек. Например, конструктивные с точки зрения возможностей психологической адаптации копинг-стратегии не всегда поддерживаются социальным окружением: близкие склонны ожидать от себя и от больного поведения, соответствующего жестким рамкам социально-культурных стереотипов. Или, скажем, даже если с точки зрения психологической адаптации определенная стратегия является адаптивной, то ее ригидность (устойчивость) может свидетельствовать о наличии у человека психологических проблем. Так, преобладание у больного на всех этапах заболевания поведенческой стратегии «обращение» может указывать на то, что пациент ориентирован исключительно на внешний ресурс, что усугубляет неуверенность в собственных силах. Конструктивность любой стратегии определяется конгруэнтностью человека самому себе. К примеру, эмоциональная копинг-стратегия «оптимизм» свидетельствует о наличии у человека надежды на благополучный исход. Вместе с тем очень часто у онкологических больных оптимизм имеет защитную функцию. Одни больные с выраженным анозогностическим компонентом

реагирования на болезнь отрицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в «нереальном» мире. Другие — утверждением, что «все будет хорошо», пользуются как заклинанием, пытаясь таким образом справиться с тревогой и страхом, вызванными болезнью. Не допуская проявления этих чувств, они лишь усиливают свое внутреннее психическое напряжение. О болезни такие больные спрашивают мало, так как боятся услышать что-нибудь плохое, поэтому их мир тоже нереален. Реальный оптимизм возможен на основе адекватной информации о заболевании и его лечении. Реальным оптимистом может быть человек, который реально оценивает ситуацию и при этом находит силу и мужество жить и ставить перед собой конкретные жизненные цели. Уверенность в наличии выхода из тяжелой ситуации строится на основе целостного восприятия ситуации, при этом человек углубляется в смысловой уровень переживания происходящего. Нахождение больным ресурса в своих переживаниях возможно при наличии глубинного доверия и контакта с самим собой.

В ситуации онкологического заболевания одним из ключевых моментов отношения к болезни и критерием успешной психологической адаптации больного является принятие им злокачественного характера патологического процесса. Принятие злокачественного характера заболевания проявляется в динамике психологического состояния больного. Эта динамика может представлять три фазы, которые не совпадают с этапами течения онкологического заболевания и лечения пациента. Они отражают индивидуальную адаптацию конкретного человека к заболеванию.

А. Первая фаза динамики психологического состояния пациента: от отрицания болезни к принятию. Психологическая задача пациента — принятие болезни. Это самый длительный и мучительный этап.

Айрис Мердок (1919–1999), английская писательница и философ: «Рассудок получает известие, которое страсть не торопится читать. Суть происходящего лучше постигать не торопясь, всем существом <...> по крупицам собирать понимание случившегося» (Мердок А., 2008).

Американский психолог Э. Кюблер-Росс (2001) описала стадии осознания и принятия своей смерти онкологическими больными. В модифицированном виде описание этих стадий можно распространить на осознание и принятие любого тяжелого, неприятного события, связанного с эмоционально значимой потерей.

Психологический шок. Вызывается получением информации о наличии заболевания раком. Происходит потеря чувства безопасности. Больной находится в состоянии растерянности, отчаяния, паники. Возникает ощущение безысходности, тупика. Появляются суицидальные мысли. Преобладающее чувство — *страх*.

Стадия отрицания. Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания, в виде отрицания злокачественного характера заболевания или вытеснения мыслей о заболевании. Глубоко подавляемое и неосознаваемое чувство — *страх*.

Внешне проявляемое чувство — спокойствие, небольшое волнение. На данной стадии больным свойствен анозогнозический тип отношения к болезни.

Стадия агрессии. Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной признает серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Обвиняет окружающих и жизненные обстоятельства в возникновении болезни. Преобладающее, часто неосознаваемое чувство — *страх*. Проявляемые чувства — гнев, злость, обида. Стадия агрессии характеризуется дисфорическим, обвиняющим типом реагирования.

Стадия депрессии. Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной начинает осознавать серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Занимается самообвинением и самобичеванием. Преобладающее, часто неосознаваемое чувство — *страх*. Проявляемые чувства — депрессия, тревога, чувство вины, стыд. Появляются суицидальные мысли (возможна попытка суицида). Стадия депрессии характеризуется депрессивным типом реагирования.

Агрессия и депрессия — стадии страдания. Сопровождаются интенсивными негативными чувствами и переживаниями. Происходит неоднократное чередование стадии агрессии и стадии депрессии. Возможность проявления чувств на этих стадиях является условием снижения психоэмоционального напряжения и перехода к следующей стадии.

Г.И. Россолимо (1860–1928), врач: «Всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, выдвигая одни его стороны, затемняя другие, меняя подчас всю гармонию личности, а также характер отношений к самому себе и ко всему окружающему, что есть основание заключить, что врачу в своей деятельности приходится считаться не с обыкновенным человеком, а со страдающим человеком как с особой психологической разновидностью» (Россолимо Г.И., 1994).

Стадия попытки «сговора с судьбой». Происходит снижение психоэмоционального напряжения, и у больного появляется мотивация к излечению. Возникают попытки «сговориться с судьбой», «выторговать» здоровье. Происходит поиск способов и путей избавления от болезни (традиционных и нетрадиционных). Преобладающие чувства — *страх и надежда*.

Стадия принятия болезни. Происходит принятие себя как больного человека. Формируется новая идентичность «Я — больной», что свидетельствует об интеллектуальном, которое происходит раньше, и об эмоциональном, наступающем позже, принятии болезни. Именно принятие болезни позволяет больному активно и ответственно лечиться и жить в условиях болезни. Психологический баланс восстанавливается. Преобладающие чувства — *страх, надежда и смирение*.

Принятие болезни сопровождается сверхсильными и мучительными переживаниями. Переживания являются особым видом душевной работы, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить, приобретается новый жизненный опыт.

Б. Вторая фаза динамики психологического состояния пациента. Психологическая задача пациента — адаптироваться к заболеванию, т. е. научиться жить в условиях болезни. У больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жить в той мере, в которой это возможно, и так, как он это понимает. Пациент интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в процессе медикаментозного лечения. В этот период пациент обращается как к внешним ресурсам (семья, друзья, врачи, сослуживцы), так и внутренним (надежда, желание жить), охотно учится новым техникам саморегуляции.

Л. Н. Толстой (1828–1910): «Рана душевная, как и физическая, заживает изнутри выпирающей силой жизни».

На данной фазе динамики психоэмоционального состояния пациенты, проживающие онкологическое заболевание как экстремальную ситуацию, психологически адаптируются к ситуации болезни. В результате осознания больным своих чувств и переживаний его эмоциональное напряжение снижается, ситуация из непереносимой превращается в более переносимую, пациент становится способным контролировать свое состояние и ситуацию в той мере, в которой это возможно. У пациента происходит принятие болезни и себя в роли больного, благодаря чему у него расширяется диапазон адаптивных реакций в сложившей жизненной ситуации, приобретает опыт поведения в болезни. Таким образом происходит адекватное разрешение экстремальной ситуации.

Св. Августин (354–430): «Только перед лицом смерти по-настоящему рождается человек».

Осип Манделъштам (1891–1938): «Я и садовник, я же и цветок» («Дано мне тело...») (Манделъштам О., 1913).

В. Третья фаза динамики психологического состояния пациента. Она характерна для больных, которые переживают заболевание как кризис. Психологическая задача пациента — изменение и реконструкция личности. Больной через обращение к аутентичности приходит к новой личностной интеграции. При этом больные понимают, что уже не могут жить, как раньше. Страдая, испытывая мучительные переживания, они пытаются не избежать или снизить остроту этих переживаний, а пройти сквозь них. При адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла. Ситуация заболевания, связанная с витальной угрозой, способствует соприкосновению человека с самим собой, со своей подлинностью. Человек обращается к экзистенциальным вопросам: «Что есть моя жизнь? В чем смысл жизни? Что такое смерть для человека?» Переживание смысла имеет отношение к пониманию себя, к осознанию собственной идентичности и принятию непрерывности хода жизненного процесса.

У больного появляется способность переживать и преодолевать жизненные трудности, и это создает предпосылки для личностного роста.

5.6. Нарушения психологической адаптации у онкологических больных в связи с заболеванием

Ядром кризисной и экстремальной ситуации онкологического заболевания является информация о смертельном заболевании. Онкологическое заболевание вызывает сверхсильные, мучительные переживания больных, при этом возникает угроза психической травмы. При травме информация извне (в данном случае диагноз онкологического заболевания) оценивается личностью как непереносимая для существования.

В настоящее время угрожающие жизни болезни внесены в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (подробнее см. п. 7.2.3). Отмечаются два основных отличия травмирующего воздействия заболеваний с витальной угрозой от других видов стрессоров:

- 1) невозможность разделить травмирующее событие от самого индивида, поскольку угроза, которую несет в себе болезнь, исходит не из внешней среды, а внутри организма;
- 2) опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека в отличие от других видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее (Падун М. А., Котельникова А. В., 2012).

Переживания, сопровождающие ситуацию онкологического заболевания, соответствуют критериям для постановки ПТСР (DSM — IV): 1) ситуация включает угрозу жизни, угрозу серьезных повреждений, угрозу физической целостности; 2) реакция больного включает интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности (Тарabrina Н. В., Ворона О. В. и др., 2010).

Клиническая картина ПТСР у онкологических больных включает в себя такие признаки как:

- 1) навязчивые, повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием; любая боль или другие непонятные больному физические ощущения вызывают у него невротические и психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов;
- 2) больной не может говорить о своем заболевании, встреча со специалистами, которые его лечили, вызывает слезы; пациент выражает желание все забыть, при этом он склонен изолироваться от других людей, не видит жизненной перспективы;
- 3) трудности с засыпанием, раздражительность и вспышки гнева; затруднения с концентрацией внимания, повышенный уровень настороженности.

Данная симптоматика свидетельствует о психической травматизации больного, следствием которой могут быть различные формы дезадаптации.

О нарушениях психологической адаптации можно говорить, когда у онкологического больного наблюдаются признаки дистресса (эмоциональная нестабильность, тревога, депрессия, астения, утомляемость), которые указывают на фрустрированность больного и дестабилизацию его поведения в различных сферах жизнедеятельности.

Нарушения адаптации в ситуации онкологического заболевания проявляются следующим образом.

Фиксация на одной из стадий. Например, больные с выраженным анозогнозическим компонентом реагирования на болезнь отрицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в нереальном мире без рака.

Невротические проявления. Даже в состоянии стойкой ремиссии среди жалоб пациентов преобладает симптоматика невротического регистра: аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций; нарушения социальных контактов в виде дискомфорта в ситуациях широкого взаимодействия; ипохондрические жалобы; воспоминания о перенесенном заболевании и его лечении вызывают рефлекторную тошноту, чувство глубокой усталости, астенизацию.

Возникновение других соматических заболеваний психогенной природы. Врачи нередко выявляют сердечно-сосудистые осложнения, появляющиеся у онкологических больных в результате полихимиолучевой терапии, что отражается как на качестве их жизни, так и на ее продолжительности. При этом, по мнению некоторых исследователей, в развитии кардиальных осложнений не меньшую роль, чем непосредственное действие химио- и лучевой терапии, играют вегетативная и центральная нервная системы: стрессовая ситуация заболевания и лечения, отрыв от семьи, нередко нарушение семейных отношений и трудности социальной реабилитации.

Непроработанная психическая травма длится годами, несмотря на ремиссию. Медикаментозное излечение не избавляет пациента от страданий, душевные переживания не дают ему полноценно жить: «У меня все хорошо, развитие заболевания приостановлено, дома все идет своим чередом, но не могу жить» (больная М.). Порой больной физически выжил, а психологически для него уже наступила смерть. Например, бывший пациент в течение пяти лет ремиссии не вставал с постели и придерживался строгой диеты.

Суицид. У больного наблюдаются суицидальные мысли и действия.

Гомицид. Обвинение врачей, агрессивные действия по отношению к ним, которые чаще наблюдаются у родственников пациентов.

5.7. Экзистенциальные вопросы в ситуации онкологического заболевания

Онкологическое заболевание обнажает самую суть жизни и неизбежно сталкивает больного, его семью и ближайшее окружение с экзистенциальными проблемами, которые в обычной жизни могут быть скрыты.

В ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой, происходит конфликт больного с реальностью, с физической ограниченностью жизни человека. У больного происходит крах жизненных ожиданий, возникает ощущение непрожитости жизни. Это переживание особенно характерно для тех больных, которые в течение своей жизни жили, заботясь о других, игнорируя свои собственные потребности (больная

П.: *«Меня как бы и не было в жизни. Моя жизнь: дети, муж, а меня нет»*; больная К.: *«Все о них, а жизнь уходит, своей жизни нет»*).

Кроме конечности жизни человек сталкивается с такими данностями существования, как экзистенциальная изоляция, свобода и бессмысленность (Ялом И., 1999). Ситуацию онкологического заболевания и психическое состояние больного невозможно понять, не принимая во внимание эти данности.

Переживания большинства больных проявляются в виде душевной боли, выражающейся в печали, в тоске, в чувстве несправедливости судьбы, в бессилии, одиночестве и отчаянии (больная Т., 53 г.): *«Так тяжело, как будто у меня не в груди, а в душе опухоль»*). Душевные переживания свойственны всем онкологическим пациентам, но каждый переживает по-своему. Часто именно предельные по своей силе переживания мотивируют человека искать смысл происходящих событий в своей жизни и становятся отправной точкой для переживания смысла и «пребывания в потоке бытия вопреки бессмысленности умирания» (Виртц У., Цобели Й., 2012). Процесс принятия злокачественного характера заболевания требует внутренней душевной работы больного, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, отражающая содержание и динамику основных смысловых изменений в структуре личности.

Каждый больной в ситуации онкологического заболевания задает себе вопрос: *«Почему это случилось со мной?»*, который влечет за собой следующие вопросы: *«За что? За какие грехи?»*, обращающих больного к истории своего собственного жизненного пути (*«Чем больше узнаешь болезнь, тем больше думаешь о том, как это произошло»*, — больной Б.).

Д. А. Леонтьев, психолог: *«Смысл жизни — это не проблема, которую надо решать, а реальность, которую надо ощущать»* (из лекции).

Джек Керуак (1922–1969), американский писатель: *«...неважно, как ты путешествуешь, <...> ты всегда чему-нибудь учишься, учишься перемене своих мыслей»*.

Человек живет в осмысленном мире, и для того, чтобы принять случившееся, ему важно найти смысл в событиях собственной жизни, в случае болезни — смысл заболевания, а также включить свой собственный опыт в более длительную и осмысленную перспективу с религиозной ориентацией или без нее. В обычной жизни человек редко задумывается о смысле жизни, но когда речь идет о возможной реальной смерти, то возникают вопросы: *«Что есть моя жизнь? Кто я в своей жизни?»*

Суть феномена смысла заключается в том, что на вопрос о нем невозможно дать исчерпывающий ответ. Размышляя о болезни, о ее месте и роли в их жизни, больные постепенно воссоздают свою жизнь с учетом заболевания. В ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой, когда все социальные роли и маски утрачивают свое прежнее значение, у больного появляется возможность соприкоснуться с самим собой, со своей аутентичностью, и построить новые отношения с миром. Обращение к себе, ведение внутреннего диалога надежды с отчаянием, обсуждение экзистенциальных вопросов позволяют больному обозначить то, что помогает ему выживать.

Пациент совершает путешествие внутрь себя: «Я ведь впервые стала заглядывать в себя» (больная К., 42 г.).

Исследования показывают, что от 14 до 38% онкологических пациентов предъявляют жалобы на потерю смысла жизни (Grassi L., Travado L. et al., 2004), в 40% случаях больные сообщают о своей потребности получить помощь в нахождении смысла жизни (Greenstein M., Breitbart W., 1988). Даже при болевом синдроме различного происхождения наличие у больного осознаваемого смысла жизни и ее ценности существенно повышает его качество жизни. Обнаружена взаимосвязь между эмоциональным благополучием онкологического больного и уровнем его духовности (преимущественно ее экзистенциальный компонент). Исследователи подчеркивают, что религиозная, духовная атмосфера вокруг онкологического пациента существенно повышает его качество жизни, при этом больной воспринимает заболевание как шанс своего духовного развития и повод для изменения образа жизни (Bussing A., Ostermann T. et al., 2005). Это имеет особенное значение для больных в терминальной стадии заболевания.

С осознанием смысла жизни тесно связано принятие пациентом ответственности за свою жизнь и здоровье: ситуация онкологического заболевания ставит человека перед выбором («Как быть?»), больной начинает осознавать, что от него зависят способы реагирования на заболевание и лечение.

Принятие личной ответственности за собственную жизнь как одного из критериев личностной зрелости и психического здоровья характерно для многих психологических и психотерапевтических школ: гуманистического психоанализа (Э. Фромм), гештальтпсихологии (Ф. Перлз), гуманистической психологии (А. Маслоу), экзистенциальной психологии (И. Ялом). Роль ответственной позиции личности в психокоррекционном процессе подчеркивают такие выдающиеся исследователи, как Г. Олпорт, Р. Мэй. Так, И. Ялом (1999), проводивший групповые

Из дневника больной С. (47 л.): «В этот раз я почему-то сразу поняла: прежде чем мною займутся врачи, я должна попробовать что-то сделать для себя сама — хоть небольшую часть надвигающихся непонятных перемен взять под контроль — и если не саму болезнь, то свое отношение к ней. Такое решение не было озарением. Это был первый вполне зрелый плод упорной работы над собой, своим горем, своими переживаниями — работы, которую я больше двух лет вела совместно с профессиональным психологом».

психотерапевтические встречи с онкологическими больными, сообщает, что повышение осознания собственной личностной ответственности за свою жизнь в значительной степени улучшало их психологическое состояние, уровень социальной адаптации. «Я убежден, что концепция принятия ответственности терапевтически показана любому раковому больному, даже при далеко продвинувшемся заболевании... Одни пациенты поддаются отчаянию и преждевременно умирают психологической смертью, а также, судя по данным некоторых исследований, и преждевременной физической смертью. Другие же... трансцендируют свою болезнь и используют надвигающуюся смерть в качестве стимула к улучшению качества жизни». Данные клинических наблюдений могут свидетельствовать о том, что принятие больным ответственной позиции играет значительную, хотя и не всегда очевидную роль в процессе лечения онкологического заболевания.

5.8. Психологические проблемы семьи онкологического больного

В настоящее время исследователи уделяют внимание не только самому больному раком, но и семье больного, так как семьи онкологических больных сталкиваются с большим количеством проблем, связанных с заболеванием близкого человека. Диагноз «рак» является психотравмирующим событием как для больного, так и для его семьи (Чулкова В. А., Моисеенко В. М., 2009). Жизнь рядом со страдающим человеком вызывает разные, иногда противоречивые чувства — надежда и желание спасти сменяются чувством беспомощности и безысходности, за которым могут следовать чувство вины, отчаяние и даже злость. Родственники больного, полностью сосредоточенные на проблеме болезни своего близкого, часто не осознают эти чувства и их противоречивость. При этом за невниманием к собственным психологическим проблемам стоит страх утраты, страх собственной смерти. Обесценивая свои собственные чувства, родственники также не позволяют страдать и выражать сильные чувства больному (например, *мама больного сына-подростка требует от него быть «настоящим мужчиной» и не плакать*).

С одной стороны, в обыденном сознании существует ошибочное представление, что если человек не выражает свои чувства, то он их и не испытывает. А с другой стороны, в современном обществе бытует мнение, что страдание — это тяжело и плохо. Сильные переживания, естественные для онкологического больного, часто воспринимаются самим больным и его окружением как дезадаптация. Окружающие больного люди нередко поддерживают его неадекватные копинг-стратегии и психологические защиты, которые, закрепившись, ведут к дезадаптации. Примером этого могут быть советы больному окружающих его людей: *«Не думай о болезни, не переживай, все будет хорошо»*, которые только разрушают контакт между родственниками и больным и усугубляют одиночество последнего. «Избавляя» таким образом больного от тяжести страданий, близкие оставляют его один на один со своими переживаниями.

Нередко близкие строят отношения с онкологическими пациентами (особенно молодого возраста) на основе гиперопеки, которая лишает больного ответственности

за свою жизнь и порождает конфликты и ссоры (например, *мать взрослого сына, онкологического больного, строит с ним отношения как с маленьким ребенком, вызывая этим у него агрессию*).

Больные часто испытывают чувство вины и страх стать обузой для окружающих. В этом случае забота родственников о них может восприниматься больными как подчеркивание их беспомощности, слабости и несостоятельности (например, *мама говорила больной дочери, проходящей курс химиотерапии: «Ну вот, опять у тебя рвота». При этом девушка чувствовала себя плохой дочерью, не оправдывающей надежды матери и виноватой за то, что заболела*). В других случаях больные могут стремиться получить вторичную выгоду, используя свое болезненное состояние и манипулируя близкими. И те и другие отношения чреваты внутренними конфликтами, часто неосознаваемыми, которые приводят к напряжению в семье, к психологическому, а затем и физическому истощению, снижающими качество жизни всех членов семьи.

Семейные отношения могут складываться так, что больной в них выступает в роли жертвы, а семья его спасает. Данные взаимоотношения не являются продуктивными, не способствуют снятию внутрисемейного напряжения, так как «спасатели» часто сами оказываются в роли жертвы.

Иногда в семье формируются эмоционально-созависимые отношения, сглаженные в обычной жизни и ярко проявляемые во время болезни. У членов семьи появляется возможность осознания этих противоречивых отношений и их изменения независимо от того, сколько времени придется жить больному.

У онкологического больного существует потребность в понимании и принятии его переживаний близкими. Так, при изучении особенностей функционирования семей больных раком молочной железы выяснилось, что основной проблемой во взаимоотношениях в семье является следующая: в то время как больные хотели поговорить со своими родными о своей болезни или ее последствиях, члены семьи не замечали этой потребности. Основные вопросы, которые хотели обсуждать женщины и старались избегать их мужья, связаны с чувствами страха, печали, грусти, сомнения, тревоги и беспокойства по поводу возможной смерти (Hilton B. A., 1993). Больные раком молочной железы оценивают свою семейную ситуацию как негативно изменившуюся по сравнению с доболезненной, часто они были лишены эмоциональной близости при потребности в ней. При этом именно поддержка мужа имеет для женщины значение, она способствует снижению уровня тревоги и депрессии (Блинов Н. Н., Демин Е. В. и др., 1989). Больную раком молочной железы нельзя рассматривать изолированно от мужа, который так же, как и его жена, испытывает состояние тревоги и депрессии, хотя в меньшей степени выраженности. В связи с этим понятие «больная, подвергнутая мастэктомии» трансформируется в понятие «супружеская пара, подвергнутая мастэктомии» (Baider L. A., Kaplan-De-Nour A., 1988).

Часто родственники больных, находящихся в состоянии ремиссии, ведут себя так, как будто ничего не случилось. Действуя таким образом из лучших побуждений, они отрицают реальность и значимость события для больного, перенесшего тяжелое длительное лечение. Это объясняется тем, что, с одной стороны, сам больной отдалается от семьи и не может прямо сказать о своих потребностях, с другой — близкие

люди не знают, как себя вести с больным раком, они не менее напуганы болезнью и ее перспективами.

В частности, при онкогинекологическом раке наиболее ярко проявляется проблема супружеских взаимоотношений, когда характер заболевания сказывается на многих сферах жизни больной, в том числе и интимной, а муж оказывается наиболее близким человеком. Нередко мужа, пытаясь показать больной, что ее заболевание и операция никак не повлияли на их взаимоотношения, ведут себя по сложившемуся в их семье до заболевания стереотипу поведения. Подобное поведение для них является своеобразной психологической защитой от психотравмирующего факта заболевания жены и необходимости в этой связи изменения отношения к вновь сложившейся ситуации. Такой стиль поведения нельзя считать адекватным, так как здесь имеет место не разрешение проблемы, а уход от нее. Женщины часто в этом усматривают непонимание их мужьями.

Вместе с тем семья и семейные отношения могут стать основным ресурсом в преодолении стресса, связанного с заболеванием. При изучении 138 больных злокачественными лимфомами выяснилось, что в 51,5% случаях семья является ведущим мотивом выздоровления. Умеренный уровень интернальности в семейной сфере, выявляемый у данной группы больных, указывает, что семья — фактор, формирующий чувство уверенности и самоутверждения у больного. Проблемы семьи способны прорываться сквозь неопределенность, связанную с заболеванием, подчеркивая необходимость и ценность больного для семьи, не давая ему замкнуться на болезни («*Жить надо потому, что дети не выросли, дом не достроили и т. п.*»). У больных с более высоким уровнем ответственности за семейные отношения достоверно менее выражены депрессивная, астеническая, ананкастическая, соматовегетативная симптоматика и нарушения социальных контактов. Больные, не ощущающие опору в семье, достоверно чаще используют неконструктивные когнитивные копинг-стратегии «игнорирование», «смирение». Больные, которые воспринимают себя способными влиять на семейные взаимоотношения и нести за них ответственность, более позитивно оценивают свое настоящее время, прошлое им кажется более структурированным и понятным, а будущее представляется более оптимистичным (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010).

Таким образом, члены семьи могут поддержать больного в его стремлении поправиться, а могут и, наоборот, усугубить тяжесть его психологического, а вследствие этого и физического состояния. Поддерживающие отношения в семье позволяют проявиться личностному ресурсу больного при адаптации к изменившейся жизненной ситуации, что повышает качество жизни как самого больного, так и его семьи.

Психотерапевтическая работа с семьей онкологического больного показывает, что адекватные отношения во время болезни позволяют лучше справляться с потерей, утратой, смертью больного. Это происходит тогда, когда родственники понимают, что сделали для своего близкого все, что было в их силах: были действительно близкие отношения, которые позволяли больному почувствовать любовь, тепло, заботу.

В связи с этим необходимо оказывать психологическую помощь не только больному, но и членам его семьи. Помощь психолога выводит семью на более высокий

уровень функционирования членов семьи: уровень понимания и принятия переживаний другого.

5.9. Психологические трудности во взаимодействии врача-онколога с пациентом

Целью врачебной деятельности является лечение больного, которое включает в себя и диагностику, и медикаментозное, и хирургическое, и другие виды собственно медицинской помощи. При ее оказании врач непосредственно вступает в психологическое взаимодействие с больным. Врач не может лечить, не общаясь с больным, не взаимодействуя с ним. Эффективность этого взаимодействия влияет на эмоциональное состояние и больного, и самого врача, на отношение больного к болезни, а вследствие этого нередко и на результат лечения.

Отношения врача и больного при онкологическом заболевании даже больше, чем при любом другом, имеют существенное значение для лечения больного, его адаптации к заболеванию. Это обусловлено тем, что онкологическое заболевание создает экстремальную и кризисную ситуацию для больного, которая наполнена его мучительными и сверхсильными переживаниями, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем.

Ситуация онкологического заболевания создает ряд психологических трудностей во взаимодействии врача и онкологического пациента, которые необходимо учитывать при профессиональной психологической подготовке медицинского персонала. Следует отметить, что эти трудности очень редко осознаются врачами.

Врач-онколог в своей профессиональной деятельности общается с пациентом, находящимся в экстремальной или кризисной ситуации заболевания, которая сопровождается сильнейшими негативными переживаниями, ощущением беспомощности, утраты контроля над ситуацией и своей жизнью в целом. Психическое состояние больного невозможно понять, не принимая во внимание его экзистенциальные переживания, которые проявляются в виде душевной боли, выражающейся в печали, в чувстве несправедливости судьбы, в бессилии, одиночестве и отчаянии. Врач, находясь в непосредственном и постоянном контакте с больным, непроизвольно вовлекается в эти переживания (Чулкова В. А., Комяков И. П., 2010). Проведенное исследование показало, что 57,3% врачей-онкологов отметили вопросы, которые им трудно обсуждать с больными. Как правило, это были вопросы, касающиеся смерти (например, о прогнозе заболевания, о неизлечимости болезни, «буду ли я жить?», «когда я умру?»). Возможно, разговор с больным на эту тему приводит к соприкосновению врача с собственным отношением к смерти, поэтому попытка избегания этой боли вполне закономерна. Врач, как и любой человек, пытается защититься от страданий: избегает или обесценивает их. Все это составляет трудность врача во взаимоотношениях с больными.

Врач оказывается тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации заболевания.

При этом больному хочется психологической включенности врача в его личную ситуацию: он хочет, чтобы врач понимал его переживания и сочувствовал ему, чтобы он стремился конкретно ему помочь в лечении. В то же время именно это составляет огромную проблему для врача, так как отношения «врач — больной» асимметричные. Если положение больного является уникальным, нередко критическим, то для врача отношения с этим больным являются одними из многих отношений с больными, с которыми ему одновременно приходится взаимодействовать в процессе лечения. Трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности (Чулкова В. А., Комяков И. П., 2010).

Об асимметричности отношений «врач — больной» свидетельствует и тот факт, что хотя во взаимоотношения вносят свой вклад и врач, и больной, однако, учитывая ситуацию заболевания и состояние больного, врачу принадлежит ведущая роль в установлении и поддержании контакта на протяжении всего лечения. Следует отметить, что в ситуации именно онкологического заболевания больной и его родственники охотно понимают вопрос ответственности врача буквально: врач в ответе за жизнь пациента, тем самым ответственность самого больного не принимается во внимание. При этом не учитывается, что врач может нести ответственность только за результат своей профессиональной деятельности, а не за жизнь пациента вообще. Таким образом, психологическая компетентность врача должна включать его готовность осознавать, «кто он по отношению к пациенту — директивный родитель или партнер, учитель?» В случае патерналистской модели взаимодействия (лат. *pater* — «отец, родитель») вся ответственность за лечение лежит на враче. Партнерские взаимоотношения между врачом и больным, соответствующие антипатерналистской модели взаимодействия, подразумевают, что часть ответственности за свое лечение принимает больной, — в частности, он ответствен за свое отношение к лечению. Доктор (лат. *doctor* — «учитель») может научить больного правильно лечиться, чтобы качественно жить, независимо от течения заболевания. От слов и действий врача во многом зависит сама жизнь больного. Однако новые, высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредоточивают внимание врача на проводимом лечении, и он чувствует ответственность только за результат лечения. При этом психологическая сторона заболевания: личность самого больного, его переживания и психоэмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, учитываются врачом в недостаточной степени. Онкологический больной, конечно же, нуждается в своевременной и качественной медицинской помощи, но ему необходима также и психологическая помощь врача, которая состоит в понимании эмоционального состояния и переживаний онкологического больного и в оказании ему эмоциональной поддержки.

Одной из самых сложных психологических проблем врача является информирование больного о заболевании, которое оказывает влияние на формирование внутренней картины болезни и ее принятие больным. Поиск больным причин заболевания создает у него ощущение контроля над ситуацией, который ранее был утрачен. Чем более информирование соответствует потребностям больного, тем более он успешен в адаптации к заболеванию. Информирование онкологического больного

невозможно рассматривать, не касаясь вопросов ответственности и врача, и пациента. Часто и совершенно справедливо ответственность понимается как проявление силы человека. У больного это может проявляться в силе знать правду о своем заболевании или не знать и быть, вследствие этого незнания, бессильным для того, чтобы жить в реальной ситуации болезни. Врач, не только предоставляя больному адекватную информацию о диагнозе, но и обсуждая с ним план лечения, информируя его о целях проводимых исследований и процедур, тем самым создает у больного ощущение, что и сам больной активно участвует в лечении. Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления и формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем. Подобное отношение успокаивает и членов семьи больного, которые нередко оказываются в такие моменты совершенно беспомощными. Семью пациента поддерживает сама мысль о том, что для больного будет сделано все возможное, и даже если врач не сможет спасти жизнь пациента, то во всяком случае уменьшит его мучения.

В работе врача-онколога у него самого неизбежно присутствует эмоциональное напряжение, которое ведет к профессиональному стрессу, что создает серьезные проблемы у медицинского персонала онкологических учреждений: появляется чувство усталости, эмоциональной опустошенности, циничное отношение к работе, бесчувственность по отношению к пациентам. Все это сказывается на самочувствии (физическом и психологическом) самих врачей-онкологов, снижает эффективность их взаимодействия с больными и способствует формированию синдрома эмоционального выгорания.

По результатам исследования врачей-онкологов (Чулкова В. А., Комяков И. П. и др., 2012) выяснилось, что для них характерен синдром эмоционального выгорания на различных стадиях своего развития. Полученные показатели методики эмоционального выгорания свидетельствуют о следующих его проявлениях: переживания психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности; «экономия эмоций», распространяющаяся за пределы профессиональной деятельности; «редукция профессиональных обязанностей», выражающаяся в попытках облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат.

Эмоциональное выгорание может означать утрату смысла как своей профессии, так и жизни. Выгорание — это прежде всего утрата смыслообразующих переживаний. Симптоматика последней стадии выгорания похожа на «экзистенциальный вакуум» и «ноогенный невроз» (Виртц У., Цобели Й., 2012).

Отсутствие профессиональной подготовки к коммуникативной деятельности, являющейся неотъемлемой частью работы любого врача, приводит к тому, что он во взаимодействиях с пациентом часто ориентируется на свой жизненный опыт, который нередко является непрофессиональным и может повысить эмоциональную напряженность в отношениях врача с больным.

Участие психологов в создании и проведении программ профессионального психологического обучения врачей-онкологов способствует адекватному взаимодействию врача и больного.

5.10. Психологические аспекты отношения общества к онкологическим больным

Спецификой онкологического заболевания является полиэтиологичность его возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие четких гарантий излечения. В неопределенных, плохо предсказуемых, разрушающих привычное стабильное существование и сопровождающихся витальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вовсе, у человека актуализируются иррациональные формы мышления. Информация об онкологическом заболевании обрастает мифами. Неоспоримые успехи онкологии не меняют общей тенденции восприятия рака как чего-то рокового и таинственного. В современном обществе онкологические заболевания воспринимаются более негативно по сравнению с другими, не менее грозными хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, сахарным диабетом, туберкулезом и др.). Анализ обсуждений «Почему все боятся рака?» в сети Интернет (<http://www.forum.exler.ru/arc./index.php?s=0&showtopic=162249&st=0>, 2010) показывает, что отношение людей к онкологическому заболеванию включает в себя следующие, как правило, образные представления: *«Если говорить про сердечно-сосудистые заболевания, то это твое родное тело, не справляющееся с твоим же образом жизни, а рак — это враг, напавший на здоровый организм, поедаящий тело изнутри»*; *«Клетки собственного тела предают тебя»*; *«Бомба замедленного действия»*; *«Утрата себя, своего внешнего облика»*; *«Лечение без гарантий»*. В целом при таком множестве страхов страх заболеть раком должен быть сильнее страха смерти. Историческая эволюция представлений об онкологическом заболевании показывает, что описание неизлечимых заболеваний, которые в дальнейшем были диагностированы как онкологические, известны со времен Древнего Египта (2500 лет до н. э.) (Дымарский Л. Ю., 1986). С тех давних времен и буквально до середины прошлого века онкологическое заболевание с трудом поддавалось лечению, срок жизни пациента был крайне мал. Картина изменилась благодаря использованию высокотехнологичных методов лечения: у больных при своевременной диагностике и адекватном лечении появился реальный шанс выжить, а в отношении онкологического заболевания можно по праву говорить, что «рак — это диагноз, а не приговор». Однако неосведомленность о прогрессе медицины в лечении рака, незнание приемов раннего выявления злокачественных новообразований, пренебрежительное отношение к своему здоровью (физическому и психологическому) способствуют тому, что, несмотря на возможности медицины, у современного человека страх перед этой болезнью остается. Именно страх заболеть раком, ощущение беспомощности перед заболеванием, присутствующие в обыденном сознании людей, препятствуют их своевременному обращению за медицинской помощью. Нередки случаи отказа больного от лечения, самолечение, нарушение лечебного режима, обращение к методам лечения, далеким от научной медицины. Здравоохранению страны экономически сложно справиться с ситуацией дорогостоящих лекарств при лечении пациентов с запущенными формами заболевания. В результате искаженное отношение к раку превращается в социальную проблему, от решения которой зависят жизни людей, а также финансовое благополучие как отдельной семьи, так и общества в целом (Демин Е. В., 2010).

С другой стороны, страх мешает ресоциализации больного в обществе: онкологический больной воспринимается независимо от стадии заболевания как умирающий человек. Нередко вокруг онкологического больного негласно возникает изоляция из-за страха заразиться, но еще в большей степени из-за подчас неосознаваемого страха соприкоснуться с переживаниями по поводу смертельного заболевания. При этом иногда и сами больные создают психологический барьер, состоящий из опасений перемены отношений с окружающими в худшую сторону и страхов быть не принятыми в социальную среду в качестве полноценного человека.

В нашем обществе не принято открыто говорить о проблемах, связанных с онкологическим заболеванием. Эти проблемы обсуждаются только в узком кругу онкологов, онкопсихологов — в профессиональных сообществах. В целом среди населения характерна стигматизация больного, поэтому даже пациенты, находящиеся в состоянии длительной ремиссии, молчат о своем перенесенном заболевании. Парадоксальная ситуация: вокруг нас живет и трудится немало людей, находящихся в состоянии длительной ремиссии. Но они не могут служить целям пропаганды успехов современной онкологии (как это происходит в западном обществе), так как от друзей, соседей, сослуживцев тщательным образом скрывается диагноз болезни. Согласно последнему закону «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (2012), пациента информируют о заболевании. Нередко люди, пережившие или проходящие лечение в настоящее время, являются носителями более полной и адекватной информации о раке, чем их окружение, и они имеют потребность обсуждать это заболевание, в то время как общество не готово к диалогу. Так, среди населения бытует мнение (в результате вульгарной популяризации психологических исследований), что человек сам виноват в своей болезни («не так жил»). Это не способствует диалогу заболевшего и его окружения, а наоборот, порождает у больного сопротивление: многие из больных, по их мнению, живут «правильно» (они уделяют внимание и заботу прежде всего другим людям, а не себе, а сейчас их в этом обвиняют).

Исследование 183 больных раком молочной железы показало, что 62,3% пациентов испытывают трудности в сообщении другим людям своего диагноза, так как это, по их мнению, неизбежно ведет к изменениям во взаимоотношениях в семье и к нарушениям стереотипов взаимодействия. Другие же 37,7% больных, которые не испытывают данные трудности, подчеркивают, что сообщение о болезни возможно только самым близким людям (Чулкова В. А., 1999). В исследовании 138 пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания было показано, что 45% больных испытывают сложность в сообщении своего диагноза другим людям, причем на этапе ремиссии таких больных большинство (58%) (Пестерева Е. В., 2011).

Если сердечно-сосудистые заболевания — это социально приемлемые заболевания (человек много работал, переживал), то онкологическое заболевание нередко является «нехорошим», вследствие чего у определенной части больных появляется чувство стыда, что еще более обостряет их изоляцию.

Отсутствие в обществе диалога врачей-онкологов с населением приводит к формированию наиболее пугающих представлений об онкологическом заболевании. Можно предположить, что пессимистическое мнение о бесперспективности лечения

злокачественных опухолей во многом возникает из-за того, что широким слоям населения известны лишь случаи смерти от рака, но почти неизвестны случаи излечения. К сожалению, необходимо констатировать, что информирование населения через средства массовой информации чаще происходит с позиции запугивания. Вместе с тем люди не хотят слышать такую информацию, так как человеку свойственна психологическая защита от неприятных мыслей о смертельной болезни, которой является в обыденном сознании рак.

В России, как и во всем мире, имеется огромное количество людей, переживших онкологическое заболевание, и тех, кто от него лечится в настоящее время. Эти люди участвуют в жизни семьи, в профессиональной и производственной сферах. Они являются неотъемлемой частью общественной системы в различных ее подсистемах. Общество не может исключать этой своей части, состоящей из онкологических пациентов, их переживаний и потребностей различного уровня и в связи с этим стоит перед необходимостью формирования отношения к онкологическому заболеванию как к форме социальной реальности.

Кроме того, нередко человек, оказавшийся в ситуации онкологического заболевания, не знает, какими ресурсами обладает система здравоохранения и какие у него есть права как гражданина Российской Федерации. Отсутствие у граждан юридической информации свидетельствует, с одной стороны, о страхе в обществе перед заболеванием (люди избегают мысли о возможности заболеть), а с другой стороны, об игнорировании прав больного человека.

Контрольные вопросы

1. Какие общие и специфические признаки экстремальной и кризисной ситуаций характерны для онкологических заболеваний?
2. Как соотносится онкопсихология с другими психологическими дисциплинами?
3. Каково современное представление о роли психологических факторов в развитии онкологических заболеваний?
4. Какие переживания онкологического больного характерны для различных этапов его лечения?
5. Какова динамика психологического состояния онкологического больного в процессе адаптации к заболеванию?
6. Какие существуют признаки нарушения адаптации у онкологических больных в связи с заболеванием?
7. Какие экзистенциальные проблемы актуализируются при онкологических заболеваниях?
8. Какие психологические проблемы возникают в семье онкологического больного?
9. С какими психологическими трудностями приходится встречаться врачу-онкологу в своей практике?
10. Какие психологические проблемы, связанные с онкологическими больными, существуют в настоящее время в обществе?

Глава 6

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

- 6.1. История появления термина
- 6.2. Содержание понятия «психическая травма»
- 6.3. Концепция вытеснения травматических переживаний
- 6.4. Психодинамика травмы
- 6.5. Вторичные психические травмы
- 6.6. Собственная работа горя
- 6.7. «Соматизация» психической травмы
- 6.8. Фиксация на травме
- 6.9. Институализация понятия «психическая травма»

В настоящее время понятие *психическая травма* определяется как глубоко индивидуальная реакция на то или иное, как правило, трагическое или чрезвычайно значимое для личности событие, вызывающее чрезмерное психическое напряжение и последующие негативные переживания, которые не могут быть преодолены самостоятельно и вызывают устойчивые изменения состояния и поведения.

6.1. История появления термина

Понятие психической травмы впервые появилось в научной литературе в конце XIX в., но ее признание в качестве самостоятельной формы психического страдания растянулось почти на 100 лет, а дискуссия вокруг этой проблемы была настолько захватывающей, что заслуживает отдельного изложения и анализа.

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств была сформулирована выдающимся французским психиатром Жаном Мартеном Шарко еще в начале 1880-х годов при исследовании истерических параличей и парезов. В этот период уже было хорошо известно, что нарушения в чувствительной и/или двигательной сфере, возникающие вследствие физических травм, обусловлены повреждением нервных волокон. Эти нарушения имели четкую локализацию только на область нарушенной иннервации и в последующем оставались стабильными. В отличие от этого психогенные параличи оказывались совершенно не связанными с зонами иннервации, а поражали те или иные органы так, как они были представлены в обыденном понимании пациентов, т. е. страдали не те или иные зоны чувствительно-двигательной иннервации руки или ноги, а рука или нога как целое. При этом подобные параличи то появлялись, то исчезали, они могли успешно излечиваться внушением, а также искусственно вызываться с помощью гипноза. Ж. М. Шарко неоднократно демонстрировал такие опыты, что нашло свое отражение в изобразительном искусстве. Однако ни сам Ж. М. Шарко, ни большинство других психиатров в то время не придали этому феномену существенного значения. Причина такого невнимания носила сугубо мировоззренческий характер. В этот период в психиатрии практически безраздельно господствовали примитивно-материалистические представления о том, что все психические расстройства, так же как и соматические болезни, могут вызываться только физическими травмами, токсинами или инфекциями. Эти идеи, опираясь на авторитет выдающегося психиатра Эмиля Крепелина, были постулированы как единственно верные и на столетие определили трагический для психиатрии отказ от лежавших в ее основе наиболее продуктивных психологических концепций.

6.2. Содержание понятия «психическая травма»

Зигмунд Фрейд в своих подходах намного опережал современные ему представления и, скорее всего, именно поэтому его идеи так трудно входили в психиатрическую науку и практику. Стажируясь в Париже, в клинике у Ж. Шарко (1885), он увлекся идеей психической травмы и затем в течение нескольких лет занимался изучением этого феномена. В монографии «Исследование истерии» (1895) Фрейд подчеркивает,

Эмиль Крепелин был выдающимся учеником гениального психолога Вильгельма Вундта, который пытался создать свою концепцию психиатрических расстройств на основе методов экспериментальной психологии. Его самый известный труд «Введение в психиатрическую клинику» (1900) до настоящего времени остается одним из самых ярких психологических описаний различных форм психопатологии. Однако, как отмечали позднее историки психиатрии, в последующих изданиях его книги психология занимала хотя и почетное, но чисто декоративное место — это была психология без души, в том числе без души самого Крепелина, интересы которого обратились в иную сторону. Следует признать, что попытки найти какие-то анатомические, инфекционные или биохимические факторы, приводящие к развитию психопатологии, предпринимаются сколько-нибудь значимых результатов. Сосредоточившись на изучении мозга как субстрата мышления, ученые сделали крупнейшую методическую ошибку, так как представления о том, что мы думаем головным мозгом, имеют такое же основание, как и заключение, что «мы ходим спинным мозгом», выводимое из того, что все двигательные импульсы замыкаются именно на этом уровне.



Жан Мартен Шарко



Эмиль Крепелин

3. Фрейд проводит аналогию между травмой психической и физической: «психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь (психики) еще долго остается действующим фактором».



Зигмунд Фрейд

что термин «травматический» само собой предполагает, что тот или иной синдром вызван именно психической травмой, при этом травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда или душевной боли. Еще более значимым является уточнение автора по поводу того, приобретет ли событие характер травмы и зависит ли это от «индивидуальной восприимчивости». Как показано далее, данное положение будет официально признано медицинской и психологической наукой только в 1980 г.

В этой же работе автор теории психической травмы утверждает, что травма не всегда проявляется в чистом виде как болезненное воспоминание или переживание о конкретном событии. Она становится только «возбудителем болезни» и вызывает, казалось бы, никак не связанные с психической травмой психопатологические симптомы. В качестве таких симптомов автор упоминает тики, заикание, нарушения сна, навязчивые представления, фантазии или действия, снижение энергичности и ограничение интересов и т. д. Затем этот симптом, который может вообще никак не указывать на предшествующую психическую травму, обретает самостоятельность и может оставаться неизменным в течение всей жизни.

Описывая автономные механизмы и специфику психодинамики психической травмы, З. Фрейд отмечает, и это, с одной стороны, кажется удивительным, что даже очень давние переживания могут оказывать столь ощутимое воздействие, а с другой — что воспоминания о них с годами не становятся менее значимыми или менее болезненными. Одновременно указывается, что в норме любое (даже самое негативное) воспоминание постепенно блекнет и лишается своей аффективной составляющей, но снижение остроты переживаний существенно зависит от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция на него или же для такой реакции не было возможности или она была вынужденно подавлена.

Индивидуальные психические и поведенческие реакции на травму имеют чрезвычайно широкий диапазон отреагирования: от немедленного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача по утрате до жестокого акта мести обидчику. Но только если удастся отреагировать событие в достаточной и индивидуальной для каждого мере (в том числе в процессе психотерапии), аффект постепенно убывает. З. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться». При этом особенно подчеркивается, что оскорбление, на которое удалось ответить хотя бы на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть, так как язык создает для человека иллюзию поступка (и именно на этом феномене основаны экстренная психологическая помощь и ее отставленные варианты).

Все эти данные были получены в процессе изучения последствий детской психосексуальной травмы и восприняты (достаточно пуританским) научным сообществом XIX века весьма скептически. В настоящее время особая патогенность такой травмы является общепризнанной, так как при нанесении подобной травмы (особенно значимым взрослым) ребенок оказывается уязвленным в своих самых светлых чувствах, причем именно тем взрослым, от которого он в первую очередь ожидал любви и защиты.

Качественно новое звучание теория психической травмы приобретает в период Первой мировой войны, когда разом несколько выдающихся психопатологов поставили вопрос о травматическом неврозе, причем сразу с признанием сугубо психологи-

ческого происхождения последнего (без какого-либо анатомического субстрата, гистологических изменений, предшествующей интоксикации, инфекционного или травматического повреждения мозговой ткани). В целом следовало бы признать, что прежде понятие психической травмы в официальной науке фактически не существовало.

6.3. Концепция вытеснения травматических переживаний

Обратимся к достаточно сложному феномену психологической защиты, получившему наименование «*вытеснение*». Когда личность получает мощную психическую травму и оказывается не в состоянии перенести эти трагические, ужасные, непонятные, неизвестные и в ряде случаев даже чуждые ей переживания, они как бы вытесняются из памяти и сознания. Чаще всего вытеснению подвергаются именно чувства, являющиеся для конкретной личности настолько мучительными, что о них просто нельзя постоянно помнить, но и забыть невозможно. Поэтому повторим еще раз, с помощью защитных механизмов они вытесняются из актуальной памяти и сознания, но остаются присутствующими в психике. Здесь мы имеем некий вариант переноса выдающегося открытия в области физики в психологию, в частности закона сохранения энергии, которая никогда никуда не исчезает, а только преобразуется из одних форм существования в другие (электрической в тепловую и наоборот и т. д.). По аналогии с этим З. Фрейд вводит понятие «сохранения психических содержаний», которые также никуда не исчезают, а лишь преобразуются в другие формы. В результате подобных преобразований тех или иных переживаний (о которых и помнить нельзя, и забыть невозможно) возникают те или иные психические или даже психосоматические симптомы. Например, уже упомянутые выше тики, заикание, нарушения сна, депрессии и т. п., которые, казалось бы, никак не обнаруживают содержание явившихся их причиной травматических переживаний. В этом состоит главное отличие понятия симптома в медицине и в психологии. Симптом просто говорит о каком-то душевном неблагополучии, но, в отличие от соматической медицины (например, боли в печени или в сердце), никак не указывает на его причину и локализацию в психике.

В принципе любое непереносимое аффективное переживание может трансформироваться в симптом, как психопатологический, так и связанный с тем или иным органом. Данный психологический феномен получил название «соматизация» и/или «конверсия». Позднее эти представления были существенно расширены, и в настоящее время общепризнано, что если культура или социум запрещают людям предъявлять их психические страдания, они начинают замещаться соматическими симптомами со стороны различных внутренних органов, так как любое страдание вызывает потребность предъявления своих жалоб кому-то другому. Этот психологический феномен известен как потребность в отторжении мучительных воспоминаний или переживаний. Считается, что наиболее часто этот вариант конверсии встречается в тоталитарных сообществах, но в целом, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 40 % пациентов, обращающихся за помощью к врачам общей практики с жалобами на здоровье, не нуждаются ни в какой помощи, кроме психологической. Экстренная психологическая помощь во многом базируется на идее о не-

обходимости предоставления пострадавшим максимальной возможности для отторжения воспоминаний и выплескивания аффекта.

«Навязчивое возвращение» не следует путать с «навязчивым повторением», когда субъект проявляет бессознательную склонность следовать одним и тем же стратегиям поведения, выборам аналогичных сексуальных или семейных партнеров несмотря на то, что у него уже имеется негативный или даже травматический опыт, связанный с такими действиями и ситуациями.

Эти идеи получают дальнейшее развитие в работе Фрейда 1920 г. «По ту сторону принципа наслаждения». В частности, сравнивая травматические неврозы мирного и военного времени, З. Фрейд констатирует, что в случае, когда психическая травма сочетается с физической (например, ранением), вероятность появления невротической реакции оказывается гораздо меньше. Достаточно важными представляются также идеи о «навязчивом возвращении» к психотравмирующей ситуации и фиксации на травме, что проявляется в постоянных воспоминаниях и сновидениях, связанных с психической травмой. Такой феномен объясняется тем, что после пассивной роли, в которой человеку пришлось что-то пережить, в своих воспоминаниях он «ставит себя в активное положение», делается как бы властелином ситуации, предотвращает или преодолевает ее или даже удовлетворяет чувство мести за пережитое страдание. Этот тезис следует дополнить мощным регрессом к магическому типу мышления, яркость которого широко варьирует. Но одним из наиболее демонстративных примеров является получившая трагическую известность искренняя вера некоторых матерей Беслана в возможность воскрешения их детей.

6.4. Психодинамика травмы

Психическая травма может вызываться не только внешними событиями, но и интрапсихической трансформацией тех или иных фантазий или переживаний даже при полном отсутствии внешних стимулов. Но когда травматический процесс уже запущен, начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет весьма специфическую динамику (Калшед Д., 2001). Во-первых, психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю самотравмирующую силу; во-вторых, происходит малигнизация (озлокачествление) защит, которые из системы самосохранения психики превращаются в систему ее самоуничтожения, поэтому обращение к рациональной части психики оказывается весьма затруднительным, а в остром периоде психической травмы даже бесполезным. В ряде случаев психическая жизнь пострадавших в результате ЧС или других психических травм в это время редуцируется до минимальных или стереотипных реакций, наиболее ярко проявляющихся в утрате смыслов. Поэтому вся коррекционная работа откладывается на будущее.

В задачи этой главы не входит описание психологических защит, поэтому лишь отметим, что эти психические структуры частью предопределены генетически, ча-

стью формируются воспитанием и в процессе жизни. Важнейшей формой защиты является уже упомянутое вытеснение, т. е. перевод неприемлемых для личности психических содержаний из сознательной сферы в бессознательную и удержание их там. Эта форма защиты иногда определялась как «универсальное средство избегания конфликта», когда неприемлемые воспоминания, мысли, желания или влечения вообще устраняются из сознания (но они все равно остаются в психике).

Когда стандартные варианты защиты не срабатывают, обнаруживается «вторая линия защит», так называемые примитивные защиты, основное предназначение которых состоит в том, чтобы непереносимая травма вообще не была пережита, т. е. происходит не переработка неприемлемой реальности, а уход от нее. Это проявляется в таких симптомах, как аутизм, трансовые состояния, множественные идентичности или расщепление личности вплоть до шизофренического спектра.

6.5. Вторичные психические травмы

До трагедии в Беслане (01.09.2004), когда террористами во время торжественной линейки, посвященной началу учебного года, было захвачено более 1100 заложников, а в процессе штурма погибло 186 детей, считалось, что утрата ребенка — это весьма редкое событие. Кроме того, даже единичные случаи трагической гибели детей в отечественной психологии долгое время фактически не исследовались. Сказывались, вероятно, и этические моменты, и ощущение стыдливости, и даже некоторой брезгливости, которые все мы испытываем при соприкосновении с интимным переживанием горя (Торок М., 2005). Наиболее интересны и ценны в этом плане исследования двух авторов французской школы — Андре Грина (2005) и Анри Вермореля (2005), которым принадлежит наиболее обоснованный анализ влияния утраты ребенка на семейный фон.

Но вначале обратимся к некоторым психологическим механизмам любви и привязанности. Когда человек кого-то любит, он частично инвестирует (вкладывает) свои чувства и энергию в любимый объект, но при этом в такой же степени (в силу естественного для каждого нарциссизма) интроецирует (поглощает или вводит) любимый объект в собственное психическое пространство. Таким образом происходит расширение и, можно сказать, обогащение личности. Утрата такого дорогого объекта, как ребенок, неизбежно включает механизмы его инкорпорации (психического поглощения и удержания его образа), при этом родитель на какое-то время, а иногда навсегда частично идентифицируется с этим утраченным объектом, что позволяет временно заполнить пустоту и отражает попытку восстановить нарушенное равновесие. М. Торок чрезвычайно образно характеризует эту трагическую ситуацию: «Не имея возможности устранить мертвого [из сознания] и решительно признать “его больше нет”, скорбящий становится им для себя самого, давая себе тем самым время мало-помалу и шаг за шагом проработать последствия разрыва».

Специалисты в процессе работы с психическими травмами родителей, утративших детей, нередко встречаются с ситуациями, когда на их вопросы отвечает не пациент, а инкорпорированный объект (утраченный ребенок). В некоторых случаях это происходит в абсолютно явной форме — выслушав вопрос, адресованный

к нему, пациент отвечает: «Он бы вам ответил так...», — совершенно не замечая, что говорит от имени другого лица. Андре Грин в своей работе «Мертвая мать» (1980) подробно анализирует внутреннюю картину такого варианта родительского страдания. Поясняя наименование этой работы, автор отмечает, что в данном случае «мертвая мать — это мать, которая осталась в живых после смерти ее ребенка, но в глазах оставшихся детей, о которых она должна заботиться и давать им психологическую поддержку, она — мертва психически». Дети, особенно младшего возраста, еще не воспринимают смерть сколько-нибудь осознанно и трагически. Поэтому у ребенка, до этого чувствовавшего себя «центром материнской вселенной», нет никакого объяснения произошедшим переменам, он воспринимает состояние матери как следствие своей вины или как следствие ее разочарования в нем, вплоть до паранойальных фантазий («Я настолько плох, уродлив, отвратителен, мерзок, что меня невозможно любить»).

В этой ситуации ребенок предпринимает сотни безуспешных попыток *репарации (возвращения)* «утраченной» матери. Эти попытки реализуются бессознательно, но могут приобретать патологические формы (такие как ажитация, бессонница, ночные страхи). Если попытки не привлекают внимания матери, то ребенок прибегает к иным формам психологической защиты. Описаны два психических механизма, лежащих в основе такого защитного поведения: «дезинвестиция материнского объекта» и «неосознаваемая идентификация с мертвой матерью». Первый процесс А. Грин характеризует как «психическое убийство объекта, совершаемое без ненависти», ибо ребенок боится причинить даже минимальный ущерб образу матери. В результате на нежной ткани объектных отношений матери и ребенка образуется разрыв или даже дыра. Во втором случае ребенок вследствие тоски по прежней (ранее веселой и заботливой) матери идентифицируется с ней и также впадает в депрессию при одновременном блокировании чувства привязанности. В последующем он может стать жертвой навязчивого повторения с весьма специфическим паттерном поведения, будет активно (но бессознательно) дезинвестировать любой объект сильной привязанности, представляющий угрозу разочарования, фактически утрачивая способность любить и принимать любовь другого. В данном случае мы говорим только о детях как наиболее демонстративном примере, но аналогичные чувства и варианты поведения могут формироваться и у ранее нежно привязанных друг к другу супругов, и у других членов семьи.

6.6. Собственная работа горя

Представление о том, что у переживания горя имеются своя собственная динамика и психическая задача, которая должна быть выполнена, было введено З. Фрейдом в работе «Тотем и табу» (1912). В современной психологии одна из наиболее последовательных разработок этой проблемы принадлежит Дж. Боулби (Боулби Дж., 2004).

В результате подробного исследования более двух десятков случаев психических травм автором было выявлено несколько последовательных фаз в «собственной работе» горя, в которую следовало бы добавить еще одну, самую первую, фазу «отрицания», так как первая реакция на внезапную психическую травму и поведенчески, и даже вербально обычно выражается формулой: «Нет! Этого не может быть!». Для

этой и последующих фаз достаточно характерна склонность к самобичеванию и демонстрации собственной вины в смерти близкого человека, включая воспоминания о каких-то малозначимых оплошностях, допущенных ошибках или неисполненных обещаниях. А как известно, неизбывное чувство вины — это очень тревожный симптом, который в ряде случаев может достаточно быстро провоцировать развитие какого-либо психического расстройства.

Последовательность, наименование и краткая характеристика фаз следующие:

- 1) *оцепенение* — длится от нескольких часов до недели, сопровождается интенсивными переживаниями страдания и гнева;
- 2) *острая тоска и поиск утраченного объекта* с соответствующими поведенческими феноменами (длится несколько месяцев или лет);
- 3) *дезорганизация и отчаяние*;
- 4) *реорганизация* — адаптация к жизни или в более тяжелых случаях — существованию без утраченного объекта.

Многолетние исследования подобных ситуаций позволили сформировать четкие представления, что после психической травмы всегда есть потребность в ее вербализации, но это отторжение воспоминаний и горя становится эффективным только тогда, когда она реализуется с участием терпеливых слушателей, которые не были ее непосредственными свидетелями или участниками личной или массовой трагедии.

6.7. «Соматизация» психической травмы

В конце XIX в. в психологию было введено понятие психической энергии, поэтому, прежде чем перейти к обсуждению защитной трансформации травмы обратимся к гипотезе о ее механизмах. Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное), в его психике увеличивается нечто, что стали называть суммой возбуждений. А поскольку одной из задач психической регуляции является поддержание собственного стабильного состояния, начинают действовать механизмы (реализуемые интрапсихически и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой суммы возбуждений в интересах сохранения психического гомеостаза. Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение в примитивном варианте отреагирования, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Аналогичные механизмы действуют и при оскорблении, обиде и т. д. Но реакция может быть иной, если нанести ответный удар некому (например, при стихийном бедствии), тогда ответной реакцией могут быть плач, чувство бессильной ярости и т. п., вплоть до аутоагрессии (нанесения повреждений самому себе, чтобы как-то снизить уровень психического возбуждения). Главное, что реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание.

Несмотря на множество физиологических и психологических гипотез, наука не сильно продвинулась в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике нечто, но более чем столетняя психологическая и психотерапевтическая практика

подтверждает реальность этих механизмов. В тех случаях, когда возросшая сумма возбуждений не может быть отреагирована (в том числе вербально), начинают функционировать защитные механизмы, главным из которых является вытеснение из сознания переживаний, о которых, по образному выражению, и забыть нельзя, и помнить невозможно. Но эти переживания вытесняются только из сознания, а не из психики, где сознание составляет лишь некоторую часть.

Поскольку сумма возбуждений присутствует и не может быть отреагирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в нечто соматическое. Происходит то, что позднее получило название конверсии. Так как нам по-прежнему неизвестно объективное содержание этого нечего, то (весьма условно) можно сказать, что происходит преобразование психической энергии в энергию иннервации органов или тканей. Но, в отличие от обычной нервной регуляции деятельности внутренних органов, которая осуществляется с помощью импульсов определенной амплитуды и частоты, в данном случае из психической сферы в нервную систему происходит прорыв мощного энергетического потока искаженного типа. Психическая сфера освобождается от чрезмерного перевозбуждения, а его разрядка направляется и осуществляется в соматической сфере. Именно так гипотетически описываются возникающие под влиянием сильных потрясений случаи инфарктов, инсультов и прободных язв желудка.

При хронической психической травме развиваются менее катастрофические соматические расстройства, но, по данным ВОЗ, именно они поставляют до 40 % обращений за медицинской помощью. Поскольку механизмы психической и нервной регуляции существенно различаются, словесный штамп о том, что у кого-то не все в порядке с нервами, не имеет под собой никакой основы. В отличие от нервной системы, психика способна отличать реальные стимулы от воображаемых. Нервная система и на то, и на другое может реагировать почти идентично. Именно на этом феномене основаны все техники самовнушения, включая еще недавно чрезвычайно популярную аутогенную тренировку, когда, например, мысленное представление о том, что кисть погружена в горячую воду, тотчас вызывает расширение сосудов и повышение температуры кожи этой руки.

6.8. Фиксация на травме

Несмотря на то что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в той инстанции психики, где произошла трансформация одной энергии в другую, формируется специфическое ментальное ядро, или пункт переключения. Это ядро остается ассоциативно связанным со всей имеющейся в памяти атрибутикой полученной психической травмы и будет всегда активизироваться на любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий ранее полученную психотравму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования. Именно поэтому люди, пережившие катастрофические события, избегают фильмов-катастроф, похорон, книг и рассказов о несчастных случаях и т. д. Именно этот феномен имелся в виду, когда мы говорили о навязчивом возвращении к воспоминаниям о трагических событиях. Таким образом, пациенты страдают преи-

мущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. Они не только постоянно находятся в плену болезненных переживаний (нередко — чрезвычайно далекого прошлого), но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой (пусть и трагической) ценностью. Например, можно ли забыть о счастливых минутах появления своего первенца, даже если его давно уже нет; можно ли вспомнить об этих счастливых минутах без того, чтобы еще раз не вернуться к событиям и переживаниям его трагической утраты? В ряде случаев пациенты не только не могут освободиться от своего трагического (пугающего или даже мерзкого) прошлого, но готовы ради него отказаться от настоящего и будущего — и вообще от всего, что происходит в реальности. Данный феномен получил не совсем верное наименование ухода в болезнь. Точнее было бы определять его как фиксацию на травме, которая может простираться на многие месяцы и годы, а иногда — на всю жизнь, провоцируя различные формы психопатологии, которая в этом случае может рассматриваться как еще один вариант патологической психологической защиты от неприемлемой реальности.

6.9. Институализация понятия «психическая травма»

Необходимость статистического анализа в ряде случаев трудно дифференцируемых психопатологических синдромов явилась причиной создания в 1952 г. первого «Диагностического и статистического справочника по ментальным расстройствам», более известного как DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В этом справочнике на конвенциональной основе каждой форме психического расстройства придавалась относительно четкая характеристика. Но в первом издании справочника то, что позднее стало именоваться посттравматическим психическим расстройством, еще никак не связывалось с психической травмой, а упоминалось как «синдром отклика на стресс». В 1968 г. во втором издании (DSM-II) расстройства, связанные с психической травмой, были объединены в категорию ситуационных расстройств, и только в 1980 г. в DSM-III последствия психических травм были отнесены к субкатегории тревожных расстройств, которые развиваются в ответ на трагические и редкие внешние события. Итак, *вначале травма определялась исключительно как результат внешнего воздействия и в терминах катастрофических событий*. Если перевести это на обыденный язык: «Кому-то просто очень не повезло, что он оказался в недобрый час в плохом месте».

Любое трагическое событие для одного субъекта может пройти совершенно незамеченным, а у другого — вызвать любую форму психопатологии в зависимости от индивидуальной истории развития и состояния его психики.

На основе теоретических представлений, считали, что каждый, кто пережил такое «не слишком часто случающееся» трагическое событие (например, нападение граби-

У детей, которым на момент получения психотравмы было менее 5 лет, в 70 % случаев диагностировали нарушения речи или ее развития. У детей 6–12 лет ведущим симптомом становится энурез, дополняемый расстройствами речи (78 % всей патологии). У подростков 13–18 лет к аналогичным синдромам присоединяется депрессия, которая становится ведущим типом расстройств во всех группах взрослых (19–30 и 31–50 лет). У взрослых диагностируются также шизофрения, алкоголизм и эпилепсия, превышающие средние по популяции уровни.

телей, плен, пытки, изнасилование или внезапное стихийное бедствие), обязательно будет психологически травмированным. Однако согласно DSM-IV (1994), последствия психической травмы входят уже в другую рубрику — «откликов на стресс». Оказалось, что большинство людей, переживших катастрофические события, не проявляли сколько-нибудь существенных признаков и последствий психической травмы. Они отсутствовали у 54 % изнасилованных женщин, у 91 % попавших в автопроисшествия и т.д. В итоге были приняты представления о том, что участие в том или ином катастрофическом событии является необходимым, но недостаточным условием для психической травмы. Это качественно изменило подходы к данной форме психических расстройств, так как критическим фактором становилось не внешнее событие, а глубоко индивидуальный эмоциональный отклик на него.

Исследования состояния пострадавших при массовых психических травмах позволили выявить существенную специфику изменения их состояния в зависимости от *возраста*, в котором они находились в момент катастрофического события. Чем старше была личность на момент психической травмы, тем больше вероятность развития у нее тяжелых психических и соматических расстройств.

Контрольные вопросы и задания

1. Вспомните какие-либо травматические события из вашей жизни и попытайтесь проанализировать свое состояние и стадии переработки этой травмы.
2. Попробуйте своими словами сформулировать определение психической травмы.
3. Попытайтесь объяснить коллеге механизмы вытеснения.
4. Сформулируйте специфические отличия «навязчивого возвращения» и «навязчивого повторения».

Глава 7

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

- 7.1. Острые психические расстройства
- 7.2. Посттравматическое стрессовое расстройство
- 7.3. Последствия боевого стресса
- 7.4. Психосоматика в психологии экстремальных и кризисных ситуаций
- 7.5. Зависимости и зависимое (аддиктивное) поведение

7.1. Острые психические расстройства

7.1.1. Непатологические и патологические формы реакций на сверхсильное воздействие

Процесс адаптации в ответ на любое воздействие активно включает центральные и периферические механизмы саморегуляции, благодаря которым осуществляется приспособление организма к воздействующим факторам. При сверхсильном воздействии на человека, происходящем в чрезвычайных ситуациях (ЧС), включаются защитно-приспособительные механизмы, которые при определенных условиях превращаются в свою противоположность: одна и та же приспособительная реакция может выступать одновременно как в виде защитной, так и в виде патологической.

В связи с этим условно выделяют две формы защитно-приспособительных психических реакций, сопровождающие ЧС.

- Непатологические формы. Для непатологических психоэмоциональных реакций характерна большая адекватность ситуации: они объяснимы происходящей ситуацией и, как правило, кратковременны, парциальны и принципиально обратимы. Характерным является относительная сохранность работоспособности, контакта с окружающими и критического анализа своего состояния и поведения. Типичными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются такие чувства как растерянность, тревога, страх, подавленность, беспокойство за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы. В литературе такие реакции обозначаются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т. п.
- Патологические формы. Для патологических защитно-приспособительных психических реакций характерны произвольность, неадекватность, не критичность к своему состоянию, выраженность расстройств и тенденция к их саморазвитию. Нарушения наблюдаются практически во всех сферах психического функционирования (в сознании, мышлении, эмоциональной и двигательной сферах). Человек теряет способность реалистично оценивать ситуацию, принимать адекватные решения, поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, осуществлять целенаправленную деятельность.

Психопатологические реакции, возникающие в катастрофических ситуациях, квалифицируются как *психогенные* психические расстройства. Такие психические нарушения по клиническим проявлениям сходны с психическими расстройствами, развивающимися в обычных условиях, но имеют и ряд различий. Ю. А. Александровский с соавт. выделяют следующие существенные особенности психогений в катастрофических ситуациях (Александровский Ю. А., Лобастов О. С., 1991):

- психические расстройства как следствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в чрезвычайных ситуациях возникают одномоментно у большого числа людей;

- клиническая картина не носит строго индивидуальный характер, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, и сводится к узкому спектру достаточно типичных проявлений;
- несмотря на развитие психогенных расстройств и продолжающуюся жизнеопасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Остановимся подробнее на психопатологических последствиях экстремальных состояний, которые наиболее часто возникают в ЧС.

7.1.2. Виды психических расстройств, вызванных экстремальными травмирующими обстоятельствами

При оказании психиатрической и психологической помощи в условиях ЧС не представляется возможным всесторонне обследовать пострадавших, что затрудняет установление четкого диагноза. Вместе с тем чрезвычайная ситуация предъявляет требования экстренной локализации вызванных ею негативных психосоциальных последствий, срочных решений по организации и проведению неотложных мер по оказанию психиатрической помощи пострадавшим. В связи с этим все психические нарушения, наблюдаемые у пострадавших в ЧС и квалифицируемые с помощью экспресс-диагностики, принято разделять на две группы: с нарушениями непсихотического характера и нарушениями психотического характера (табл. 7.1).

Нарушения непсихотического характера. К расстройствам этого рода относятся реакции, психологически понятные в контексте вызвавшей их ситуации. Эти защитно-приспособительные реакции проявляются в виде неспецифичных и недостаточно дифференцированных психических и соматоформных нарушений, что затрудняет отнесение их к оформленному синдрому. Несмотря на кратковременность, характерную для расстройств непсихотического уровня, и принципиальную возможность к самокупированию симптомов, эти нарушения при действии дополнительных факторов могут получить дальнейшее развитие. На разных этапах разворачивающейся ЧС (или после нее) могут развертываться различные клинические формы психических расстройств.

Нарушения психотического характера. Нарушения, возникшие и развивающиеся в ЧС, относят к психотическим при характерных изменениях в различных сферах психической деятельности:

- *Сознание.* Нарушения проявляются в виде суженного, спутанного, затемненного сознания, оглушенности, обнубиляции (затуманивание сознания), сомнолетности (сонливости), сверхбодрствования и др.
- *Мышление.* Нарушения мыслительной деятельности выражаются в бессвязности речи, снижении понимания, формировании сверхценных идей и бредовой трактовки происходящего и др.

Таблица 7.1. Клинические особенности физиологических реакций и патогенных расстройств, наблюдающихся во время и после бедствий и катастроф (Александровский Ю. А., 2000)

Реакции и психогенные расстройства		Клинические особенности
Непатологические (физиологические) реакции		Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности
Психогенные непсихотические расстройства	Реакции	Невротический уровень расстройств — остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
	Состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства — неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности
Реактивные психотические расстройства	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

- *Двигательно-волевая сфера.* Нарушения внешне выражаются в двигательном возбуждении, импульсивных действиях, симптомах аутизма и автоматизма, стереотипии в движениях, двигательной заторможенности, агрессивности и пр.
- *Эмоциональная сфера.* Нарушения проявляются в виде эмоционально-аффективных реакций и состояний — раздражительности, страха, слезливости, эйфории, дисфории, пониженном настроении, безучастности и равнодушии к происходящему и пр.

Непсихотические формы расстройств

Сравнительно с относительно редкими психотическими, разнообразные непсихотические формы болезненного реагирования являются наиболее распространенными в ЧС. Эти нарушения как бы промежуточные между непатологическими психоэмоциональными реакциями и патологическими реакциями психотического уровня. По сравнению с непатологическими психоэмоциональными реакциями патологические реакции этого уровня менее адекватны, более интенсивны по своим проявлениям. Наблюдаемые элементы или эпизоды растерянности свидетельствуют о своего рода сужении поля восприятия и, соответственно, об относительно измененном

состоянии сознания. Однако по сравнению с нарушениями психотического уровня люди с ситуационными непсихотическими психическими расстройствами сохраняют возможность установления контакта и хотя бы частичную критику своего состояния.

Классификация непсихотических форм расстройств при ЧС приведена в научных разработках «Оказание психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях» ВЦМК «Защита» и НИИ психиатрии МЗ РФ.

- *Ситуационно-аффективные реакции* характеризуются переживаниями тревожного спектра, эмоциональной напряженностью. Люди с такого рода реакциями отличаются недостаточно адекватной, односторонней, аффективно окрашенной оценкой ситуации. Часто ситуационно-аффективное состояние сопровождается чувством неуверенности в себе; относительным нарушением когнитивных функций, проявляющимся в ослаблении концентрации внимания; затруднениями осмысления событий и принятия решений и пр., общим снижением продуктивности деятельности. Особенно часто встречается *астенический синдром* в форме раздражительной слабости: повышенной раздражительности, несдержанности, гневливости, крайней психической и физической истощаемости, непереносимости любого напряжения, эмоциональной неустойчивости вплоть до недержания аффекта. Астения проявляется также сенсорной гиперестезией — непереносимостью обычных раздражителей (шума, яркого света, острых запахов), протопатических (неясных, трудно локализуемых) ощущений. Часто на первый план субъективных жалоб выступают соматовегетативные и вазовегетативные нарушения, которые иногда являются единственным их внешним выражением (алгические, психогенные боли и другие неприятные телесные ощущения; лабильность вазомоторных реакций; склонность к обморокам; головные боли; гипергидроз; поверхностный, тревожный сон), разнообразные соматоформные расстройства.
- *Тревожно-фобические расстройства* могут возникать у лиц с повышенной внушаемостью, впечатлительностью, тревожно-мнительными чертами характера. Эти расстройства, кроме того, характеризуются внутренней напряженностью, беспокойством, которые сохраняются и после прекращения воздействия факторов ЧС, что связано с тревожным ожиданием повторного переживания угрожающих жизни событий. Тревожно-фобические нарушения сопровождаются приступами страха, которые длятся от нескольких минут до одного часа. Попадая в места, напоминающие травматические события, пострадавшие испытывают страх, сопровождающийся двигательным беспокойством, ощущением нехватки воздуха, учащенным сердцебиением, потливостью, тремором конечностей и другими соматовегетативными проявлениями. На высоте переживаний страха может частично утрачиваться критическая оценка своего состояния и поведения. В современных диагностических категориях такого рода состояния обычно относят к *паническим атакам* — тревожно-вегетативным кризам со склонностью к рецидивам, которые следует отличать от паники как массовой патологической реакции.

- *Непсихотические депрессивные реакции и состояния* могут быть различными по глубине и выраженности проявлений. В клинической картине депрессивных реакций и состояний присутствуют подавленное, сниженное настроение, тихая речь, замедление темпа движения, снижение общей активности, нарушение аппетита, сна, мысли о собственной малоценности, идеи самообвинения. Перечисленные симптомы имеют тенденцию к увеличению их числа с течением времени после ЧС по мере осознания последствий катастрофы (утрата близких, потеря имущества и пр.).

Психотические формы расстройств

Психотические формы расстройств относятся к реактивным состояниям (по МКБ-10 — «Реакция на стресс»). Реактивные (психогенные) психозы имеют, согласно критериям К. Ясперса, следующие функциональные признаки:

- возникают непосредственно после воздействия факторов ЧС или через небольшой промежуток времени (часы, реже — дни);
- содержание болезненных переживаний соответствует характеру происшедшего события;
- реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины (действий факторов ЧС).

Общими признаками, объединяющими реактивные психотические расстройства, являются выраженные аффективные нарушения. Это объясняется тем, что реактивные психозы возникают в ЧС в тех случаях, когда доминирующим переживанием становится страх за свою жизнь. Ярко выраженный аффект страха является определяющим в дальнейшем развитии патологической реакции. В целом реактивные психотические расстройства отличаются кратковременным течением. Вместе с тем выделяют *острые психотические состояния*, длящиеся от нескольких часов до 4–6 дней (аффективно-шоковые реакции), и *затяжные* — длительностью от нескольких дней до месяца и более (реактивные депрессии, истерические психозы, реактивные параноиды).

В МКБ-10 психопатологические последствия травмы представлены в рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастные случаи, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.

Острая реакция на стресс — F43.0 обозначалась прежде как аффективно-шоковые реакции, а для квалификации подобных состояний также использовались такие термины, как «кризисные состояния», «психический шок», «реакции экстремальных состояний».

Острая реакция на стресс диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

- 1) переживание тяжелого психического или физического стресса;
- 2) развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа;
- 3) в зависимости от представленности приведенных ниже двух групп симптомов А и Б острая реакция на стресс подразделяется на легкую (P43.00, присутствуют лишь симптомы группы А), средней тяжести (P43.01, имеются симптомы группы А и не менее 2 симптомов из группы Б) и тяжелую (симптомы группы А и не менее 4 симптомов группы Б или диссоциативный ступор P44.2). Группа А включает критерии 2, 3 и 4 генерализованного тревожного расстройства (P41.1). Группа Б включает следующие симптомы: а) отход от ожидаемого социального взаимодействия, б) сужение внимания, в) очевидная дезориентация, г) гнев или вербальная агрессия, д) отчаяние или безнадежность, е) неадекватная или бессмысленная гиперактивность, ж) неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культуральных норм) грусть;
- 4) при смягчении или устранении стресса симптомы начинают редуцироваться не ранее чем через 8 часов, при сохранении стресса — не ранее чем через 48 часов;
- 5) отсутствие признаков какого-либо другого психического расстройства за исключением генерализованного тревожного расстройства (P41.1), эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершен не менее чем за 3 месяца до действия стресса (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997).

Острые реакции на стресс, или, иначе, *острые шоковые реакции (острые аффективные реакции)*, отличаются разнообразием клинических проявлений, но в целом могут быть сведены к двум основным формам: *реактивному ступору и фугиформным реакциям*.

Реактивный ступор — это состояние глубокого общего торможения с неподвижностью, оцепенением и расстройством сознания, застыванием на месте, несмотря на опасность для жизни. В некоторых случаях наиболее ярким во всей картине является эмоциональное притупление, своего рода эмоциональный паралич, который может не сопровождаться двигательной заторможенностью. По выходе из ступора у больного часто отмечается амнезия. В условиях травматизации ступор (оцепенение) нередко отмечается только в самые первые минуты, переходя далее в состояние возбуждения или же в сумеречное состояние. Ступор является обычно вступительной фазой к развитию более сложных картин психогенных расстройств.

Фугиформные реакции — это состояние психомоторного возбуждения с хаотическими, нецеленаправленными действиями. Пострадавшие мечутся, бегут, не выбирая направления, выпрыгивают из окон, сокрушают все стоящее на пути.

Острые шоковые реакции сопровождаются изменениями сознания по типу *сумеречных состояний* с сужением поля восприятия и ограничением содержания сознания патологическими переживаниями, отражающими (нередко в фантастической, театрально-утрированной форме) трагические, психотравмирующие события. Выход

из состояния полной потери сознания обычно происходит через картины некоторого его прояснения, проходя известные фазы перехода его от сна к бодрствованию. При этом окружающая ситуация сознается неясно. Действия принимают автоматический или рефлекторный характер. Понижается общая чувствительность, вследствие чего даже ранение, полученное в таком состоянии, может некоторое время оставаться незамеченным. Поведение перестает быть управляемым, координированным, иногда становится бессмысленным.

Острые шоковые психические реакции при всей их интенсивности бывают кратковременны. большей частью они дают полностью обратное развитие с возвращением психики к прежнему состоянию. В случае осложнения какими-либо процессами, ослабляющими центральную нервную систему (тяжелое физическое истощение, склероз сосудов), возвращение к исходному состоянию затягивается.

К группе реактивных психотических состояний относятся *истерические психотические реакции*, представляющие кратковременные эпизоды сумеречного помрачения сознания или состояния аффективно-суженного сознания, связанные с воздействием факторов ЧС. Помимо нарушений сознания, они могут проявляться пугливым (выраженная детскость в поведении, мимике, речи) и псевдодеменцией с утрированно-инфантильными реакциями, непониманием элементарных вопросов и инструкций. Такие состояния в настоящее время не столь часты, — как правило, они возникают у лиц с истерической акцентуацией, которые неосознанно или частично осознанно стремятся ограничить себя от воздействующих факторов.

При истерических реакциях имеет место прямое влияние эмоций на поведение пострадавших («короткое замыкание»): эмоции, минуя контроль сознания, оказывают воздействие напрямую на функции организма, в результате чего возможно возникновение параличей и болевых ощущений в различных частях тела, изменение чувствительности, расстройство зрения и др. Нередки и припадки, которые сопровождаются выразительными движениями (больные катаются по полу, выгибаются дугой, размахивают руками). В отличие от эпилепсии эти припадки удается прервать обливанием водой, резким окриком, болевым раздражением. Сознание во время припадков не теряется полностью, прикусов языка и непроизвольного мочеиспускания не бывает.

В ЧС сравнительно частой формой реактивных психотических состояний является *реактивная депрессия*. Основными ее проявлениями являются аффект глубокой тоски, отчаяние, переживание неразрешимости сложившейся ситуации, утрата перспектив, идеи самообвинения и самоуничтожения, суицидальные мысли и поступки. Для лиц с реактивной депрессией характерны: замкнутость, двигательная заторможенность, гипомимичность с выражением застывшей тоски, тихая, недостаточно модулированная речь, затруднения интеллектуальной деятельности; возможно возникновение обманов восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций, по содержанию связанных с ЧС. Болезненное состояние обычно развивается не сразу, а по мере осознания трагических утрат (чаще всего это гибель близких).

Возможно также возникновение *реактивного параноида*. Для этого вида расстройств характерно формирование устойчивой патологической, не поддающейся

критике интерпретации отдельных явлений или всей ситуации. Параноиды возникают на фоне эмоционального напряжения обычно у людей тревожного типа. Нередко реактивные параноиды развиваются у лиц с остаточными явлениями органического поражения мозга, соматической ослабленностью, длительным переутомлением, недосыпанием.

На фоне расстроенного сознания возможны *галлюцинации*, в которых отражается страх, подобно тому, что имеет место в сновидениях.

У части пострадавших могут развиваться *индуцированные психозы* по механизмам подражания, психического заражения. Такие состояния опасны тем, что могут охватить большое количество людей и привести к массовой панике.

Индукцированные психозы часто выявляются у лиц с нарушениями интеллекта, повышенной впечатлительностью и психопатическими чертами (преимущественно истерического типа). Удаление их от источника индуцирующих воздействий позволяет достаточно быстро нормализовать их состояние.

Все перечисленные группы острых психотических реакций сопровождаются многочисленными *соматовегетативными расстройствами*, проявляющимися в резкой бледности или покраснении кожных покровов, перепадах АД, тахикардией, ощущением удушья, потливостью, ознобом, дизурическими и диспептическими нарушениями, гипертермией и др.

Реактивные психозы принадлежат к прогностически благоприятным текущим болезненным состояниям, которые практически всегда заканчиваются восстановлением (исчезновением грубых расстройств психотического уровня). В отечественной психиатрии сложилось мнение о вероятной барьерной роли реактивных психозов, выполняющих защитную функцию, направленную на сохранение организма в целом в условиях непосредственной угрозы жизни. Более того, отсутствие непосредственного реагирования (депрессивного, тревожного, соматовегетативного, психопатоподобного по истерическому или возбудимому типу) повышает риск развития отставленных и, как правило, затяжных болезненных состояний.

7.1.3. Этиологические факторы развития психических расстройств при ЧС

Психические нарушения, обусловленные ЧС, имеют сложную структуру и, несмотря на типичность, многообразные проявления. Однако эти расстройства объединяет природа их патогенеза. Все они вызваны комплексным воздействием различных по своей природе этиологических факторов, которые предъявляют значительные требования к защитно-приспособительным и резервным возможностям человека и, прежде всего, к его психике.

Вероятность развития психогенных расстройств, выраженность симптоматики, динамика течения зависят от патогенности различных имеющихся в момент ЧС факторов.

Выделяют две группы патогенных факторов: факторы самой ситуации (ситуационно-средовые) и факторы «внутренних условий» («Оказание психиатрической

помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях» ВЦМК «Защита» и НИИ психиатрии МЗ РФ).

Ситуационно-средовые факторы

Ситуационно-средовые факторы, в свою очередь, с учетом *объективных количественных критериев* (внезапность и причины возникновения, интенсивность, продолжительность действия), *субъективных критериев*, т. е. *значимости* их содержания для человека, *наличия помощи и социальной поддержки* (на микро- и макросоциальном уровне) делят на три группы. Различают следующие основные типы патогенных факторов.

- *Шоковые факторы ЧС*. Такие факторы связаны с угрозой жизни и здоровью и характеризуются значительной силой и внезапностью воздействия (например, при стихийных бедствиях и техногенных катастрофах), физическим или психологическим насилием.

Внезапность и выраженная интенсивность воздействий затрудняют интрапсихическую переработку их содержания (вследствие сужения сознания), вовлекая витальные инстинкты (инстинкт самосохранения) и низшую аффективную сферу. Шоковые факторы сопровождаются эмоцией страха. Страх в качестве защитной реакции, являющийся наиболее древней (наравне с болью) формой переживаний, выступает сигналом к действию (активацией или торможением двигательной активности), а сопровождающие его вегетативные сдвиги осуществляют его энергетическое обеспечение. Защитные проявления в этих условиях наследственно зафиксированы в виде автоматически закрепленных ответов — универсальных неспецифических, примитивных аффективных (эмоционально-вегетативных и поведенческих) реакций.

Более интенсивной и длительной, чем на природную катастрофу (наводнение), оказывается реакция на антропогенный дистрессор (изнасилование).

- *Ситуационные факторы ЧС кратковременного действия*. В отличие от шоковых факторов они не несут непосредственной витальной угрозы, воздействуют на более высокие, сознательные уровни личности. К таким факторам относятся тяжелая травма или гибель родных и близких; потеря жилья или имущества; вынужденное недосыпание; переутомление; психоэмоциональное напряжение; нарушения питания, режима труда и отдыха и др. Несмотря на кратковременность, ситуационные факторы оказываются субъективно значимыми для личности и, являясь несоразмерными с личностными ресурсами вызовами, обуславливают перенапряжение механизмов психологической и физиологической защиты.
- *Ситуационные факторы ЧС длительного действия*. Включают обширную группу социально-психологических и социально-экономических влияний, которые осознаются в полной мере и на протяжении длительного времени подвергаются интрапсихической переработке, вызывая перенапряжение механизмов физиологической и психологической защиты, истощение ре-

зервных возможностей организма и личности. К таким факторам относятся ухудшение в результате ЧС материального положения, необходимость переезда на новое место жительства, потеря работы, отсутствие социально-психологической поддержки, изменение социального статуса, длительно сохраняющаяся конфликтная ситуация и др. Не представляя непосредственной угрозы для жизни, данные факторы существенно изменяют образ жизни — именно в этом заключается их неблагоприятное влияние на психическое и соматическое здоровье.

Факторы «внутренних условий»

- *Возраст.* Ранимость к стрессу особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастных группах. Это связано с несформированностью механизмов копинга в детском возрасте и чрезмерной ригидностью копинг-механизмов, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы у пожилых людей. Ранимость в старшей возрастной группе объясняется также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой систем.
- *Пол.* Сходные психотравмирующие ситуации взрослые женщины описывают как более болезненные по сравнению с мужчинами, но среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки.
- *Индивидуально-типологические особенности.* Прогностически патогенными факторами являются возбудимость, эмоциональность, неустойчивость, импульсивность.
- *Личностные характеристики.* В наибольшей степени развитию психической патологии подвержены лица с тревожно-мнительными чертами характера, со склонностью к переживаниям тревожного спектра, повышенной сенситивностью, демонстративно-истероидными чертами, проявлениями психического инфантилизма, ригидностью копинг-механизмов, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы. Важными факторами также являются морально-волевые качества, социально-психологические установки, уровень мотивации и др.
- *Степень готовности* к экстремальным вызовам, предшествующий опыт.
- *Нервно-психическое и соматическое здоровье.* Предрасполагающими факторами, повышающими ранимость нервно-психической сферы, являются: снижение функционального состояния нервной системы, резидуальная церебрально-органическая недостаточность, соматическая ослабленность, физическое истощение, преморбидная отягощенность психотравмами.

Таким образом, этиология психических нарушений в ЧС носит сложный, многомерный характер. Представляя интегральную совокупность многих составляющих, психические расстройства являются результатом взаимодействия, с одной стороны,

организма, обладающего генетически детерминированной или приобретенной предрасположенностью к определенным реакциям, а с другой — средовых (социальных и природных) факторов.

7.1.4. Распространенность психических нарушений в ЧС

Обусловленные ЧС психические нарушения затрагивают практически все пострадавшее население, включая специалистов аварийно-спасательных формирований, как в начальном периоде, так и на отдаленных этапах ее развития.

По данным МКБ, распространенность расстройств варьирует в зависимости от частоты катастроф и травматических ситуаций. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Острый стрессовый синдром развивается у 50–80 % перенесших тяжелый стресс. Случаи отставленных посттравматических стрессовых реакций в мирное время составляют в популяции 0,5 % для мужчин и 1,2 % для женщин. Расстройства адаптации достаточно распространены: 1,1–2,6 случаев на 1000 человек населения с тенденцией к большей представленности в малообеспеченной части населения. Они диагностируются у приблизительно 5 % пациентов психиатрических учреждений, встречаются в любом возрасте, но наиболее часто у детей и подростков (Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997).

Многочисленные литературные источники показывают, что авторы по-разному оценивают возможность развития психических нарушений при стихийных бедствиях. Одна группа исследователей полагает, что стихийные бедствия могут вызывать множество психических и соматических расстройств, связанных с острой и хронической психотравматизацией (Александровский Ю. А. и др., 1991). Другие считают, что имеющиеся негативные последствия для психического здоровья некоторых групп населения сравнительно легки, кратковременны и могут сами купироваться.

По свидетельствам психиатров, оказывавших помощь пострадавшим в ЧС, большинство людей (примерно 50–75 %) при экстремальных ситуациях в первые мгновения оказываются ошеломленными и малоактивными. Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12–25 % людей сохраняют самообладание, адекватно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. Сохранению самообладания в критические мгновения и способности к целенаправленным действиям способствует фокусирование человека на ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранения жизни окружающих, а не на мысли о собственном выживании. «Именно эта “сверхмысль” в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно. Как только “сверхмысль” заменялась паническим страхом и незнанием, что конкретно делать, наступала потеря самообладания и развивались различные психогенные расстройства» (там же).

При изучении медико-санитарных последствий землетрясений, оказывающих наиболее выраженное психотравмирующее действие по сравнению с другими видами ЧС, было установлено, что в очаге поражения в среднем у 70–80 % пострадавших являются острые психогенные реакции. Среди них наиболее распространенными яв-

ляются непсихотические ситуационно-аффективные реакции (30–35%), проявляющиеся в основном астенической, соматовегетативной, аффективной симптоматикой и нарушениями в двигательной сфере; из них в 20–30% случаев данные расстройства в последующем приобретают затяжное течение.

Собственно реактивные психозы наблюдаются относительно редко (1–5%). Среди групповых патологических форм психотического уровня наиболее часто встречаются однотипные ступорозные состояния — либо депрессивно окрашенные, либо сопровождающиеся безучастностью по типу *эмоционального паралича*. Нередки также состояния растерянности, преимущественно с пассивной подчиняемостью, реже — с элементами негативизма (по данным ВЦМК «Защита» и НИИ психиатрии МЗ РФ).

7.1.5. Психические расстройства на разных этапах ЧС

Как уже указывалось выше, широкий спектр психических расстройств, возникающих в ЧС, рассматривается не как очерченные варианты психической патологии, а как этапы адаптационной стратегии организма. Формирующиеся таким образом психические нарушения носят неспецифический, полиморфный характер. Вместе с тем изучение психических нарушений, развивающихся в связи с ЧС, позволяет выделить определенные закономерности их динамики, а именно:

- изменчивые соотношения защитно-приспособительных (в том числе гиперкомпенсаторных) и дезадаптивных форм ситуационного реагирования;
- практически неизменное сочетание и взаимопотенцирование вегетативно-соматических и психических компонентов ситуационного реагирования;
- постепенное усложнение расстройств от астенических и психовегетативных к аффективным, в части случаев — патохарактерологическим, а при дополнительных вредных факторах — интеллектуально-мнестическим;
- при продолжительных ЧС или при достаточно длительном сохранении их последствий отчетливая тенденция к стабилизации болезненных состояний — от эпизодических проявлений к устойчивым образованиям, сопоставимым с клинически очерченными синдромами (астеническим, психовегетативным, неврозоподобным, депрессивным, психоорганическим).

В специальной литературе встречаются различные описания динамики психического состояния людей, находящихся в экстремальных ситуациях.

В отечественной литературе наиболее распространенными являются разработки Ю. А. Александровского и М. М. Решетникова.

Ю. А. Александровский с соавторами (1991) схематически выделяют три периода развития чрезвычайной ситуации, для каждого из которых характерны различные психогенные нарушения:

«Первый (острый) период» характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких. Он продолжается от начала воздействия экстремального фактора до организации спасательных работ (минуты, часы). Мощное экс-

тремальные воздействия затрагивает в этот период в основном витальные инстинкты (например, самосохранения) и приводит к развитию неспецифических, внеличных психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности. В это время преимущественно наблюдаются психогенные реакции психического и непсихотического уровней. В ряде случаев возможно развитие паники.

Во втором периоде, протекающем при развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается “нормальная жизнь в экстремальных условиях”. В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большую роль играют особенности личности пострадавших, а также осознание ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников. Психоэмоциональное напряжение, характерное для начала второго периода, сменяется к его концу, как правило, повышенной утомляемостью и “демобилизацией” с астено-депрессивными или апато-депрессивными проявлениями.

В третьем периоде, начинающемся для пострадавших после их эвакуации в безопасные районы, у многих происходят сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, переоценка собственных переживаний и ощущений, своеобразная “калькуляция” утрат. При этом приобретают актуальность также психогенно травмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа, проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации. Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию относительно стойких психогенных расстройств. Наряду с сохраняющимися неспецифическими невротическими реакциями и состояниями, в этот период начинают преобладать затянувшиеся и развивающиеся патохарактерологические расстройства. Соматогенные психические нарушения при этом могут носить разнообразный подострый характер. В этих случаях наблюдаются как “соматизация” многих невротических расстройств, так и в известной мере противоположные этому процессу “невротизация” и “психопатизация”» (Александровский Ю. А. и др., 1991).

Решетников М. М. и соавт. (2005) описывают 6 последовательных стадий в динамике состояния пострадавших (без тяжелых травм) на основе обобщенных результатов изучения состояния, психических и поведенческих реакций, а также деятельности людей, подвергшихся воздействию экстремальных факторов. Основные данные были получены в процессе исследований, проведенных во время и после войсковых операций, сопровождавшихся значительными потерями в Афганистане (1986), землетрясения в Армении (1988), катастрофы двух пассажирских поездов в результате взрыва газа под Уфой (1989), спасения экипажа подводной лодки «Комсомолец» (1989), а также обследования военнослужащих и спасателей, находящихся на реабилитации после антитеррористических операций, и аналитического изучения материалов других аналогичных ситуаций:

«1. “Стадия витальных реакций” — длительностью от нескольких секунд до 5–15 минут, когда поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни, с характерными сужением сознания, редукцией моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1–2-й степени до 40% поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависят от внезапности воздействия экстремального фактора.

2. “Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации”. Эта стадия, как правило, развивалась вслед за кратковременным состоянием оцепенения, длилась от 3 до 5 часов и характеризовалась общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладало чувство отчаяния, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение на этой стадии подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге. Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций

Исследования проводили совместно докт. психол. наук, проф. М. М. Решетников, канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник Ю. А. Баранов, докт. психол. наук и канд. мед. наук, проф. В. А. Корзунин, докт. филос. наук, проф. А. П. Мухин, докт. пед. наук, проф. Е. Б. Науменко, докт. мед. наук, проф. С. В. Чермянин.

и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. До 30 % обследованных при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение физических сил и работоспособности в 1,5–2 и более раз. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным, с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказывались в состоянии, близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. “*Стадия психофизиологической демобилизации*” — ее длительность до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии (“стресс осознания”) и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерными для этого периода являлись резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации), отдельных панических реакций (нередко иррациональной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетического потенциала), понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней. Одновременно наблюдались выраженные депрессивные тенденции, нарушения функции внимания и памяти (как правило, обследованные вообще не могут сколько-нибудь ясно вспомнить, что они делали в это время, но, естественно, эти пробелы затем “заполняются”). Из жалоб в этот период ведущими являлись тошнота, “тяжесть” в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, тремор конечностей.

4. Последующая динамика состояния и самочувствия пострадавших во многом определяется спецификой воздействия экстремальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за “психофизиологической демобилизацией” (при относительно высокой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие 4-й стадии — “*стадии разрешения*” (от 3 до 12 суток). В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизировались настроение и самочувствие. Однако по результатам объективных данных и включенного наблюдения у абсолютного большинства обследованных сохранялись пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений, нарушения сна и аппетита, а также различные психосоматические реакции (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и гормональной сферы). К концу этого периода у большинства пострадавших появлялось желание “выговориться”, реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагических событий, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты (“отторжение воспоминаний путем их вербализации”), в ряде случаев приносил пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливались сны, отсутствовавшие в предшествующие периоды, в том числе тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавшие

впечатления трагических событий. На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечалось дальнейшее снижение психофизиологических резервов (по типу гиперактивации), прогрессивно нарастали явления переутомления, существенно уменьшались показатели физической и умственной работоспособности.

5. “*Стадия восстановления*” психофизиологического состояния (5-я) начиналась преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, начинала нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые появлялись шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливались сновидения у большинства обследованных. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики и в этой стадии выявлено не было. Клинических форм психопатологии, за исключением транзиторных и ситуационных реакций, в “острый” период (до двух недель) после воздействия экстремальных факторов не наблюдалось. Основными формами транзиторной психопатологии у пострадавших (по ведущему признаку), как правило, являются: астенодепрессивные состояния — 56 %; психогенный ступор — 23 %; общее психомоторное возбуждение — 11 %; выраженный негативизм с явлениями аутизации — 4 %; брегово-галлюцинаторные реакции (преимущественно в просночный период) — 3 %; неадекватность, эйфория — 3 %.

6. В более поздние сроки (через месяц) у 12–22 % пострадавших выявлялись стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивости, брегово-галлюцинаторные состояния и некоторые другие, а признаки астеноневротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем определялись у 75 % пострадавших (“*стадия отставленных реакций*”). Одновременно нарастали внутренняя и внешняя конфликтность, требующая специальных подходов».

7.2. Посттравматическое стрессовое расстройство

Человек на протяжении всей истории своего существования сталкивался и продолжает сталкиваться с многочисленными угрозами жизни: растет количество антропогенных и техногенных катастроф, террористических и криминальных актов, горячих точек на планете и т. п. Соответственно, у обычного жителя планеты возрастает вероятность подвергнуться, помимо обычных, житейских, стрессоров, воздействию стрессоров высокой интенсивности, важнейшей характеристикой которых является непосредственная угроза жизни. В данном параграфе в краткой форме изложены результаты многочисленных научных исследований, которые посвящены изучению психологических последствий сверхэкстремального психотравмирующего воздействия, вызывающего у некоторых людей одно из возможных последствий травматического стресса — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

За последние десятилетия в мировой науке резко увеличилось количество научно-практических исследований на тему травматического и посттравматического стресса, и выделилась самостоятельная междисциплинарная область науки — *психотравматология*. Несмотря на возражения некоторых специалистов против выделения ПТСР в качестве нозологической единицы, количество стран, применяющих в клинической практике диагноз ПТСР, выросло в период с 1998 по 2002 гг. с 7 до 39. Выявленная тенденция роста числа исследований в области ПТСР связана прежде всего с подъемом международной террористической активности.

Введение ПТСР в классификаторы неоднозначно оценивалось разными специалистами в разных странах; вместе с заметным прогрессом исследований в этой области повышается дискуссионность проблем, с ними связанных. Особенно это касается соотношений семантических полей понятий «травматический и посттравматический стресс» и зависимости уровня реакции от интенсивности стрессора (*dose-response model*). Также остро дискутируются вопросы о включении чувства вины в регистр посттравматических симптомов, влиянии мозговых нарушений, эффекте стресс-гормонов, искажений памяти при диагностировании ПТСР, возникшего в результате сексуального насилия в раннем детстве, влиянии социально-политической обстановки в обществе на постановку диагноза ПТСР и т. п.

Большая часть работ по ПТСР посвящена эпидемиологии, этиологии, динамике, диагностике и терапии ПТСР. Основные понятия, которые используют исследователи, работающие в этой области, — это «травма», «травматический стресс», «травматические стрессоры», «травматические ситуации» и «посттравматическое стрессовое расстройство». В зарубежных исследованиях понятия «post-traumatic stress disorder», «traumatic stress», «post-traumatic stress» контекстуально зависимы, а вне эмпирических работ часто используются как синонимы. В отечественных исследованиях и научно-популярных изданиях чаще используются понятия «травматический» и «посттравматический» стресс или просто «стресс».

Описание военной психотравмы принадлежит историку Геродоту, который рассказал об афинском воине Эпизелосе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Свидетели большого пожара в Лондоне, случившегося в XVII веке, рассказывали о нарушениях сна и ночных кошмарах, в которых они заново переживали ужас происшествия. Подобные состояния у солдат (боли в груди, тахикардия, затрудненное дыхание, неприятные сновидения и раздражительность) наблюдались во время Гражданской войны в Америке в 1871 г. и получили название «солдатское сердце».

Анализ и обобщение теоретических подходов к изучению ПТСР и данных эмпирических исследований позволил Н. В. Тарабриной обосновать необходимость выделения термина «посттравматический стресс» (ПТС) как имеющего самостоятельное психологическое содержание, что дает возможность ввести его в научный дискурс психологической науки. *Посттравматический стресс* определен как *симптомокомплекс*, характеристики которого отражают прежде всего нарушение целостности личности в результате психотравмирующего воздействия стрессоров высокой интенсивности. Эмоционально-когнитивные личностные изменения при этом могут достигать такого уровня, при котором в психике человека как субъекта нарушается способность осуществлять интегрирующую функцию. Основой для такого выделения служит критерий наличия в биографии индивида травматического события, связанного с угрозой жизни и сопровождающегося переживанием негативных эмоций интенсивного страха, ужаса или чувства безвыходности (беспомощности), т.е. пережитого травматического стресса, одним из психологических последствий которого и является посттравматический стресс. Базовым дифференциально-диагностическим параметром, характеризующим ПТСР на психологическом уровне, являются *эмоционально-личностные изменения человека*, которые отражают нарушение целостности индивидуальности. Было показано, что только высокий уровень выраженности посттравматического стресса коррелирует с клинической картиной ПТСР и, согласно традиции отечественной клинической психологии, представляет психологическую картину ПТСР (Тарабрина Н. В., 2009).

Однако последствия пребывания человека в травматических ситуациях не ограничиваются развитием острого стрессового расстройства (ОСР) или ПТСР (которому, как правило, коморбидны: депрессия, паническое расстройство и зависимость от психоактивных веществ). Диапазон

Во время Первой мировой войны Ф. Мотт и Э. Соусард (1919) вели обширную документацию неврологических и психологических последствий военной травмы. Они опубликовали описание последствий пережитого солдатами военного стресса, которые выразились в навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также в повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др.

Эмиль Крепелин, блестящий нозолог XIX века, использовал термин «невроз пожара», чтобы обозначить клиническое состояние, включающее нервные и физические феномены, возникающие в результате эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность (Kraepelin E., 1899). В это же время Г. Оппенгейм вводит термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами (Oppenheim H., 1889).

Дж. Эрихсен в 1882 г. в Англии наблюдал реакции после железнодорожной катастрофы и, будучи приверженцем анатомического направления, предположил, что синдром возникает из-за молекулярных изменений в спинном мозге. Не все с ним согласились, предполагая, что, помимо физических повреждений, наличествуют и психологические причины.

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований А. Кардинер назвал это явление хроническим военным неврозом. Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Он считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям (Kardiner A., 1941).

В 1945 г. Р. Гринкер и Дж. Шпигель перечислили симптомы военного невроза: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабление памяти, гиперактивность симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность (Grinker R., Spiegel J., 1945).

клинических проявлений последствий сверхэкстремального воздействия на психику человека, безусловно, шире и выражается широким континиумом разных форм психической дезадаптации.

Острая актуальность исследований проблем посттравматического стресса обусловлена прежде всего высокой социально-экономической значимостью проблемы в современном обществе, а также потребностью в целостном теоретико-методологическом анализе и интеграции различных направлений в области изучения психологических последствий пребывания человека в травматических ситуациях. Особой актуальностью отличается необходимость разработки научно-обоснованной классификации посттравматических *когнитивно-эмоционально-личностных изменений* в психике человека, что особенно важно при выборе мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны и получили у авторов разные названия: «*военная усталость*», «*боевое истощение*», «*военный невроз*», «*посттравматический невроз*». Дискуссия между органическим и психологическим подходами к выделенному разными авторами состоянию продолжалась вплоть до окончания Второй мировой войны, после которой психологическое направление стало преобладающим. В общих чертах выделенные А. Кардинером симптомы сохранились и в последующих исследованиях, хотя представление о характере и механизмах воздействия факторов боевых действий на человека значительно расширилось, особенно в результате изучения проблем, связанных с войной во Вьетнаме. Анализ и обобщение тяжелых клинических и психологических последствий, наблюдавшихся у ветеранов войны во Вьетнаме, послужили обоснованием выделения посттравматического стрессового расстройства (post-traumatic stress disorder — PTSD) в отдельную нозологическую единицу в DSM. В МКБ-10 ПТСР было введено

в 1991 г., с 1999 г. — в отечественную психиатрию, что подвигло отечественных клиницистов и психологов к его изучению, лечению, клинической и психологической диагностике. В отечественную литературу ПТСР вошло в переводе как «стрессовое расстройство», а в МКБ-10 оно обозначено как «стрессорное».

7.2.1. Критерии, методы диагностики и эпидемиология ПТСР

Существует много проблем, связанных с созданием классификаций психиатрических расстройств. Отмечено, что к настоящему моменту усиливаются интегративные тенденции при очередном их пересмотре. В настоящее время готовится пересмотр как МКБ-10, так и DSM-IV.

Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному) исключительно угрожающего или катастрофического характера, способного вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

Г. Какое-либо из двух расстройств:

- 1) психогенная амнезия, либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
- 2) стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или воз-

Обсуждался такой сложный вопрос, как симуляция симптомов травматического невроза. Как показал М. Тримбл в 1985 г., введение закона о компенсации привело к росту инвалидности после железнодорожных катастроф (Trimble M. R., 1985). В 1879 г. был даже предложен специальный термин «компенсационный невроз». Этому вопросу много внимания уделил Х. Миллер (Miller H., 1961), а Дж. Фейрбанк с соавт. даже разработали специальную методику для определения симуляции (Fairbank J. A. et al., 1985).

Р. Кесслер с соавт. изучали выборку мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет и обнаружили, что 8 % имели ПТСР; при этом особенно у незамужних женщин был больший риск подверженности этому расстройству. ПТСР как следствие травматических событий наблюдалось: у мужчин, если они были свидетелями чьего-то тяжелого ранения или убийства или сами подвергались риску быть убитым, а у женщин, если они подвергались сексуальному нападению (Kessler R. et al., 2005).

будимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих: а) затруднение засыпания или сохранения сна; б) раздражительность или вспышки гнева; в) затруднение концентрации внимания; г) повышение уровня бодрствования; д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии **Б**, **В** и **Г** возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно) (МКБ-10, 1995).

Диагностические критерии ПТСР по DSM-IV

А. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

- 1) индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которое включает смерть, угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
- 2) реакция индивида включала интенсивный страх, беспомощность и ужас (у детей реакция может замещаться ажитированным или дезорганизованным поведением).

В. Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

- 1) повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания (у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы);
- 2) повторяющиеся тяжелые сны о событии (у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется);
- 3) действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — *флэшбэк-эффекты*, включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просономном состоянии). У детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение;
- 4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
- 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и *numbing* — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) определяются по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:

- 1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;

- 2) усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- 3) неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
- 4) заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
- 5) чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
- 6) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
- 7) чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

Д. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы) определяются по наличию минимум двух из перечисленных ниже симптомов:

- 1) трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) затруднения с сосредоточением внимания;
- 4) повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
- 5) гипертрофированная реакция испуга.

Е. Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) более чем 1 месяц.

Ф. Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Как видно из описания критерия А, определение травматического события относится к числу первостепенных при диагностике ПТСР.

Н. Бреслау с соавт., изучавшие выборки молодых совершеннолетних людей в возрасте от 21 до 30 лет, обнаружили, что 39 % подвергались в течение жизни хотя бы одному травматическому воздействию из тех, которые описаны в DSM-III-R (Breslau N., 1991). Х. Резник с соавт. изучали национальную выборку взрослых замужних женщин США и показали высокую вероятность развития у них ПТСР. Были выявлены скрытые травматические события (с тяжелым акцентом на сексуальные и физические нападения); 69 % женщин подвергались каким-либо травматическим воздействиям на протяжении жизни, а 12 % респондентов имели на протяжении жизни диагноз ПТСР (Resnick H. S. et al., 1993).

Ф. Норрис установила, что 69 % людей из обследованной ею выборки подвергались минимум одному травматическому воздействию на протяжении жизни, 21 % пережили подобные события за последний год жизни, а у 7 % лиц выявлено ПТСР, что соответствует средней распространенности в популяции. При этом мужчины-афроамериканцы чаще подвергаются травматическим воздействиям, а молодые люди чаще страдают ПТСР (Norris F. H. et al., 2003).

К травматическим событиям непосредственно относятся следующие (но не ограничиваются ими): боевой опыт, насильственные нападения на личность (сексуальное или физическое насилие, ограбление, групповое нападение), пребывание в качестве заложника, террористические нападения, пытки, содержание в концентрационных лагерях, природные и промышленные катастрофы, автомобильные катастрофы, ситуации, когда человеку ставится диагноз неизлечимой, опасной для жизни болезни.

Выделяются два типа травматических событий: 1) краткосрочное, неожиданное; 2) постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора — серийная или пролонгированная травматизация (например, повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия). Вначале травма переживается как тип 1, но по мере того, как травматическое событие повторяется, жертва переживает помимо негативных эмоций, вызванных ситуацией, также страх повторения травмы.

Выделяются разные виды ПТСР: устанавливается диагноз «острый ПТСР», когда продолжительность симптомов менее чем 3 месяца; «хронический ПТСР», когда симптомы длятся 3 месяца или более; «ПТСР с отсроченным началом», когда прошло по крайней мере 6 месяцев между травматическим событием и началом симптомов. ПТСР может развиваться в любом возрасте, включая детский. Обычно симптомы возникают в течение первых 3 месяцев после травмы, хотя начало появления симптомов может быть отсрочено на месяцы или даже годы. Часто нарушение сразу совпадает с критериями острого стрессового расстройства (ОСР), возникающего непосредственно вслед за травмой, симптомы которого имеют место в течение 1 месяца после стрессового события.

Эпидемиология. Распространенность ПТСР в популяции зависит от частоты травматических событий, количество которых растет во всех развитых странах. Можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы и т. п.

В 1990-е годы показатели частоты возникновения ПТСР значительно возросли: если в 1980-х годах они соответствовали 1–2%, то в недавних исследованиях, опубликованных в США, — 7,8%, причем имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5% для мужчин). Было установлено, что 61% мужчин и 51% женщин имели в течение жизни минимум одно травматическое событие. В работе Р. Кесслера с соавт. (табл. 7.2) приведены следующие статистические данные (Kessler R. C. et al., 1995).

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что наличие ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги; депрессия; склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркозависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы. Данные исследований свидетельствуют о том, что у 50–100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два и более.

Таблица 7.2. Частота различных травм и последующего развития ПТСР (без учета половых различий) в репрезентативной американской выборке

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар/стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

Кроме того, для пациентов с ПТСР особой проблемой представляет высокий показатель суицидов или попыток самоубийства.

Результаты широкого обследования населения показали, что доля распространенности ПТСР колеблется в диапазоне от 1 до 14% с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции. Обследование индивидов из группы риска (ветеранов войны во Вьетнаме, пострадавших от землетрясения, криминального насилия и пр.) показало повышение норм распространенности диагноза от 3 до 58%. В нашей стране не проводилось общенационального исследования травмы, однако есть все основания считать, что у нас от ПТСР страдает не меньшая часть населения.

7.2.2. Теоретические модели ПТСР

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию, механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить *психологические, психосоциальные, бихевиоральные и комплексные подходы*.

Психологические модели были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации к нормальной жизни у жертв травмирующих событий. Исследования показали, что существует тесная связь между *способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления состояния ПТС* (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и *успешностью последующей адаптации*.

Основой для разработки *психодинамических моделей* послужило представление о психической травме, начало исследований которой относят к работам Пьера Жанэ. Работая у Шарко в знаменитой клинике Сальпетриер, в 1903 году он обнаружил, что многие психопатологические симптомы пациентов связаны с их вытесненными воспоминаниями о травматических событиях. Возникающие при этом психические состояния зачастую не поддаются интеграции и могут в крайних случаях вести к диссоциативным расстройствам. Первоначальное убеждение Зигмунда Фрейда, который также работал в клинике Шарко, заключалось в том, что сексуальное соблазнение ребенка и, следовательно, сексуальная травматизация лежат в основе любого истерического невроза. Однако в последующем он пришел к другому — «энергетическому» — пониманию психической травмы, причиной которой служит чрезмерной силы стимул или раздражитель, пробивающий «стимульный барьер» или «щит». З. Фрейд предлагал различать случаи, когда травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имевшуюся в наличии невротическую структуру и когда она детерминирует возникновение и содержание симптома. При этом повторение травматических переживаний, вновь возвращающиеся ночные кошмары, расстройство сна и др. можно понять как попытки отреагировать на травму.

В современном психоаналитическом сообществе травма рассматривается как:

- 1) внешнее событие, субъективно воспринимаемое индивидом как травматическое;
- 2) психопатологические последствия травматического события, возникающие немедленно либо отсроченно;
- 3) усиление подверженности будущей травматизации вследствие пережитого травматического события;
- 4) причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия (Sandler J., Dreher A. U., Drews S., 1991).

«Энергетическое» понимание травмы З. Фрейдом некоторые современные исследователи предлагают заменить на «информационное», что позволяет включить как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (Horowitz M., 1986; Lazarus R., 1966). Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. При этом информация под воздействием психологических защитных механизмов навязчивым образом воспроизводится в памяти. Успешность совладания с травмирующим воздействием зависит от оптимального соотношения между фиксацией на травмирующей ситуации и вытеснением ее из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания

(инкапсуляция травмы), безусловно, является наиболее адекватной острому периоду, помогая преодолеть последствия внезапной травмы.

Другой аспект индивидуальных особенностей преодоления ПТСР — когнитивная оценка и переоценка травмирующего опыта — отражен в *когнитивных психотерапевтических моделях*. В основе когнитивных концепций ПТСР лежит когнитивная модель реакции страха, которую описали А. Бек и Г. Эмери в 1985 году. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку степени опасности ситуации и собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией или избежать ее.

В процесс оценивания ситуации страха включается когнитивная схема, воспринимающая только те признаки, которые ей соответствуют, т. е. люди воспринимают лишь то, что ожидают увидеть или услышать. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме, и игнорировать остальную информацию. В итоге работа схемы приводит к определенным моторным реакциям — застыванию на месте, борьбе или бегству.

К *когнитивным моделям* ПТСР также относится концепция психической травмы Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman R., 1998). В ее интерпретации психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности о доброжелательности — враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного Я. Базисные убеждения формируются у ребенка в раннем детстве, обеспечивая его чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем — ощущением собственной неуязвимости и стабильности. Имплицитная концепция окружающего мира и собственного Я у большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает в основном с теми, кто делает что-то не так. Я хороший человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Данная уверенность легко подтверждается тем, что часто из уст жертв травматических ситуаций можно услышать: «Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной».

Согласно Р. Янофф-Бульман, базисные убеждения о доброжелательности и справедливости окружающего мира и значимости собственного Я подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым внешним миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью. Привычные комфортные убеждения рушатся, повергая человека в состояние дезинтеграции. Процесс совладания с травмой состоит в восстановлении базисных убеждений.

Авторы данных концепций травмы считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»). В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира,

а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом — *восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих*, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР.

Психосоциальные модели. Значение социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих, для успешного преодоления ПТСР отражено в моделях А. МакФарлейна (1988) и Е. Вернера (1989), получивших название *психосоциальных* (McFarlane С., 1988; Werner E. E., 1989).

Б. Грин и С. Хобфолл выделили основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: *отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей*. При этом последний фактор влияет на успешность преодоления последствий травматического стресса в наибольшей степени (Green В., 1983; Hobfoll S., 1988).

В ряде отечественных публикаций, связанных с проблемами адаптации возвращающихся домой ветеранов войны в Афганистане, подчеркивалось, насколько ситуации непонимания, отчужденности, неприятия окружающими ветеранов мешают их возвращению к мирной жизни. Выделены следующие стрессоры, связанные с социальным окружением: *ненужность обществу человека с боевым опытом; непопулярность войны и ее участников; взаимное непонимание между теми, кто был на войне, и теми, кто не был; комплекс вины, формируемый обществом*. Столкновение с данными, уже вторичными по отношению к экстремальному военному опыту, стрессорами часто приводили к ухудшению состояния ветеранов войн в Вьетнаме, и Афганистана. Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов — как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае отсутствия поддержки и понимания окружающих людей (Знаков В. В., 1990; Абдурахманов Р. А., 1992).

Бихевиоральные модели. До недавнего времени в качестве основной теоретической бихевиоральной концепции, объясняющей механизм возникновения ПТСР, выступала *двухфакторная теория*. В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип *условно-рефлекторной обусловленности ПТСР*. Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека *безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию*. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить *условно-рефлекторными раздражителями*. Они как бы пробуждают первичную травму и вызывают соответствующую эмоциональную реакцию (страх, гнев) по условно-рефлекторному типу.

Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория *поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома*. Согласно этой концепции,

если воздействие событий, имеющих сходство (явное или по ассоциации) с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет все время стремиться к избеганию такого воздействия, что собственно и лежит в основе психодинамических моделей ПТСР.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно объяснить природу ряда присущих только ПТСР симптомов, в частности относящихся ко второй критериальной группе диагностической методики: постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием. Это симптомы навязчивых воспоминаний о пережитом, сны и ночные кошмары на тему травмы и, наконец, *флэшбэк-эффект*, т. е. внезапное, без видимых причин, воскрешение в памяти с патологической достоверностью и полным ощущением реальности травмирующего события или его эпизодов. В этом случае оказалось практически невозможным установить, какие именно условные стимулы провоцируют проявление этих симптомов, настолько подчас оказывается слабой их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Комплексные интегративные модели. Для объяснения упомянутых проявлений ПТСР Роджер Питмен предложил *теорию патологических ассоциативных эмоциональных сетей*, в основе которой лежит теория Питера Ланга (1979). Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний — «сеть», включает три компонента: 1) *информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления*; 2) *информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции*; 3) *информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования*.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе ПТСР лежит формирование аналогично построенных *патологических ассоциативных структур*. Подтверждение этой гипотезы было получено Р.Питменом, установившим, что включение в схему эксперимента элемента воспроизведения травмирующей ситуации в воображении ведет к значимым различиям между здоровыми и страдающими ПТСР ветеранами вьетнамской войны. У последних наблюдалась интенсивная эмоциональная реакция в процессе переживания в воображении элементов своего боевого опыта, а у здоровых испытуемых такой реакции не отмечалось (Pitman R. K., 1988).

Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития флэшбэк-феномена, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары, и в этом случае поддавались объяснению с трудом. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР должны обладать свойством *самопроизвольной активации*, механизм которой следует искать в *нейрональных структурах мозга и биохимических процессах*, протекающих на этом уровне. Результаты нейрофизиологических и биохимических исследований последних лет стали основой для *биологических моделей* ПТСР. В соответствии с ними патогенетический механизм ПТСР обусловлен нарушением *функций эндокринной системы, вызванным запредельным стрессовым воздействием*.

К **комплексным (интегративным) моделям патогенеза** относятся теоретические разработки, учитывающие и *биологические, и психологические аспекты* раз-

вития ПТСР. Этим условиям наиболее соответствует *нейропсихологическая гипотеза* Л. Колба (Kolb L., 1989), который, обобщив в 1989 году данные психофизиологических и биохимических исследований у ветеранов войны во Вьетнаме, указывает на то, что в результате воздействия чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стимула происходят *изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов*. В первую очередь при этом страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна.

Содержательный анализ вышеизложенных теорий говорит о том, что каждая из них отражает одну из сторон развития и динамики ПТСР и, по сути, они *дополняют* друг друга. А. Мэркер предлагает *этиологическую мультифакторную модель*, с помощью которой он делает попытку объяснить, почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие — нет. Он говорит о том, что можно выделить три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: 1) наличие самого факта травматического события в сочетании с интенсивностью травмы, ее неожиданностью и неконтролируемостью; 2) форма и сила защитных механизмов личности, способность к осмыслению ситуации и наличие социальной поддержки; 3) факторы риска — возраст к моменту травматизации, наличие травматических событий и психических расстройств в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень (Maercker A., 1998).

Таким образом, анализ современных концептуальных моделей, разработанных для изучения ПТСР, показывает, что ни одна из них полностью не объясняет симптоматику ПТСР. Каждая из вышеизложенных теоретических моделей может быть рассмотрена как моделирующее представление о детерминантах развития ПТСР. Очевидно, что создание адекватной теоретической теории ПТСР возможно на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра (Холмогорова А. Б., 2002).

7.2.3. Эмпирические исследования ПТСР

ПТСР у ветеранов боевых действий. В США установлено, что опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности примерно у 25 % воевавших во Вьетнаме солдат. По данным статистики, к началу 1990-х годов около 100 тыс. вьетнамских ветеранов совершили самоубийство, около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов заставили принять необходимые меры по их реабилитации. В рамках государственной программы была создана специальная система исследовательских центров и центров социальной помощи ветеранам Вьетнама («Veteran Affairs Research Service»). Их результаты изложены в ряде монографий, в которых проанализированы теоретические и прикладные вопросы, касающиеся проблем развития у ветеранов комплекса неблагоприятных состояний, имеющих стрессогенную природу, обобщен накопленный опыт по оказанию им психотерапевтической помощи (Card J., 1987; Kulka R. et al., 1988 и др.).

В отечественной психологической науке интенсификация исследований ПТСР вызвана необходимостью оказания психологической и психотерапевтической помощи ветеранам боевых действий в Афганистане и Чеченской республике, а также лицам, работающим в условиях повышенной опасности. Одной из первых работ, посвященной анализу психологических причин непонимания афганских ветеранов в межличностном общении, было исследование В. В. Знакова (1990). За прошедшие два десятилетия отечественными исследователями, как психологами, так и психиатрами, выполнено большое количество посвященных боевому (военному) стрессу работ, в рамках которых изучался ПТСР (Абдурахманов Р. А., 1992; Литвинцев С. В., 1994; Снедков Е. В., 1997 и др.). Н. В. Тарабриной и Р. Питменом (1997) проведено кросскультуральное исследование, посвященное изучению психологических стрессовых состояний у физически здоровых участников войн в Афганистане и Вьетнаме. Основным результатом этой работы было установление сходства психологической картины последствий пережитого во время участия в боевых действиях. Показано, у для большинства тех, кто вернулся из Афганистана, отмечаются хотя бы отдельные симптомы, входящие в критерии ПТСР и свидетельствующие о наличии психологического и эмоционального неблагополучия. При этом у 17 % афганских ветеранов (что согласуется с данными, опубликованными в зарубежной литературе) наблюдается состояние, которое классифицируется как ПТСР. Обследование участников боевых действий в Афганистане подтвердило существование установленной американскими исследователями положительной корреляции между параметрами военных действий (длительностью участия в боевых операциях, получением ранения, смерти и др.) и развитием впоследствии ПТСР у ветеранов вьетнамской войны.

Установлено, что доля ПТСР среди раненых и калек значительно выше (до 42 %), чем среди физически здоровых ветеранов (от 10 до 20 %). Было отмечено, что воздействие боевых стрессоров предсказывает более раннюю смерть независимо от ПТСР: 56 % людей, которые пережили тяжелые боевые действия, умирали или были хронически больны в возрасте до 65 лет (Lee E., Lu F., 1989). Длительные наблюдения, описанные в данном исследовании, говорят о том, что долговременные эффекты травмы могут проявиться в пожилом возрасте, когда возрастает риск соматических заболеваний. В 1981 г. были завершены работы Эгендорфа с соавт., а также Дж. Боуландера с соавт. в 1986 г., посвященные в первом случае сравнительному анализу особенностей адаптационного процесса у вьетнамских ветеранов и их невоевавших ровесников, а во втором — изучению особенностей их отсроченной реакции на стресс.

В. В. Знаков установил, что адекватный психологический портрет ветерана в сознании некоторой части населения подменяется набором негативных социальных стереотипов, которые препятствуют формированию психологических условий взаимопонимания афганцев с их невоевавшими партнерами по общению. По его мнению, главные социально-психологические корни стереотипов состоят в неумении отделить политические аспекты афганской войны от психологических, а также в искажениях представлений о нравственности, произошедшие в последнее время в общественном сознании.

Р.Бланчард сравнивала группу ветеранов с ПТСР с контрольной группой лиц, не принимавших участия в боевых действиях, близких по возрасту. Регистрировались показатели уровня электрокожного сопротивления, АД, ЧСС, температуры кожи и электромиограммы (ЭМГ, лобное отведение) при решении в уме арифметических задач, прослушивании музыки и записей военных звуков. Выявлена тенденция к демонстрации более высокого уровня ЧСС в состоянии покоя в группе испытуемых с ПТСР по сравнению с контрольной. ЧСС и систолическое АД в равной степени возрастали в обеих группах во время арифметического счета в уме. Во время предъявления музыки и военных звуков испытуемые с ПТСР продемонстрировали значимо более выраженный, чем в контрольной группе, рост ЧСС и систолического АД. У испытуемых с ПТСР значительно возростала ЧСС, систолическое кровяное давление и показатели ЭМГ при прослушивании военных звуков (по сравнению с музыкой). У испытуемых в контрольной группе подобных различий не наблюдалось. Кожное сопротивление, диастолическое АД и температура кожи в группах не различались, хотя уровень кожного сопротивления значимо изменялся в процессе эксперимента. В целом по показателю ЧСС можно было правильно определить 91 % ветеранов с PTSD и 100 % контрольных испытуемых (Blanchard E. B. et al., 1991).

Ветераны войны в Афганистане с диагнозом ПТСР наиболее сильно страдают от постоянного навязчивого вторжения в сознание неприятных воспоминаний, связанных с их военным травматическим опытом. Большое значение в структуре ПТСР афганских ветеранов занимает состояние субъективного переживания психологической изолированности, «отделенности» от остальных людей, возникшее у них после возвращения домой. Данный факт можно считать следствием той социальной ситуации, в которой оказались возвратившиеся с войны. В большинстве случаев каждый из них оставался один на один с приобретенным в Афганистане опытом, переживаниями и ощущениями, уникальный травматический характер которых отсутствует у большинства людей в окружающем ветеранов социуме.

Одной из основных проблем, связанных с эмпирическим изучением ПТСР, является высокий уровень субъективной представленности симптоматики расстройства: диагноз ПТСР ставится только на основании самоотчета пациента. Поэтому поиск объективных критериев при диагностике ПТСР явился для исследователей одной из первоочередных задач. Известно, что измерение динамики психофизиологической реактивности организма делает возможным повышение валидности поставленного диагноза благодаря использованию объективной информации о состоянии пациента. Известно также, что стрессовые реакции на травматическую ситуацию тесно связаны с изменениями физиологического статуса и реактивности субъекта травмы. А.Кардинер, когда ввел термин «физионевроз» (Kardiner A., 1941), имел в виду именно роль повышенной физиологической возбудимости в связанных с травмой стрессовых реакциях.

Более современные исследования ПТСР, связанного военной травмой, были посвящены

сравнению физиологической реактивности на различные стимулы, связанные с боевым опытом у ветеранов войны, страдающих ПТСР и другими расстройствами. Исследование Р.Бланчард ясно подтвердило существование физиологической реактивности на связанные с боевой ситуацией стимулы у вьетнамских ветеранов с ПТСР (Blanchard E. B., 1982). Последующее изучение психофизиологической реактивности при ПТСР стало проводиться на основе принципиально нового подхода, разработанного группой Р.Питмена, который в настоящее время является одним из наиболее признанных в этой области исследователем. Он предложил измерять психофизиологическую реактивность на образы, возникающие в воображении испытуемых в ассоциативной связи с воспоминаниями об их собственном прошлом военном травматическом опыте или воспоминания о специально подобранных нейтральных ситуациях (Pitman R. K., 1988).

Методология исследования базировалась на теоретических разработках П. Ланга, предложившего для описания механизма формирования эмоциональных реакций модель ассоциативных сетевых процессов в памяти. В соответствии с данной моделью в случае ПТСР происходит замыкание патологической эмоциональной сети.

Использование психофизиологических методов и в дальнейшем может дать ценную информацию в области феноменологии, диагностики и лечения ПТСР. Эта методология была применена в комплексном исследовании афганских ветеранов, которая проводилась в рамках российско-американского сотрудничества Лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН с Психофизиологической лабораторией Гарвардского университета, руководимой проф. Р.Питменом (США). В ходе исследования впервые получены характеристики индивидуальных особенностей психофизиологической реактивности у ветеранов Афганистана, подвергавшихся воздействию военного травматического стресса. Проведен сравни-

В исследовании Р.Питмена участвовало 18 ветеранов вьетнамской войны, страдающих ПТСР, и 15 психически здоровых ветеранов, которые не различались по возрасту, образованию или тяжелому военному опыту. До исследования для каждого испытуемого готовилось по 5 индивидуальных сюжетов, в основе которых лежали реальные ситуации из их прошлого боевого опыта. Результаты показали, что значимые различия в уровне физиологических показателей (ЧСС, КГР, ЭМГ) между группами были обнаружены только в процессе воображения испытуемыми сцен, связанных с их индивидуальным реальным военным травматическим опытом.

В своих исследованиях «операционального утомления» у летного персонала в период Второй мировой войны Р. Гринкер и Дж. Шпигель установили, что определенная часть тех, кто перенес «операциональное утомление» и вернулся в строй, продолжала страдать от хронической стимуляции симпатической нервной системы. У них отмечались учащенное дыхание, тремор, повышенная утомляемость и раздражительность, плохое качество сна. Эти люди выглядели тяжелобольными, временами все симптомы резко и внезапно усиливались, особенно в ответ на воздействие слабых слуховых или вербальных стимулов (Grinker R., Spiegel J., 1945).

Л. Вейсет обследовал 13 норвежских моряков, которые подвергались пыткам в Ливии в течение 67-дневного заключения. Члены команды переносили оскорбительные насмешки, допросы, пытки, находились в условиях невыносимой жары, отсутствия медицинской помощи, переболели кишечной инфекцией. Один моряк умер, забитый до смерти, перед смертью его привезли на корабль, чтобы показать товарищам. Через 6 месяцев после освобождения состояние 7 человек (53,8 % команды) совпадало с критериями диагностики ПТСР (Weisaeth L., 1989).

тельный анализ как между группами «НОРМА» и «ПТСР», так и между группами испытуемых, различающихся по тяжести проявления посттравматической симптоматики. В результате данного исследования установлено, что наиболее информативным признаком психофизиологической реактивности у лиц, переживших военный травматический стресс, является показатель, отражающий рост электрокожной проводимости в процессе воспроизведения ими в воображении ситуаций, связанных с индивидуальным травматическим опытом. У тех, кто страдает ПТСР, наблюдается значимое увеличение электрической проводимости кожи, а специфические для ПТСР психофизиологические реакции наиболее выражены у тех испытуемых, которых характеризует значительная тяжесть симптоматики ПТСР (выше 60 баллов по шкале CAPS), что согласуется с данными зарубежных исследований (Холмгорова А. Б., 2002).

Поиск психофизиологических коррелятов, релевантных симптоматике ПТСР, относится к числу актуальных и дискуссионных вопросов психофизиологии, и данные, полученные в области изучения ПТСР, вносят свой существенный вклад в их решение. Подробнее последствия боевого стресса рассмотрены ниже, в п. 3.3.

Исследования последствий катастроф систематически начато в период 50–60-х годов XX века. Сформулировав гипотезу о том, что информация, полученная при изучении гражданских катастроф, может быть использована для оценки последствий военных травм, Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и подобные им травматические события. Например, Д. Блош с соавт. взяли интервью у 88 детей, переживших ураган в 1953 году, и ясно продемонстрировали, что травмированные дети, как и взрослые, переживают ночные кошмары, для них характерны избегающее поведение, ре-

акции испуга, раздражительность и повышенная чувствительность к травматическим стимулам. Число работ по исследованиям ПТСР после катастроф немногочисленны. В качестве примера можно привести исследование Б. Грин с соавт. (1992), которые обследовали 120 взрослых жертв наводнения в Буффало Грик. Несмотря на то что опрос проводился через 14 лет после наводнения, 28,3% (34 человека) соответствовали критерию для диагноза актуального ПТСР.

Исследования ПТСР у жертв преступлений и сексуального насилия. Д. Килпатрик с соавт. (Kilpatrick D. G. et al., 1985) оценивали представленность ПТСР, вызванного преступными действиями, в репрезентативной группе женщин из Южной Калифорнии. Обследование 391 женщины показало, что 75% респонденток когда-либо были жертвами преступлений. Из них 53% стали жертвами сексуального насилия, 9,7 — грубого нападения, 5,6 — жертвы ограблений и 45,3% подвергались краже со взломом. Установлено, что из всех жертв преступлений 27,8% соответствовали критерию ПТСР в разные моменты своей жизни, а 7,5% — критериям актуального ПТСР. Наибольший процент ПТСР (57,1%) на разных этапах жизни был обнаружен у жертв изнасилований. При этом 16,5% этих женщин проявляли симптомы актуального ПТСР.

Параллельно работам, в которых изучался ПТСР в военной популяции, исследователи, занимающиеся изнасилованием, выдвинули предположение, что картина симптомов, появляющихся в результате насилия, также подходит для критериев ПТСР (там же). Они установили, что жертвы изнасилований испытывают долговременные психологические проблемы: депрессию, страх, тревожность, психосоматические симптомы, сексуальную неудовлетворенность, навязчивые мысли, усугубляющиеся общей психопатологией.

Были изучены различные аспекты травмы изнасилования в поисках их потенциального влияния на психопатологию. Проверка взаимосвязи четырех факторов психологической

В 1974 г. А. Барджес и Р. Холмстром опубликовали статью на тему «синдром травмы изнасилования», основанную на результатах ряда интервью со 146 жертвами насилия, проведенных за более чем годичный период. Авторы пришли к выводу, что жертвы изнасилования переживают острые и длительные фазы дистресса. Острая фаза характеризуется общей физической и сильной головной болью, расстройствами сна, ночными кошмарами, болями в брюшной и генитальной области, страхом, гневом и чувством вины. Долговременная фаза была связана с касающимися изнасилования ночными кошмарами, мыслями, избегающим поведением (46,6% опрошенных), страхами и сексуальной дисфункцией (Burgess A., Holmstrom R., 1974).

Килпатрик с соавт. (1985) провели сравнительный анализ психопатологических симптомов, возникших в периоды, следующие за изнасилованием. Были обследованы 2 группы: 46 женщин, подвергавшихся изнасилованию, и 35 женщин без такой травмы. Обследование проводилось через 6–10 дней и через 1, 3, 6 месяцев после изнасилования. Анализ результатов показал, что уровень симптоматики жертв изнасилования (через 6–10 дней и через месяц) значительно превосходили данные контрольной группы, в последующем различия были незначимы. Анализ несоответствия по всем вопросам показал, что жертвы изнасилования испытывают значительно более сильный страх стимулов, связанных с изнасилованием (страх незнакомцев, незнакомых помещений, обнаженного человека, страх находиться одному).

Результаты обследования 31 ребенка, которые по крайней мере один раз подвергались сексуальному домогательству («сексуальные прикосновения, сильные или нет, кем-либо, кто на 5 или более лет старше, чем ребенок»), показали, что 15 детей (48,4 %) соответствовали критерию DSM-III-R для ПТСР на время обследования (McLeer S. V. et al., 1988, p. 65). Дополнительное подтверждение ПТСР как диагноза, применимого к жертвам изнасилований, было представлено в 1989 г. исследованием Макмаллана с сотр., (Н. McMullan), в котором ПТСР среди изнасилованных диагностировалось в 28,6 % случаев.

Под руководством Н. В. Тарабриной было предпринято исследование ПТС у больных РМЖ (n = 75). В исследуемой выборке у 65,3 % больных РМЖ присутствовали отдельные признаки ПТС, у 24 % дистресс достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине ПТСР. Число женщин, у которых отмечены признаки ПТС, корреспондирующие с ПТСР, значительно не различались с данными, полученными другими исследованиями онкологических больных, а также с исследованиями распространенности ПТСР среди жертв других травматических событий (Тарабрина Н. В. и др., 2006).

травмы у 326 жертв изнасилования, которые находились под наблюдением Кризисного центра, показала, что имеются два значимых компонента сексуального насилия: 1) «внезапный случай изнасилования» — включает запугивание, которое использует нападающий, сопротивление, которое пытается оказать жертва, и физические травмы; 2) «факторы жертвы» — является сочетанием предшествующих изнасилованию жизненных стрессов и социальной поддержки. В развитии дистресса значительную роль играют предшествующие сексуальные оскорбления — жертвы, которые ранее подвергались сексуальному насилию, были более депрессивны и более тревожны после изнасилования, чем жертвы, у которых раньше не было таких проблем.

Посттравматический стресс у онкологических больных. Задолго до внесения изменений в определение критерия «А» DSM-IV при диагностике ПТСР (травмирующее событие в анамнезе) исследователи фиксировали, что установление диагноза злокачественного новообразования является сильнейшим травматическим стрессором для каждого человека и сопровождается переживанием интенсивных эмоций: страха, чувства беспомощности, оцепенения. Во многих исследованиях показано наличие дистресса и симптомов ПТСР как среди пациентов с различными видами рака (рак молочной железы (РМЖ), трансплантация костного мозга и др.), проходящих лечение (включая детей), так и среди членов их семей.

Американскими учеными были проведены исследования, эмпирически подтверждающие возможность включения онкологических заболеваний в перечень травматических стрессоров, после чего их внесли в список потенциальных стрессоров, способных приводить к развитию ПТСР (Davidson J. et al., 1991; Koopman Ch. et al., 2002; Green B.L. et al., 1998). Установлено, что угрожающие жизни заболевания, в том числе онкологические, отличаются от обычных травматических событий тем, что относятся к *невидимым стрессорам*. Было замечено, что угроза,

связанная с раком, первоначально воспринимается как информация о том, что болезнь существует. Стрессором является понимание того, что эта болезнь может угрожать жизни. Такое воздействие опосредовано процессом когнитивной переработки информации, что зачастую не вызывает непосредственных эмоциональных реакций. В этом смысле диагноз «рак» сходен с воздействием радиационной или токсической угрозы; его влияние определяется рациональным знанием человека об угрозе жизни. Механизм развития ПТСР при действии *невидимого стресса* отличается от аналогичного механизма в случае событийного стресса. Основное различие лежит в плоскости уровней восприятия и интериоризации травматического переживания. Восприятие и оценка возможных неблагоприятных последствий воздействия стрессогенных факторов базируются, с одной стороны, на рациональном знании об их наличии и, с другой — на неосознаваемом или лишь частично осознаваемом эмоциональном переживании страха по поводу влияния этих факторов на жизнь и здоровье человека (Тарабрина Н. В., 2006, 2009). Другое различие состоит в том, что опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека, в отличие от явно воспринимаемых видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее. Онкологическое заболевание представляет для пациентов не только угрозу самой жизни, но и пролонгированную угрозу качеству жизни, поскольку оно становится хроническим. Соответственно, специфические симптомы ПТСР могут не быть воспроизведением актуальных событий, таких как диагностирование рака или воздействие токсичного лечения, но они более ориентированы на будущее.

Кроме того, специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что угроза исходит не из внешней среды, как при других травмах, а изнутри организма — ее нельзя отделить от индивида. Эти факты качественно отличают переживания человека, у которого диагностировали онкологическое заболевание, от людей, перенесших событийный стресс, и обуславливают специфичность механизмов развития посттравматических состояний. При этом некоторые аспекты лечения онкологических заболеваний также могут выступать в качестве событийного стресса (операция, прохождение постоперационной терапии) и являться дополнительным или самостоятельным источником стрессового воздействия.

В 1999 г. был опубликован обзор М. Смита (Smith M. Y. et al., 1999), посвященный анализу исследований ПТСР при заболевании раком. В нем рассматривались эмпирические основания для включения рака в перечень травматических стрессоров. В результате этого анализа было обнаружено 9 опубликованных исследований по ПТСР при раковых заболеваниях. Исследования проводились преимущественно на малых ($n < 100$) выборках взрослых и детей, больных раком, а также родителей больных раком детей. Анализировались различия в типах и стадиях рака, а также в формах лечения. Всего лишь в трех исследованиях использовались валидизированные методики диагностики ПТСР. Основания для постановки диагноза ПТСР были обнаружены у взрослых больных и родителей больных детей во всех исследованиях и у детей во всех исследованиях, за исключением одного. Авторы полагают, что оценка симптоматики ПТСР дает важную клиническую информацию по поводу адаптации больных

раком и членов их семей после прохождения терапии. Подробнее ПТСР у онкологических больных рассмотрен в гл. 5.

Стресс радиационной угрозы и его последствия. Как уже говорилось в предыдущих разделах, к числу травматических относятся события, которые: 1) угрожают жизни человека или могут привести к серьезной физической травме или ранению; 2) связаны с восприятием ужасающих картин смерти и ранений других людей, имеют отношение к насильственной или внезапной смерти близкого человека; 3) связаны с присутствием при насилии над близким человеком или получением информации об этом; 4) связаны с виной данного человека за смерть или тяжелую травму другого человека. В перечень травматических также входят ситуации, в которых человек находится (или находился) под воздействием вредоносных для организма факторов (радиация, отравляющие вещества и т. д.). Отличительной особенностью такого рода травматических ситуаций является то, что человек не воспринимает угрозу такого воздействия непосредственно, с помощью органов чувств (угроза радиационного поражения), хотя он подвергается реальной опасности утратить здоровье или жизнь, что служит основанием для включения подобных ситуаций в перечень травматических.

Вопрос о том, возможно ли развитие ПТСР у людей, перенесших стресс радиационной угрозы, остается до сих пор дискуссионным. В отечественной литературе, относящейся к изучению последствий аварии на ЧАЭС, представлены в основном исследования, касающиеся медико-биологических проблем влияния радиации на организм человека (Смирнов Ю. Н., Пескин А. В., 1992). В значительно меньшей степени исследователи затронули психологические последствия пребывания людей в зоне повышенной радиационной опасности, характер и влияние эмоциональных переживаний на их внутреннее благополучие после возвращения домой. Однако в некоторых работах авторы отмечают, что наблюдаемые ими нервно-психические и психосоматические расстройства нельзя связывать непосредственно и исключительно с воздействием ионизирующей радиации (Коханов В. П., Краснов В. Н., 2008).

В зарубежной литературе работ по этому вопросу также немного. В аналитическом обзоре Х. Винера (Vuner H. M., 1988) показано, что у лиц, подвергшихся радиационному облучению или воздействию других невидимых факторов среды, возникают ощущения неопределенности, проблемы с адаптацией, повышенная бдительность, радиофобии и травматический невроз. ПТСР были описаны у жертв радиационного облучения во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island» (Dew M. S., Bromet E. J., 1993), а также у американских ветеранов Второй мировой войны (их еще называют «атомные ветераны»), которые были свидетелями испытаний ядерного оружия (Horowitz M. J. et al., 1979). Д. Коллинс и А. Карвалахо (Collins D. L., Carvalho A., 1993) показали, что стресс, связанный с предполагаемым фактом ионизирующего радиационного облучения, имеет ту же интенсивность, что и стресс, полученный в результате реально пережитого факта радиационного облучения.

Авария на Чернобыльской АЭС в 1986 г. является самым значительным ядерным инцидентом за всю историю и, может быть, самым значительным источником *невидимой травмы* для ее участников. Согласно данным обследования, проведенного на

базе Московского НИИ диагностики и хирургии и Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, основные клинически значимые нарушения или признаки социальной дезадаптации выявились в течение первых 6 месяцев лишь у 20,9% обследуемых, у остальной части обследованных они проявились гораздо позже. Эти наблюдения позволяют предположить, что психологические последствия у людей, подвергшихся угрозе радиационного поражения, имеют свои особенности, определенные спецификой воздействия пережитого стресса, так как основным стрессогенным фактором в этом случае был информационный. Жертвами Чернобыля, безусловно, стали в первую очередь жители зараженных радиацией регионов (Александровский Ю. А. и др., 1991; Антонов В. П., 1987; Моляко В. А., 1992), угрозе радиационного поражения подвергалась также большая часть (по разным источникам от 100 до 750 тыс. человек) принимавших участие в ликвидационных работах как на самой станции, так и в 30-километровой зоне, так называемых ликвидаторов (Чернобыльский след, 1992; Edwards M., 1994)..

В большинстве случаев участие в ликвидационных работах не было добровольным, ликвидаторы при этом не располагали возможностью получить адекватную информацию о существующей опасности. Как правило, они знали о том, что ситуация, в которой они оказались, была опасна, но не знали, насколько велика эта опасность. В оценке ситуации они полагались на субъективные представления о степени радиационного риска, которому подвергались. Эту роль могли выполнять как объективная информация о степени радиационного поражения, так и дефицит такой информации, что привело к постановке вопроса, насколько велика вероятность того, что относительно «кратковременное» пребывание этой категории лиц в зоне аварии может привести к развитию у части из них психической травмы и ПТСР, т. е. являлся ли сам факт пребывания в Чернобыле травматическим событием.

Обследование ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС показало, что пребывание в ситуации, связанной с возможностью сильного радиационного облучения, с имеющимся и ожидаемым впоследствии ухудшением состояния здоровья, вызвало у значительной части ликвидаторов ПТСР (в соответствии с критериями ДСМЗ-Р). Частота встречаемости ПТСР среди ликвидаторов (19,7% всех обследованных) соответствует частоте возникновения ПТС у жертв других травматических ситуаций (Тарабрина Н. В. и др., 1996).

Обследуемые отмечали, что в ситуациях, напоминающих о прошлом или связанных с их деятельностью на станции, внезапно возникало ощущение возвращения в Чернобыль. Например, у одного из обследуемых флэшбэк-эффект возникал в момент приготовления пищи (в Чернобыле он работал поваром в столовой, находившейся на территории станции). В другом случае обследуемый, занимаясь уборкой мусора во дворе автобазы, временами внезапно чувствовал себя так, словно он снова на станции и засыпает радиоактивный грунт в контейнер. Подобное выпадение из реальности продолжалось приблизительно 1–2 мин. Были случаи, когда флэшбэк-эффект не провоцировался внешними знаками. Обследуемый С., собирая ягоды в лесу, вдруг почувствовал, что находится в Зоне, это ощущение было очень реалистичным, продолжалось несколько минут, появились страх, чувство подавленности, к вечеру возникли сильные головные боли. В других случаях ощущение возвращения в Зону возникало в проночном состоянии, при работе на огороде, строительстве дачи и т. д.

В исследованиях Д. Килпатрик с соавт. (1985) показано, что жертвы сексуального насилия совершают суицид в 8 раз чаще по сравнению с контрольной группой. Обнаружено, что 57 % лиц, побывавших в японском плену во время Второй мировой войны, испытывали суицидальные мысли, а 7 % находившихся в немецком плену пытались совершить суициды (Miller T.W. et al., 1989). М. Сомасандерем (Somasundaram M., 1993) отмечал, что суицидальные мысли встречаются у 38 % из группы (160 ветеранов).

М. Феррада-Ноли обнаружил, что 50 % из выборки 149 беженцев имеют опыт тяжелой травмы (70 % хотя бы один раз подвергались пыткам). У них отмечается суицидальное поведение (суицидальные мысли, попытки или планы). В изученной выборке ПТСР диагностировано в 79 % всех случаев, другие психиатрические заболевания составили 16 %, умственная патология — 5 % случаев. Распространенность суицидального поведения значительно выше среди беженцев с ведущим диагнозом ПТСР, чем среди остальных (Ferrada-Noli M., 1997).

Т. Крамер с соавт. (1994) и М. Феррада-Ноли с соавт. (1996) обнаружили, что среди пациентов с ПТСР у 56 % испытуемых с суицидальным поведением диагностируются как ПТСР, так и депрессия. У пациентов с ПТСР и депрессией наблюдается высокая частота суицидальных мыслей, тогда как у пациентов с ПТСР, но без депрессии — увеличение частоты суицидальных попыток.

Результаты исследования показали, что переживание стресса радиационной угрозы в зоне аварии сопровождалось интенсивными отрицательными эмоциями. При этом уровень осознания травматичности действия угрозы радиационного поражения у большей части ликвидаторов был невысок и опосредован индивидуально-личностными особенностями. В постсобытийный период ликвидаторы подверглись воздействию *информационного стресса*, вызванного волной публикаций в СМИ (не всегда научно обоснованных) о действии радиации на организм человека. Для части ликвидаторов это воздействие стало вторичным стрессом и пусковым механизмом формирования симптомов ПТСР. Для ликвидаторов удаление из зоны радиации не становится гарантом безопасности для жизни. Знание об отсроченном характере воздействия радиации приводит к тому, что ликвидаторы постоянно находятся в *состоянии напряжения, ожидания неприятных последствий для своего здоровья*. В течение прошедших после аварии трех десятков лет они продолжают находиться в состоянии хронического стресса, что не может не отразиться пагубно на их психическом и физическом здоровье.

Многих ликвидаторов беспокоили постоянное возвращение в памяти к обстоятельствам аварии на ЧАЭС и возникающие при этих воспоминаниях тяжелые переживания. При этом наблюдались флэшбэк-эффекты (диссоциативные эпизоды, сопровождающиеся потерей чувства реальности) и постоянно повторяющиеся, навязчивые воспоминания о Чернобыле, возникающие в сознании неожиданно, помимо воли человека, даже тогда, когда ничего извне не напоминает о том периоде. Особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов *физиологической возбудимости, тревоги и депрессии*, а также направленность, *обращенность симптомов ПТСР в будущее*. Исследование, кроме того, показало, что такие симптомы, как *нарушения сна, потеря аппетита, снижение*

сексуального влечения, раздражительность, свидетельствуют об их тяжелом эмоциональном состоянии. Известно, что эмоции вовлечены в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, вследствие чего активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние, которое вкуче с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму и спровоцировать *психосоматические расстройства*.

Суицидальное поведение и ПТСР. Актуальность изучения взаимосвязи между признаками ПТСР и суицидальным поведением обусловлена прежде всего статистикой суицидов среди лиц, подвергшихся травматическому воздействию. С момента окончания боевых действий и по 1990 г. покончили жизнь самоубийством более 50 тыс. ветеранов войны во Вьетнаме. Среди ветеранов, боевой опыт которых был связан с повышенным риском для жизни, наблюдается выраженная тенденция любым способом (в основном — алкоголь и наркотики) уйти от переживаний, связанных с войной (Solursh L. P., 1989). В ретроспективных исследованиях Н. Фарбероу с соавт. обнаружено, что наличие симптомов ПТСР было значительно выше среди вьетнамских ветеранов, совершивших суициды, чем среди ветеранов, погибших в автоткатастрофах (Farberow N. L. et al., 1990). В последующих работах было показано, что участие в экстремальных формах насилия во время сражения может выступать в роли предиктора как суицидальных попыток, так и развития тяжелых форм ПТСР (Hiley-Young B. et al., 1995). Т. Крамер с соавт. отмечали, что у вьетнамских ветеранов с диагнозом ПТСР и депрессией наблюдается рост суицидального поведения по сравнению с пациентами, которые страдают только ПТСР или только депрессией (Kramer T. L. et al., 1994).

Взаимосвязь ПТСР и суицидального поведения обнаружена также и среди гражданского населения. Дж. Лаффри с сотрудниками (1992) изучали жителей Северных островов и показали, что частота суицидальных попыток значительно выше у лиц с признаками ПТСР, чем среди не имеющих таких симптомов. В разных исследованиях отмечается значительная распространенность суицидального поведения и суицидальных попыток среди беженцев. Вынужденное переселение вызывает у части беженцев *чувство вины выжившего*, нарушаются социальные связи, которые зачастую приводят к полной социальной изоляции, у многих усиливается соматическая патология — все это относится к факторам суицидального риска. Подчеркивается, что в Швеции доля суицидов среди эмигрантов и беженцев значительно выше, чем среди тех, кто живет у себя на родине (Ferrada-Noli M., 1996; 1997). Данные исследования, выполненного на этих группах беженцев, выявили наличие четкой ковариации между суицидами и статусом эмигрантов, плохим социально-экономическим состоянием и отсутствием психиатрической помощи. Среди них отмечалась высокая частота аффективных симптомов, что в целом соответствует результатам исследо-

ваний Крамера с соавт. (Kramer T. L. et al., 1994), который обнаружил увеличение числа суицидальных мыслей и поведения среди ветеранов, у которых диагностируются ПТСР и депрессия или дистимия. Он предположил, что интенсивность проявления суицидального поведения связана с уровнем депрессивности. Косвенно эти выводы подтверждают данные о том, что *сопутствующие расстройства*, такие как расстройства настроения, панические или тревожные расстройства (включая ПТСР), связаны с высокой способностью к формированию и восприятию суицидальных идей. При обследовании ливанских беженцев, проживающих в Германии, было обнаружено, что желание совершить суицид или его попытки чаще встречаются среди тех беженцев, которые перенесли пытки.

Другие ведущие симптомы в группе пациентов с ПТСР включают ряд клинических параметров, связанных со склонностью к суицидальному поведению, а именно: болезненное содержание кошмаров, сокращение или пренебрежение социальными контактами, пессимизм по отношению к будущему и возросшая агрессивность. Перечисленные симптомы, сопряженные с показателями суицидов, были определены как *факторы содействия* и обнаружены среди 10 индокитайских беженцев, проявивших суицидальное поведение. Данные симптомы включают: возвращающуюся депрессию, чувство потери, сильное чувство безнадежности или чувство злости.

Коморбидность и факторы риска ПТСР. В многочисленных исследованиях показано, что развившемуся у человека ПТСР, как правило, *сопутствуют* (коморбидны) такие психические расстройства как *депрессия, дистимия, паническое расстройство и зависимость от психоактивных веществ* (см. параграф 7.5). Коморбидность при ПТСР является скорее *правилом, чем исключением*. Данные коллективного исследовательского проекта ПТСР в США показывают, что 91 % ветеранов войны во Вьетнаме с диагнозом ПТСР по сравнению с 41 % группы ветеранов без ПТСР имеют кроме него по крайней мере еще одно психическое заболевание. Аналогичное исследование, проведенное среди населения, т. е. сравнение групп с ПТСР (другой этиологии, чем боевой стресс) и без ПТСР, подтверждает эти данные. Однако *существенным ограничением этих исследований является то, что в них нельзя установить, наличествовали ли эти расстройства до возникновения ПТСР или они существовали у человека еще до момента травматизации*. Но даже если коморбидные расстройства возникли после воздействия травматического события, то они своим возникновением усиливают вероятность развития ПТСР. Прояснить природу и причины психопатологических черт при ПТСР невозможно без решения проблемы причин коморбидности психопатологии.

Эта задача частично решается в исследованиях *влияния генетических факторов на развитие ПТСР*. В 1997 году в масштабном исследовании Р. Питмена и др. изучались монозиготные близнецы, ветераны войны во Вьетнаме. В результате обследования оказалось, что выраженность психопатологических черт у ветеранов-близнецов с ПТСР по крайней мере *в три раза* выше, чем в группе без ПТСР. Близнецы с ПТСР показали и значимо более высокий уровень *депрессивных расстройств, дистимии и панического расстройства*. У них, кроме того, отмечено большее количество пережитых в анамнезе травматических событий, т. е. они изначально имели

более высокий риск возникновения ПТСР. Они также имели более *высокий уровень алкогольной зависимости*. Можно предполагать, что наличие таких психических болезней, как депрессия, дистимия и паническое расстройство, представляет другие аспекты травматизации, приобретаемые индивидами под воздействием травматических ситуаций (Pitman R. J., 1997).

Гипотеза о существовании наследственной предрасположенности к возникновению ПТСР подтверждается, например, исследованиями, в которых показано, что 30 % всех симптомов ПТСР имеют *генетическую* основу и что тяжесть ПТСР выше у того, кто имел близнеца с ПТСР. Причем риск выше для монозиготных, чем для дизиготных близнецов. В исследовании Р. Ехуда получены данные, свидетельствующие о том, что *вероятность развития ПТСР выше у тех людей, чьи родители сами пережили ПТСР* (Yehuda R., 1998). По меньшей мере в четырех исследованиях показано, что у лиц с ПТСР наблюдается снижение размеров *гиппокампа*. Делается попытка объяснить этот феномен, основываясь на результатах исследований, выполненных на животных, в которых говорится о том, что стресс у животных вызывает нарушение мозговых структур. Однако необходимо помнить, что эти данные являются *результатом корреляционных исследований*. Существует как теоретическая, так и эмпирическая поддержка гипотез, что *уменьшенный размер гиппокампа предсказывает травму у лиц с ПТСР*.

Таким образом, есть все основания говорить о том, что среди факторов риска развития ПТСР *биологические и генетические факторы* обладают наибольшим весом, т. е. являются *лучшими предикторами возникновения ПТСР*.

Характеристика психических функций при ПТСР. Описывая воспоминания больных о травматических событиях, Дж. Шарко в 1887 г. назвал их «паразитами разума». Б. ван-дер Колк (1989) в качестве одной из главных психологических характеристик при ПТСР выделяет «драматическое нарушение способности к *интеграции травматического опыта* с другими событиями жизни». Он также пишет о том, что травматические воспоминания существуют в памяти не в виде связанных рассказов, а состоят из интенсивных эмоций и тех соматосенсорных элементов, которые актуализируются, когда страдающий ПТСР находится в возбужденном состоянии или подвержен стимулам или ситуациям, напоминающим ему о травме. В силу того, что травматические воспоминания остаются неинтегрированными в когнитивную схему индивида и практически не подвергаются изменениям с течением времени — что составляет природу психической травмы, — жертвы остаются застывшими в травме как в актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как нечто принадлежащее прошлому (Van der Kolk B. A., Ducey C. P., 1989).

В дальнейшем может происходить связывание первых навязчивых мыслей о травме с реакциями индивида на более широкий спектр стимулов, что укрепляет селективное доминирование травматических сетей памяти. Триггеры, запускающие навязчивые травматические воспоминания, со временем оказываются все более и более тонкими и генерализованными, таким образом, *иррелевантные стимулы* становятся напоминанием о травме. Например, пожарный отказывается носить часы, потому что они напоминают ему об обязанности быстрого реагирования на сигнал

тревоги, или у ветерана войны резко ухудшается настроение при шуме дождя, потому что дождь напоминает ему сезоны муссонов во Вьетнаме. Это контрастирует с более типичными триггерами травматических воспоминаний, которые имеют характерную связь с травматической ситуацией, например, как ситуация насилия для жертвы изнасилования или громкий звук треснувшей головки ассоциируется с выстрелом у ветерана войны.

Телесные реакции индивидов с ПТСР на определенные физические и эмоциональные стимулы происходят в такой форме, будто бы они все еще находятся в условиях серьезной угрозы; они мучаются от *гипербдительности, преувеличенной реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации*. Исследования ясно показали, что люди с ПТСР страдают от *обусловленного возбуждения вегетативной нервной системы на связанные с травмой стимулы*. Феномены физиологической гипервозбудимости представляют собой сложные психологические и физиологические процессы, в которых, как представляется, постоянное *предвосхищение* (антиципация) серьезной угрозы является причиной такого симптома, как, например, *трудности с концентрацией внимания или сужение круга внимания, которое фиксируется на источниках предполагаемой угрозы*.

Одним из последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности. С точки зрения адаптации возбуждение вегетативной нервной системы служит очень важной функции мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально значимой ситуации. Однако у тех людей, которые постоянно находятся в состоянии гипервозбуждения, эта функция утрачивается в значительной степени: легкость, с которой у них запускаются соматические нервные реакции, делает для них невозможным положиться на свои телесные реакции — систему эффективного раннего оповещения о надвигающейся угрозе. Устойчивое иррелевантное продуцирование предупредительных сигналов приводит к тому, что физические ощущения *теряют функцию сигналов эмоциональных состояний* и, как следствие, они уже не могут служить в качестве ориентиров при какой-либо активности или деятельности. Таким образом, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, нормальные физиологические ощущения могут быть наделены новым и угрожающим смыслом. Собственная физиологическая активность становится источником страха индивида.

Люди с ПТСР испытывают определенные трудности и с тем, чтобы провести границу между *релевантными и иррелевантными стимулами*; они не в состоянии игнорировать несущественное и выбрать из контекста то, что является наиболее релевантным, что, в свою очередь, вызывает снижение вовлеченности в повседневную жизнь и усиливает фиксацию на травме. В результате теряется способность *гибкого реагирования на изменяющиеся требования* окружающей среды, что может проявляться в трудностях в учебной и профессиональной деятельности и серьезно их нарушать. Одним из условий успешного социального функционирования человека является его способность к планированию своих действий, мысленному построению жизненного сценария с учетом имеющихся у него жизненных ресурсов. Люди, стра-

дающие ПТСР, по-видимому, утрачивают эту способность, они *испытывают трудности с фантазированием и проигрыванием в воображении различных вариантов*. Исследования иностранных психологов в 1989–1990 годах показали, что когда травмированные люди позволяют себе фантазировать, то у них появляется тревога относительно разрушения воздвигнутых ими барьеров от всего, что может напомнить о травме. Для того чтобы предотвратить это разрушение барьеров, они организуют свою жизнь так, чтобы не чувствовать и не рассматривать умозрительно различные возможности оптимального реагирования в эмоционально заряженных ситуациях. Такой паттерн сдерживания своих мыслей с тем, чтобы не испытать возбуждения, является существенным вкладом в *импульсивное поведение* этих индивидов.

Многие травмированные индивиды, особенно дети, перенесшие травму, склонны *обвинять самих себя* в случившемся с ними. Взятие ответственности на себя в этом случае позволяет компенсировать (или заместить) чувства беспомощности и уязвимости *иллюзией потенциального контроля*. Парадоксально, но установлено, что жертвы сексуального насилия, обвиняющие в случившемся *себя*, имеют лучший прогноз, чем те, кто не принимает на себя ложной ответственности, ибо это позволяет их локусу контроля оставаться интернальным и избежать чувства беспомощности (Психология посттравматического стресса..., 2007).

Компульсивное повторное переживание травматических событий — поведенческий паттерн, который часто наблюдается у людей, перенесших психическую травму, и который не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Проявляется это в том, что *неосознанно* индивид стремится к участию в ситуациях, которые *сходны с начальным травматическим событием в целом или каким-то его аспектом*. Этот феномен наблюдается практически при всех видах травматизации. Например, ветераны становятся наемниками или служат в полиции; женщины, подвергшиеся насилию, вступают в болезненные для них отношения с мужчиной, который с ними плохо обращается; индивиды, перенесшие в детстве ситуацию сексуального соблазна, повзрослев, занимаются проституцией. Понимание этого на первый взгляд парадоксального феномена может помочь прояснить некоторые аспекты девиантного поведения в социальной и интерперсональной сферах. Субъект, демонстрирующий подобные паттерны поведения повторного переживания травмы, может выступать в роли как жертвы, так и агрессора.

Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Многочисленные исследования, проведенные в США, показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию *физического или сексуального насилия*. Также показана высокая достоверная связь между *детским сексуальным насилием и различными формами самодеструкции*, вплоть до *попытки самоубийства*, которые могут возникнуть в уже взрослом возрасте. В литературе описывается феномен *ревиктимизации*: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами (Groth A. N., 1979; Seghorn T. K. et al., 1987).

Преследуемые навязчивыми воспоминаниями и мыслями о травме травмированные индивиды начинают организовывать свою жизнь таким образом, чтобы из-

Дж. Девидсон с соавт. проводил эпидемиологическое обследование 2985 жителей Пьемонта (США) с целью изучения вероятности развития ПТСР. Было выявлено значимое влияние на формирование ПТСР семейной и личной истории: частой смены работы испытуемым, существования в семье психических расстройств, низкого финансового статуса семьи, злоупотребления по отношению к себе в детстве, отделения от семьи в возрасте до 10 лет (Davidson J. et al., 1991).

бежать эмоций, которые провоцируются этими вторжениями. Избегание может принимать много разных форм, таких как *дистанцирование от напоминаний о событии, злоупотребление наркотиками или алкоголем, для того чтобы заглушить осознание дистресса, использование диссоциативных процессов, для того чтобы вывести болезненные переживания из сферы сознания*. Все это ослабляет и нарушает взаимосвязи с другими людьми и, как следствие, приводит к снижению адаптивных возможностей (Kardiner A., 1941).

Семейный и интерперсональный контекст. ПТСР, как и многие другие психические расстройства, вызывает нарушения в социальном функционировании: в семейных, межличностных и профессиональных отношениях. Социальные последствия травматического воздействия, возможно, лучше всего были проиллюстрированы в исследованиях, описывающих выживших жертв концентрационных лагерей (Etinger L., Strom A., 1973). Они имели менее стабильный трудовой стаж, чем контрольная группа, с более частыми сменами работы, места жительства и рода занятий. Они переходили в менее квалифицированные и менее оплачиваемые слои в 25 % случаев, по сравнению с 4 % случаев в контрольной группе. Бывшие заключенные из более низких социально-экономических классов с трудом компенсировали свое подорванное здоровье, в отличие от более профессиональных групп.

Наличие симптомов ПТСР у *одного из членов семьи* оказывает влияние на ее функционирование. Индивиды с ПТСР, страдая от симптомов заболевания, могут также заявлять о болезненном *чувстве вины* по поводу того, что они остались живы, в то время как другие погибли, или по поводу того, что они вынуждены были сделать для того, чтобы выжить. Фобическое избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее, может влиять на межличностные взаимосвязи и вести к супружеским конфликтам, разводу или потере работы. В некоторых случаях

(при стихийных бедствиях, автомобильных катастрофах, убийстве члена семьи) пары или целые семьи переживают одну и ту же травму. В данных ситуациях высока вероятность возникновения нарушений в семейной системе; у наиболее уязвимых членов семьи развивается ПТСР. Поддержка семьи и друзей также играет важную роль в реакциях жертв изнасилования после травмы. При этом наличие понимающей женской и мужской поддержки было обратно пропорционально связано с попытками уединиться после нападения; опосредующая роль социальной поддержки выявлена при различных видах психопатологии.

Необходимо отметить, что для некоторых людей опыт травматического переживания становится источником мотивации к позитивному личностному росту. Известен случай, когда человек, страдавший от навязчивых воспоминаний войны, стал президентом США. Этот человек — Джон Кеннеди. Подобные случаи наименее изучены в области исследования психологических последствий психотравматизации. Гипотетически можно предположить, что определение факторов, способствующих позитивному личностному росту, — одна из важнейших теоретико-эмпирических задач изучения посттравматического стресса. Не менее важным является анализ влияния профессиональной деятельности на посттравматическую адаптацию. Для некоторых лиц работа становится *средством ухода от прошлого*. При этом их карьера может быть очень успешной, однако такой успех, возможно, достигнут за счет их семьи или межличностных связей. Продолжая страдать от навязчивости прошлого и будучи неспособными концентрироваться на настоящем, эти люди становятся психическими калеками, неспособными к самостоятельному существованию. Установлено, что нарушения социального взаимодействия индивида с семьей, друзьями и коллегами чаще обнаруживались у индивидов с ПТСР, нежели у индивидов без ПТСР.

Таким образом, травматическое событие и его последствия оказывают сильное влияние на партнеров и семьи людей, переживших травму, однако *семья, семейная стабильность выступают в качестве мощной социальной поддержки, включающей когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи*.

7.3. Последствия боевого стресса

Основными особенностями современных военных действий являются, во-первых, широкое использование новейших технологий и высокоточного оружия (лазерного, акустического, кинетического, электромагнитного и др.), позволяющих не видеть противника на поле боя, во-вторых, то, что в последние десятилетия боевые действия в жизни многих стран, в том числе и России, носят преимущественно локальный характер (горячие точки) или имеют вид контртеррористических операций, в которые вовлечены не только армейские, но и другие силовые структуры, в частности сотрудники Министерства внутренних дел (МВД). Стоящие перед ними служебно-боевые задачи характеризуются разноплановым психотравмирующим воздействием, что влечет за собой постановку новых исследовательских проблем. К таким про-

блемам относятся психологическое сопровождение военных и сотрудников силовых структур, направляемых в горячие точки на систематической основе, необходимость прогностической оценки состояния их здоровья и работоспособности, проведение реабилитационных мероприятий после воздействия боевого стресса.

Боевой стресс — это комплексное понятие, обуславливающее все варианты изменения функционирования личности в ходе выполнения служебно-боевых задач и включающее в себя следующие **три группы психотравмирующих факторов** (обобщенные результаты многочисленных зарубежных и отечественных исследований причин возникновения психогенных расстройств в зонах военных действий (Съедин С.И., Абурахманов Р.А., 1992; Стрельников А.А., 1998; Соловьев И.В., 2000 и др.)).

1. Специфически-профессиональные

Стрессоры

- 1) *сражения* (у участников боя): угроза жизни, обстрелов, засад, подрывов на минах; массовая гибель, вид трупов и обезображенных тел; применение оружия в условиях визуального контакта, когда видны предсмертные мучения противника;
- 2) *опасной работы* (у водолазов, летчиков, солдат и др., не участвующих в сражении, но находящихся недалеко от линии фронта);
- 3) *изоляции* (на подводных лодках, танках, самолетах и др.);
- 4) *продолжительной работы* (у штабных работников);
- 5) *работы с ранеными и мертвыми* (у медицинского персонала, членов добровольческих отрядов и др.)

2. Ситуационно-психогенные

физические:

- 1) условия горно-пустынной местности в сочетании с жарким климатом;
- 2) перегревание;
- 3) переохлаждение;
- 4) высокая влажность, пыль;
- 5) грохот, рев, гул, акустический удар;
- 6) вибрация, удары воздушной волны, сотрясения, падения;
- 7) плохая видимость (яркий свет, вспышки, темнота, туман);
- 8) загазованность химическими веществами и задымленность;
- 9) направленная энергия от вооружения;
- 10) ионизирующая радиация;
- 11) продолжительные марш-броски с тяжелой амуницией, оружием и др.;

социально-психологические:

- 1) изоляция от семьи, родных и общества;
- 2) ограниченность эмоциональных и интеллектуальных контактов только своей половозрастной группой;

- 3) непопулярность и низкая социальная значимость военных действий в стране, гражданином которой является военнослужащий;
- 4) безуспешность военных действий, большие боевые потери;
- 5) средства информационно-психологического давления противника;
- 6) национальность военнослужащего, этнически близкая национальности граждан в зоне боевых действий;
- 7) сходство вероисповедания с религией одной из сторон вооруженного конфликта;
- 8) чуждая этнокультурная среда;
- 9) враждебность местного населения и активизация криминальных элементов (мародерство, грабежи, бандитизм, терроризм);
- 10) конфликтные отношения в семье, тяжелое материальное и социальное положение участника военных действий;
- 11) низкий уровень социальной поддержки и защищенности комбатантов после их возвращения на Родину.

3. Личностные

Физиологические:

- 1) нарушение физиологического ритма сна и бодрствования (в условиях потенциальной опасности и готовности к активным действиям);
- 2) сенсорная перегрузка или депривация;
- 3) обезвоживание и истощение организма вследствие дефицита питания, витаминов, однообразной пищи;
- 4) плохие гигиенические условия;
- 5) физические перегрузки или недостаточная подвижность (длительное нахождение в одной позе);
- 6) инфекционные заболевания;
- 7) обострение хронических болезней;
- 8) ранение или увечье;
- 9) сексуальная фрустрация;
- 10) зависимости от психоактивных веществ (никотин, кофеин, алкоголь, наркотики);
- 11) осложненная генетическая наследственность (слабый тип высшей нервной деятельности, хронические соматические заболевания и психические расстройства в анамнезе и т. п.);
- 12) ожирение или дефицит роста-веса показателя и др.

Индивидуально-психологические:

когнитивные:

- 1) осознание несправедливости устройства мира;
- 2) осознание того, что противник является более опытным и лучше адаптирован;

- 3) идентификация умершего с собой или другом;
- 4) неопределенность (недостаток, противоречивость информации о боевой задаче, характере действий противника);
- 5) непредсказуемость текущей обстановки и неуверенность в исходе войны;
- 6) необходимость быстрого принятия ответственного решения в условиях дефицита времени и информации;
- 7) отсутствие выбора;
- 8) предшествующие неудачи, травматический опыт;
- 9) работа сверх уровня навыков и др.;

эмоциональные:

- 10) биологический страх (смерти, боли, ранения, увечья);
- 11) дезинтеграционный страх (вид разрушений, пожаров, насильственной смерти);
- 12) социальный страх (показать трусость и потерять уважение);
- 13) моральный страх (потери способности к самозащите, попадания в плен);
- 14) скорбь в связи с потерей сослуживцев, чувство вины;
- 15) злоба и ярость;
- 16) фрустрация, тоска по дому;
- 17) длительное ожидание опасности; «предстартовое напряжение»;
- 18) дефицит позитивных эмоциональных переживаний;
- 19) внутриличностный или межличностный конфликт;
- 20) положение новичка в коллективе, изоляция;
- 21) невозможность уединения и др.

Совокупность длительно действующих психотравмирующих факторов боевого стресса приводит к их суммированию и взаимному потенцированию, вызывает истощение компенсаторных ресурсов организма, расходует адаптационный потенциал личности, снижает устойчивость иммунной системы, приводя к перенапряжению механизмов физиологической и психологической защиты, увеличению показателей соматической и психоневрологической заболеваемости.

Анализ всех психотравмирующих факторов позволяет выделить условные типы служебно-боевой деятельности по особенностям их влияния на личность. Для первого типа деятельности характерна интенсивная, но кратковременная психотравматизация — от нескольких часов до нескольких суток (активные штурмовые действия, проведение спецопераций по ликвидации террористов и др.) в условиях воздействия полимодальных факторов и опасной активности личности вопреки инстинкту самосохранения.

Для второго типа деятельности (несение службы на блокпостах, контрольно-пропускных пунктах горячих точек и т. п.) характерна пролонгированная (от нескольких месяцев до нескольких лет), перманентная психотравматизация различными по интенсивности факторами с учетом периодов изменения оперативной обстановки, ведения переговоров, объявленными мораториями, а также в связи с временным воз-

вращением комбатантов на родину по окончании срока командировки (спустя 3 и 6 месяцев).

Третий, наиболее распространенный тип служебно-боевой деятельности сочетает в себе перечисленные выше с комплексной психотравматизацией ситуационно-психогенные и специфически-профессиональные факторы различной интенсивности в условиях перехода от блокирующих действий войск к проведению спецопераций по ликвидации вооруженных формирований. Комплексная психотравматизация приводит к различным (по выраженности и качеству) последствиям, которые могут носить как острый, так и отсроченный характер или оставаться в виде *комбатантных изменений личности* на всю оставшуюся жизнь.

В целом изменения функционирования личности в условиях боевых действий исследуются в контексте трех проблем: 1) подготовка профессионального контингента к боевой обстановке; 2) изменения личности в условиях военных действий; 3) повторная реадaptация личности к мирным условиям жизни. Необходимо отметить, что в литературе психогенные расстройства комбатантов рассматриваются отдельно от населения, так как профессиональный контингент не имеет права уклониться от угрозы смерти, а гражданские лица на законных основаниях могут покинуть опасный район. В боевой обстановке возникают противоречия между морально-личностными установками и необходимостью убивать; между долгом и желанием выжить. Этим природа психологических изменений у участников боевых действий существенно отличается от жертв техногенных аварий, катастроф и стихийных бедствий.

С позиции *биопсихосоциального подхода*, изменение функционирования личности в условиях военных действий затрагивает биологический, психосоциальный и социокультурный уровни, может протекать как по регрессивному, так и по прогрессивному направлениям и рассматриваться с позиций психологии, патопсихо-

В исследованиях П. Т. Лысикова (2000) выявлено, что критическим сроком пребывания в боевых условиях для военнослужащих по призыву являются 3 месяца, а для военнослужащих по контракту (офицеров, прапорщиков) — 45–50 суток. По данным И. В. Соловьева, критический срок пребывания в условиях пролонгированного воздействия факторов боевой среды составляет 90–100 суток, после чего наблюдаются выраженные явления дезадаптации (Соловьев И. В., 2000).

Ю. Ю. Стрельниковой установлено, что выраженность негативных психологических последствий у сотрудников ОМОН, принимавших участие в вооруженных конфликтах на территории Чеченской Республики, резко увеличивалось при достижении суммарной длительности пребывания в боевых условиях от 200 до 350 суток (Стрельникова Ю. Ю., 2005).

Таблица 7.3. Изменение функционирования человека в условиях боевых действий с точки зрения психической нормы

ИЗМЕНЕНИЯ В ПСИХИКЕ ЧЕЛОВЕКА		
Позитивные	Компенсирюще-защитные (адаптационные)	Непатологические* (пограничные)
Повышение		
1) нервно-психической устойчивости, уравновешенности, самоконтроля и способности к эффективной мобилизации в экстремальных ситуациях; 2) работоспособности, организованности, активности и быстроты реакции; 3) воли, упорства, смелости и решительности, способности к самопожертвованию (героизма); 4) ответственности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества; 5) независимости, рациональности, реалистичности, объективности и проницательности; 6) оптимизма, чувства долга; 7) сообразительности, критичности мышления и восприимчивости к новому решению проблем; 8) физической выносливости, толерантности к трудностям, боли, ранениям	1) осторожности, бдительности, чуткости к опасности; 2) эмоциональной холодности и социальной интроверсии; 3) конформности референтной группе; 4) способности мыслить абстрактно-аналитически на основе минимальной информации и пренебрегая эмоциями; 5) склонности к интеллектуальной трансформации тревоги, уходу от реальности	1) эмоциональной напряженности, тревожности, страха и беспокойства; 2) психомоторных проявлений (возбудимости, импульсивности, ошибочных действий или психического утомления, апатии и пассивности); 3) психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, живота, потливость, тремор, головокружение, тошнота, бессонница и др.); 4) гипотимических и дистимических проявлений; 5) ригидности и индивидуальности
Снижение		
1) уровня эмоционального стресса и непродуктивной напряженности; 2) эгоцентризма и цинизма; 3) числа лиц с застревающим типом акцентуации	1) эмотивности; 2) потребности в отдыхе и комфорте	1) концентрации внимания, скорости и длительности запоминания; 2) уверенности в своих силах, ответственности; 3) зрения, слуха, тактильных ощущений и др.

* Все изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

логии, психопатологии и соматической медицины (терапии, хирургии, неврологии, травматологии и т. д.). Основное внимание зарубежных и отечественных исследователей долгое время уделялось изучению лишь негативного влияния военных действий на психосоматическое здоровье. Однако экстремальность — это объективно-субъек-

тивное явление, поэтому ошибочно считать, что факторы боевого стресса действуют на личность всегда отрицательно, ибо люди, например, с сильным типом высшей нервной деятельности, физически выносливые и психологически подготовленные (воины от рождения) имеют положительную адаптацию к травме, используют опыт ее переживания как источник мотивации личностного роста. Тем не менее в литературе встречаются лишь единичные работы, в которых упоминается о частично позитивном влиянии боевого стресса на отдельных участников вооруженных конфликтов (Лыткин В. М. с соавт., 1999; Стрельникова Ю. Ю., 2005).

С точки зрения *психической нормы* целесообразно выделять: позитивные изменения, компенсирующе-защитные (адаптационные) и непатологические (пограничные) реакции и состояния. В идеале боевой стресс должен приводить к формированию позитивных и адаптивных стрессовых реакций у подготовленного профессионального контингента в условиях эффективного руководства подразделением и адекватных взаимоотношений в коллективе. При этом психологам известно, что чем лучше происходит адаптация индивида к боевым условиям, тем выше риск последующей дезадаптации в мирных условиях. Поэтому довольно трудно разграничить, какие именно реакции психики в условиях боевой обстановки следует считать адаптивными. Эффективное участие в бою предполагает пренебрежение опасностью и нанесение поражения противнику даже в ущерб своему здоровью, однако с точки зрения нормальной психики и вопреки воинскому долгу человек пытается выжить и сохранить субъективный контроль над окружающим миром. Вероятно, поэтому к позитивным изменениям следует относить те приобретенные на войне качества, которые будут полезны и в мирной жизни. Обобщенные результаты исследований (Александровский Ю. А., 2000; Лыткин В. М. с соавт., 1999; Стрельникова Ю. Ю., 2005) изменения функционирования личности в условиях боевых действий с точки зрения *психической нормы* представлены в табл. 7.3.

Для характеристики патопсихологических и психопатологических изменений личности необходимо дать понятие боевой психической травмы. Концепция боевой психической травмы разработана в отечественной военной психиатрии (Литвинцевым С. В., 1994; Снедковым Е. В., 1997) и другими авторами на основе анализа психолого-психиатрических последствий современных локальных войн и вооруженных конфликтов. Е. В. Снедков указывает, что *боевая психическая травма* — это многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм на фоне мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений (Снедков Е. В., 1997). А. Б. Белевитин (2010) считает, что сущность боевой психической травмы состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении и закреплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию.

Патопсихологические изменения, связанные с боевой психической травмой, включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности: острые и отсроченные стрессовые реакции, динамически-ситуативную *комбатантную акцентуацию*, отдельные симптомы ОСР и ПТСР, не достигшие уровня нозологических расстройств, а также девиантное и криминальное стрессовое поведение комбатантов. С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник (2005) установили, что для начального периода боевых действий характерны вегетативно-сосудистые симптомы, эмоциональная лабильность, гиперестезия, тревожная настороженность, депрессивно-апатичное настроение и отдельные симптомы ОСР. Однако длительное пребывание в смертельно-опасных условиях формирует стойкое восприятие обстановки как потенциально враждебной, как готовность к импульсивному и агрессивному реагированию на угрожающие стимулы. При этом снижается ценность человеческой жизни и снимается психологический барьер перед убийством человека, поскольку отсутствует личная ответственность за социальные последствия совершаемых действий. На этом фоне может проявиться регресс поведения с увеличением частоты патохарактерологических реакций. Формирование девиантного и криминального поведения в боевой обстановке обуславливается факторами отягощенной наследственности, неправильным типом семейного воспитания и аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в довоенном периоде.

В. М. Лыткин и соавт. предлагают понимать под динамически-ситуативной комбатантной акцентуацией совокупность приобретенных и ранее существовавших личностно-характерологических особенностей, динамика которых определяется спецификой боевых и мирных условий существования, а проявление — различными вариантами взаимодействия комбатантных и изначально присущих характерологических черт, обуславливающих их различную социальную адаптацию (Лыткин В. М., 1999). Зонай наибольшей уязвимости в структуре комбатантной акцентуации оказывается индивидуальный и личностно перерабатываемый комплекс боевых переживаний, играющий ведущую роль в ее становлении и отражающий особенности вхождения комбатанта в мирную жизнь. А. Б. Белевитин (2010) считает, что комбатантная акцентуация является ситуативным субклиническим вариантом ПТСР, на фоне которого могут происходить дальнейшая психопатизация личности и развитие коморбидных (сопутствующих) психических расстройств. Комбатантные акцентуации подразделяются: 1) в зависимости от темперамента — на *стеннический*, *астенический* и *дистеннический* варианты; 2) по особенностям социальной адаптации — на *конструктивные* (функциональные, адаптивные) и *деструктивные* (дисфункциональные, дезадаптивные) разновидности в зависимости от особенностей взаимодействия социальной и наследственно-конституциональной составляющих.

Патопсихологические изменения функционирования человека в условиях боевых действий

Стрессовые реакции:

- 1) эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического и других типов;

- 2) регресс поведения на фоне реакций аффективно-эксплозивного типа и активно-разрушительных насильственных действий;
- 3) диссоциативная амнезия;
- 4) вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом, флэшбэки;
- 5) затруднение засыпания, устрашающие сновидения с реконструкцией военной обстановки;
- 6) чувство вины по поводу совершенного действия или неделанного;
- 7) «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования;
- 8) ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, отчуждение;
- 9) проблемы доверия с близкими и социальными партнерами;
- 10) деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей;
- 11) комбатантная акцентуация и др.

Девиантное и криминальное стрессовое поведение:

- 1) уродование вражеских трупов;
- 2) пытки, жестокость и убийство военнопленных;
- 3) угроза и убийство своих командиров (*фраггинг*);
- 4) грабеж, насилие, убийство мирных жителей;
- 5) драки с союзниками;
- 6) убийство животных;
- 7) злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (каннабиноиды, опиаты) с преобладанием атактических и гедонистических мотивов;
- 8) снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия;
- 9) беспечность, безответственность, недисциплинированность;
- 10) братание с противником;
- 11) небрежное отношение к своему здоровью (ранению);
- 12) суицидальные попытки;
- 13) злоупотребление вызовами медперсонала, симуляция;
- 14) отказ выполнять приказы, участвовать в боевых операциях;
- 15) членовредительство;
- 16) самовольные отлучки, дезертирство и др.

Психопатологические последствия чаще развиваются у индивидов, недостаточно профессионально и психологически подготовленных, не имеющих боевого опыта, и включают устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней (табл. 7.6). Эмоциональная напряженность сопровождается тревожно-эйфорическим аффективным подъемом, непоследовательными решениями и бесцельной немотивированной деятельностью.

Психогенные реакции и состояния

Непсихотический уровень:

- 1) психогенные патологические реакции: *боевая экзальтация*, острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности целенаправленной деятельности;
- 2) психогенные невротические состояния: стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства — неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности;
- 3) острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство;
- 4) органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, дисциркуляторной энцефалопатии и др.);
- 5) стойкое посттравматическое расстройство личности.

Психотический уровень:

- 1) острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением или двигательной заторможенностью;
- 2) затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы;
- 3) психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ.
- 4) экзогенно-органические психозы;
- 5) декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др.;
- 6) психотический уровень нарушений наблюдается на фоне потери контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния

Следует отметить, что невротические расстройства в боевых условиях носят универсальный характер и не зависят от типа военных действий, поскольку на любой войне неизменным остается ее основной принцип «убей сам или будь убитым». По мнению Е. Джонс (Jones E., 2002), признание данного факта в качестве главной причины формирования невротических расстройств военного времени способствовало выделению боевой психической патологии в отдельную группу психических нарушений.

Перманентно-продолжительный характер воздействия боевых стресс-факторов трансформирует их в психогенные и является причиной развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (подробнее см. в п. 7.2.3.) Боевой стресс, приводящий к формированию ПТСР, по мнению В. Г. Василевского, Г. А. Фастовцова (2005), более полиморфен, длителен и носит кумулятивный характер по сравнению с ПТСР другой этиологии (при катастрофах, стихийных бедствиях и т. д.). Боевые

ПТСР являются более разрушительными как по своим социальным (профессиональным, межличностным, семейным, мировоззренческим), так и психическим (в том числе психосоматическим) последствиям.

Концептуально-модельный подход в исследовании боевого ПТСР, предложенный А. Фонтана, Р. Розенхек (1994), основывался на том, что генез расстройства определяется сочетанием предвоенных травм и факторов риска, социокультуральными условиями и уровнем защищенности ветеранов после возвращения домой. По результатам исследователей, вероятными *факторами риска* развития ПТСР и стойкого посттравматического расстройства личности у комбатантов являются:

- 1) интенсивность, длительность психотравматизации независимо от рассматриваемой войны;
- 2) индивидуальные психологические особенности (в том числе психофизиологический статус, адаптационные возможности, зависящие от генетической наследственности, возраста, пола, уровня образования, интеллекта, травматического опыта, психических расстройств в анамнезе и т. д.);
- 3) наличие диссоциативной реакции на травму в начальном периоде боевых действий;
- 4) степень физической и психологической подготовленности к действиям в боевой обстановке;
- 5) личностно-смысловое отношение к целям и задачам своего участия в боевых действиях: «За что воюем и идем на смерть?»;
- 6) недостаток семейной и дружеской поддержки ветеранов после войны;
- 7) этнические особенности и вероисповедание комбатанта и др.

Е. О. Александров (2001) указывает, что у большинства комбатантов (около 60 %) симптомы ПТСР появились сразу после возвращения на Родину, у 15 % — в течение 2–6 месяцев после возвращения, а у 25 % — через 4,5–5,5 лет.

При сравнении боевых действий в Афганистане и Чечне последние расценивались как более негативные для участников и общества в целом. В работе А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина сказано, что среди ветеранов Афганистана ПТСР выявлялись у 10–15 % комбатантов, частичные симптомы диагностировались еще у 20–30 %, а среди ветеранов Чечни эти показатели были в 1,5–2 раза выше.

По мнению Н. В. Тарабриной и Е. А. Миско (1998), для ветеранов характерен феномен укорочения жизненной перспективы, который встречается тем чаще, чем выражены симптомы ПТСР. При этом наиболее изменен эмоциональный компонент восприятия будущего, поскольку планирование предполагает возможную травму и вызывает чувства одиночества, безнадежности, несчастья. Результатом этого процесса становится реакция избегания не только негативных, но и позитивных чувств («чувственное онемение») (Тарабрина Н. В., 2003).

Е. О. Александров указывает, что уровень инстинктивной агрессии у ветеранов Афганистана почти такой же, как у невоювавших людей, но регулируемость агрессивности у комбатантов на 50 % хуже (Александров Е. О., 2001).

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность личности ПТСР коррелирует с психическими нарушениями, которые присутствовали прежде: невроз тревоги, депрессивный синдром, панические расстройства, агорафобия, социофобия, враждебность, социальное отчуждение, склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркозависимость; психосоматические заболевания. Эти факторы служат пусковым механизмом, «раскручивающим» преморбидно существующий индивидуальный конгломерат биологических и социально-психологических взаимодействий. В. Г. Василевский и Г. А. Фастовцов (2005) считают, что для клинической картины боевого ПТСР специфично наличие максимально или минимально выраженных симптомов, перемещающихся между полюсами невротического и психотического регистра. При этом наблюдаются переходы от эпизодической гипотимии до стойкой депрессии; от навязчивых боевых воспоминаний до мучительных эйдетических эхомнезий; от тревоги до диффузного страха; от настороженности до подозрительности; от сверхценных опасений до параноидной настроенности и т. д.

Симптом «вторгающиеся воспоминания» у комбатантов трансформируется в обсессивно-фобические состояния с навязчивым страхом за безопасность своих близких. А. Б. Белевитин (2010) указывает, что эхомнезии сопровождаются повторным переживанием угрозы жизни, выраженными тревожно-вегетативными проявлениями («при внезапном ярком свете возникает сцена пылающей машины и бегущих из нее горящих, как факелы, людей», «во вспышках салюта видятся сцены ночного боя», «от звука хлопков и петард впадаю в бешенство», «на луч лазерной указки реагирую как на свет прицела») (Медико-психологическая коррекция..., 2010). Симптомы *избегания* обладают амбивалентными чертами. Так, многие комбатанты избегают смотреть фильмы о войне и репортажи из района бо-

евых действий, однако выбирают гражданские профессии, связанные с риском, а также охотно при возникновении такой возможности возвращаются в боевую обстановку, поскольку считают свое боевое прошлое «лучшими годами жизни». Данный феномен, по мнению Н. В. Тарабриной (2001), связан с тем, что индивид неосознанно стремится к участию в ситуациях, сходных с травматическим событием, так как компенсация состояния наступает в условиях, где был выработан механизм долговременной адаптации (Практикум по психологии посттравматического стресса..., 2001). К специфическим особенностям боевых ПТСР также относят *вину выжившего* («за совершенное» или «за то, что остался жив, а товарищи погибли») и нарушения кратковременной памяти.

Перестройка психологических, нейрогуморальных и психофизиологических процессов, направленная на долгосрочное приспособление к экстремальным условиям боевой обстановки, затрагивает не только эмоционально-аффективный уровень психики, но и онтогенетически более поздний — когнитивный уровень, систему мировоззренческих установок, мотиваций, межличностные отношения, т. е. структуру личности.

Различные авторы по-разному называют произошедшее стойкое *посттравматическое расстройство личности*. Е. В. Снедков (1997) предлагает термин «дефензивно-эпилептоидное изменение личности» и рассматривает его в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Составляющими компонентами характерологических деформаций являются настороженно-враждебное восприятие действительности, изменения аффективности с постоянной тревогой и импульсивностью, подозрительность, ранимость, нарушение социальной коммуникации вследствие возникновения агрессивных вспышек, категоричности и полярности суждений. Типичны сочетания гиперчувствительности и беспомощности, тревожности и ригидности, демонстративности и агрессивности, которые, дополняя и усиливая друг друга, делают поведение менее адекватным. Эмоции являются реакцией на когнитивный конфликт, мотивами защитного и совладающего поведения, поэтому агрессия у ветеранов — это один из психологических способов восстановления контроля над окружающим миром. При этом у них встречается гетероагрессия (чрезмерная защита себя и близких, сверхбдительность) и аутоагрессия (*вина выжившего*, усвоенная беспомощность, злоупотребление психоактивными веществами, суицид). Нарушение регуляции эмоций, чувство одиночества и отчуждения, которое возникает, по данным исследователей, в 70–100 % случаев, приводит к конфликтам в семье, моральному и физическому насилию, трудностям в сексуальных отношениях.

Следует отметить, что на этапе личностных изменений происходит также хронизация соматических проявлений. Считается, что в хронические психосоматические заболевания переходят изменения в тех органах и системах, которые наиболее сильно реагировали в момент воздействия психотравмы. Это в первую очередь сердечно-сосудистая, затем дыхательная, пищеварительная и мочеполовая системы. По данным экспертов ВМА, у участников боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в 2–3 раза выше вероятность развития гипертонической болезни, инфаркта мио-

М. Е. Зеленовой и Е. О. Лазебной (2000) установлено, что успешнее преодолевают последствия военной травмы те комбатанты, которые сумели найти цель в жизни, считающие, что человек способен контролировать свои решения и свободно воплощать их в действии.

М. А. Падун и В. А. Агарков (2002) считают, что участие в войне разрушает одно из базовых убеждений личности — «мир безопасен», вместо него формируется другое — «мир опасен и непредсказуем», а собственное Я воспринимается ими как не заслуживающее любви и уважения. При этом нарушается еще одно базовое чувство — привязанность, без которой невозможны любовь и дружба, поскольку на войне нельзя ни к кому привязываться, чтобы не испытать затем боль утраты (Тарабрина Н. В., 2003).

карда, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, половых нарушений, злоупотребления психоактивными веществами и лекарственными препаратами, а также отсроченных эффектов в виде более ранней смертности (до 65 лет). У комбатантов с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы, с симптомами органического поражения головного мозга алкогольная зависимость формируется быстро, агрессия не мотивирована и направлена на окружающих и близких.

Клинические проявления боевого ПТСР тесно переплетаются с социальными, юридическими, психологическими и нравственными аспектами проблемы возвращения комбатантов к мирной жизни. Пережив боевой стресс и адаптировавшись к ситуации «убей или выживи», ветеран по возвращении домой часто оказывается не в состоянии нормально реагировать на обыденные ситуации. Многолетние исследования, с 1970 по 1980 гг., позволили Дж. Ф. Борус (J. F. Borus) выделить три группы комбатантов: 1) успешно преодолевающие (адаптированные); 2) импульсивные социопаты (дезадаптированные); 3) эмоционально нестабильные (дезадаптированные в эмоционально-волевом плане). Личностные изменения у афганцев описаны также П. О. Лабунским (1996), который выделил группы агрессивно-активных комбатантов, использующих для достижения своих целей насилие и агрессию; агрессивно-пассивных (подавляющих агрессию в себе); пассивно-нулевых, решивших забыть прошлое, и активных приспособленцев, достигших высокого общественного положения за счет социальных привилегий. По мнению Н. В. Тарабриной (2003), травматические воспоминания комбатантов практически не подвергаются изменениям с течением времени, поэтому часто они остаются «застывшими» в травме как в актуальном переживании. Таким образом, основанием успешной реадaptации участников военных действий должно являться формирование убеждения в необходимости продолжать

жить в новой реальности с постепенным закреплением таких личностных качеств, как доверие, отзывчивость, милосердие и т. п.

В заключение следует подчеркнуть, что боевые действия не являются фактором, действующим абсолютно негативно. Для большей части участников — это травматический опыт и негативные последствия, которые потребуют в дальнейшем проведения широкого спектра медико-психологических реабилитационных мероприятий. Но для относительно небольшого числа лиц это естественная, нормальная деятельность, позитивный опыт, ведущий к увеличению профессионализма. Следовательно, они могут составить основу формируемых профессиональных подразделений, их необходимо отбирать и в первую очередь направлять в горячие точки.

7.4. Психосоматика в психологии экстремальных и кризисных ситуаций

Одним из последствий патогенного переживания экстремальных состояний или кризисов является психосоматическое заболевание.

Идея смерти или развития тяжелых болезней по причине травматических переживаний, сильных эмоциональных потрясений встречается во всех культурах, начиная с древнейших времен до наших дней. В современном мире психосоматические заболевания получили широкое распространение. Врачи XXI в. подсчитали, что от 38 до 42 % всех пациентов, обращающихся к терапевтам за помощью, страдают психосоматическими заболеваниями (данные ВОЗ) (Ананьев В. А., 2006). По аналогии с инфекционными заболеваниями, захватывавшими население многих стран и представлявшими серьезную угрозу для жизни людей в средние века, в XX в. психосоматические заболевания стали называть болезнями века (Китаев-Смык Л. А., 1983). Таким образом, сам факт наличия психосоматических отношений не вызывает сомнений, однако спорным является вопрос о том, что понимается под психосоматическими расстройствами и каковы причины их возникновения.

7.4.1. Определение психосоматических расстройств

Исторически учение о связи соматических заболеваний и психических феноменов возникло в Новое время в рамках медицины благодаря работам Т. Сиденана. В XIX в. в оборот вводятся понятия, раскрывающие содержание психосоматических отношений: «Психосоматика» (Гейнрот) и «Соматопсихика» (Якоби). При этом под психосоматикой понималось учение о роли внутреннего конфликта в происхождении соматического заболевания, а под соматопсихикой — представление о роли соматических недугов в генезе психических расстройств. Со временем под психосоматическими отношениями стали понимать особую картину мира, определяющую особенности феноменологии любого заболевания. Эти представления соответствуют высказываниям Р. А. Лурия, сделанным в 40-х годах XX в., который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической». При этом имелся в виду тот

факт, что психологические и психосоциальные факторы в большей или меньшей степени вносят свой вклад в развитие любого заболевания, влияя на динамику и исход болезни.

В последнее время отдельные положения концепций психосоматических расстройств рассматриваются с позиций биопсихосоциальной модели болезни Дж.Энгеля. При этом большинство авторов, например А. В. Петровский и М. Г. Ярошевский, под термином «*психосоматические расстройства*» понимают нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психической травмы, специфическими особенностями личности, либо соматическое заболевание, в происхождении или обострении проявлений которого существенную роль играют социально-психологические факторы (Ананьев В. А., 2006).

В настоящее время возможно рассмотрение проблемы психосоматического расстройства в широком и узком смысле. В первом случае речь идет о психосоматическом подходе (учет психосоциальных факторов риска, например эмоционального стресса, в генезе любого заболевания). Во втором случае — о психосоматическом варианте развития заболевания (лечение таких заболеваний невозможно без учета психосоциальных факторов).

Какие заболевания относят к психосоматическим? В группу психосоматических расстройств включают следующие нарушения.

1. *Психосоматические реакции*: сильные переживания, сопровождающиеся соматической симптоматикой (например, учащенное сердцебиение при переживании эмоции страха, ужаса).
2. *Конверсионные (диссоциативные) симптомы*: соматические эквиваленты невротического симптома, в которых в символической форме отражается содержание внутриличностного конфликта человека (например, психогенная слепота, психогенный паралич).
3. *Функциональные синдромы*: разнообразные нарушения функционирования внутренних органов, сопровождающие аффективные переживания. Функциональные синдромы возникают в ответ на переживание человеком психотравмирующих событий, обратимы, сопровождаются вегетативными расстройствами, проявления которых носят волнообразный характер.
4. *Большие классические психосоматические заболевания*: соматические расстройства, которые появляются вследствие воздействия различных психосоциальных факторов при наличии биологической и конституциональной предрасположенности. Традиционно к психосоматическим заболеваниям относят «классическую семерку», выделенную представителями Чикагской школы психоанализа: эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит, гипертиреоидный синдром, бронхиальная астма и ревматоидный артрит (Александр Ф., 2000).

5. *Соматоформные расстройства*, при которых имеющиеся соматические жалобы (их наличие и выраженность) нельзя объяснить объективно регистрируемыми органическими нарушениями.

Психосоматические расстройства включены в различные разделы МКБ-10:

- диссоциативные расстройства движений и ощущений (F.44.4-F.44.7).
- соматоформные расстройства (F.45):
 - F.45.0 соматизированное расстройство;
 - F.45.1 недифференцированное соматоформное расстройство;
 - F.45.2 ипохондрическое расстройство; дисморфофобия (небредовая), F.45.3 соматоформная вегетативная дисфункция;
 - F.45.4 соматоформное болевое расстройство;
 - F.45.9 соматоформное расстройство неуточненное.

В DSM-IV психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое состояние. К таким соматическим расстройствам относятся следующие нарушения: 1) стенокардия, аритмия, коронарный спазм; 2) астма; 3) болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит); 4) головная боль; 5) гипертензия; 6) синдром гипервентиляции; 7) воспалительные заболевания кишечника; 8) болезни эндокринной системы; 9) ожирение; 10) пептическая язва желудка; 11) спазм периферических сосудов; 12) обморок; 13) крапивница.

7.4.2. Причины и механизмы возникновения психосоматических расстройств

В медицине и клинической психологии существуют несколько теоретических подходов, объясняющих происхождение соматических нарушений по психологическим причинам. К ним относятся: теория стресса, психодинамический подход, личностно-типологический подход, когнитивно-поведенческое направление.

Основной теоретической моделью для изучения последствий эмоционально-личностного реагирования в экстремальных и кризисных ситуациях стала теория стресса. Уолтер Кеннон и Ганс Селье положили начало экспериментальным и теоретическим исследованиям стресса. У. Кеннон полагал, что в ситуации угрозы опасности на уровне организма происходит мобилизация сил, необходимая для избегания или борьбы с источником опасности. Такие поведенческие реакции в экстремальных условиях носят адаптивный характер. Г. Селье рассматривал стресс как общий неспецифический (не зависящий от характера раздражителя) адаптационный синдром, возникающий в ответ на любое внешнее воздействие. Динамика реакций адаптации организма в ответ на внешний раздражитель (стрессор) включает три стадии: тревога, резистентность, истощение.

На каждой стадии адаптационного синдрома возникают специфические нейроэндокринные изменения, определяющие особенности общего адаптационного синдрома. Для выраженного адаптационного синдрома характерны следующие изме-

нения на уровне организма: гипертрофия коры надпочечников, уменьшение вилочковой железы и лимфатических желез, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта. В ответ на сильный длительно действующий стрессор возможны изменения в органах и тканях, подавление иммунитета и как результат — развитие соматической патологии.

В современных исследованиях концепция стресса Г.Селье получила уточнение и дальнейшее развитие. В настоящее время стресс рассматривают в контексте системной, многоуровневой модели, включающей биологический, психологический и социальный уровни адаптации человека, выполняющей функции саморегуляции и обеспечивающей успешное взаимодействие человека с окружающей средой, а истощение и срыв адаптационных возможностей связывают с развитием нервно-психических и соматических расстройств. В связи с этим неврозы и психосоматические заболевания часто относят к болезням адаптации. В. И. Гарбузов (1999) полагает, что практически любое нарушение здоровья представляет собой психосоматическую дезадаптацию. В условиях сверхсильных для человека стимулов внешней среды или (и) низкой адаптивности у человека может наблюдаться дезадаптация на психическом и соматическом уровнях. При этом симптомы дезадаптации могут проявляться в форме состояний предболезни или в форме нозологически классифицируемых заболеваний. Некоторые исследователи (Аршавский В. В., Ротенберг В. С., 1976) считают, что в стрессовых ситуациях, превышающих возможности человека, при недостаточности внутренних ресурсов психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги, страха, фиксацию на своих ощущениях.

К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся (Исаев Д. Н., 1996):

- конституциональные особенности организма, в частности эндокринной и нервной систем,
- наличие родовых травм и органических заболеваний, определяющих повышенную уязвимость соматической системы,
- физические травмы,
- особенности психотравмирующих событий, опыт психотравмирующих переживаний,
- личностные особенности,
- фон семейных и других социальных факторов.

В рамках психодинамического направления была поставлена проблема специфичности индивидуальных эмоциональных и физиологических реакций в стрессовых ситуациях.

З. Фрейд стал пионером в развитии психодинамического направления в психосоматике. При этом соматическая патология с позиций психоанализа рассматривалась как результат конфликта различных психических сил. Механизмам бессознательного отводилась центральная роль в осуществлении связи между соматическим симптомом и внутриличностным конфликтом.

3. Фрейд выделял две формы психических расстройств, проявляющихся в соматической сфере.

1. *Конверсионные нарушения.* Конверсионное расстройство — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные, вегетативные эквиваленты. Конверсионные симптомы в символической форме отражают содержание внутриличностного конфликта и встречаются у больных с истерическим неврозом.
2. *Соматические проявления приступов тревоги, не имеющие содержательного наполнения.* Ф. Александер в рамках *теории эмоциональной специфичности* такие эквиваленты тревоги обозначал как *вегетативный невроз*. У каждой личности наряду с предрасположенностью к определенным эмоциональным состояниям есть паттерн вегетативных реакций. Две формы вегетативного невроза — нападения и сохранения — соответствуют двум формам реакций в экстремальных ситуациях — борьбы и бегства, описанным в 1929 г. Уолтером Кенноном. Ф. Александер считал, что факторами риска по развитию психосоматических заболеваний могут быть разнообразные биологические и психосоциальные факторы, включая особенности внутриличностного конфликта, уязвимость соматической системы, а также провоцирующая (экстремальная или кризисная) ситуация.

В рамках личностно-типологического направления изучаются механизмы связи между устойчивыми личностными параметрами и соматическими расстройствами. В качестве промежуточной переменной между типологическими чертами личности и соматическими нарушениями часто изучается неспецифическое эмоциональное состояние напряжения, фрустрации, стресса, а также характеристики стрессоустойчивости, восприимчивости к фрустрирующим воздействиям.

К последним можно отнести алекситимию, враждебность, склонность к негативным переживаниям, дистрессу (личность типа D).

Алекситимия — это комплекс аффективных и когнитивных характеристик, включающих трудности в распознавании и выражении эмоций, трудности в разграничении чувств и телесных ощущений, бедность воображения, ориентированность преимущественно на внешние события. Алекситимия имеет определенные физиологические корреляты и может приводить к застойной нейровегетативной активации в стрессовой ситуации. Таким образом, предположительно алекситимия может являться фактором риска при развитии психосоматической патологии.

У лиц с повышенным уровнем враждебности наблюдаются специфические психофизиологические реакции: выраженные и длительные изменения эндокринных показателей в ответ на воздействие стрессоров. Враждебность чаще всего понимается как комплекс антагонистических отношений к другим людям и проявляется в представлениях о других людях как источнике угрозы негативными эмоциональными реакциями (гнев, раздражение, отвращение, досада), а также в поведенческих особенностях (вербальная, невербальная агрессия, избегание) (Ениколопов С. Н., Садовская А. В., 2000).

В эмпирических исследованиях убедительно продемонстрирована связь между выраженностью характеристик враждебности и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Личность типа D — это личность, подверженная дистрессу, негативным переживаниям. Тип личности D включает, с одной стороны, склонность к переживанию негативных эмоций, пессимистичность, раздражительность, низкую самооценку, с другой — робость, частое переживание подавленности и беспокойства, а также сдержанность в проявлении эмоций и побуждений в межличностном взаимодействии, неуверенность в социальных контактах, субъективный недостаток социальной поддержки. Результаты эмпирических исследований в рамках данной концепции указывают на то, что наличие дистресса повышает риск смертности от ишемической болезни сердца.

В рамках когнитивно-поведенческого направления в психосоматике лежат представления о том, что повышенная подверженность человека стрессу и негативным переживаниям связана с особенностями его центральной нервной системы, поведенческими стереотипами и когнитивными установками. Так, например, авторы кортико-висцеральной теории, рассматривавшие соматический симптом как результат условно-рефлекторной реакции на факторы внешней и внутренней (соматические органы) среды, считали, что соматические расстройства чаще встречаются у личностей с неуравновешенным сильным и слабым типом нервной системы. Американские кардиологи М. Фридмен и Р. Розенман установили связь между определенным поведенческим паттерном: амбициозность, соревновательность, агрессивность, стремление к доминированию, сверхвовлеченность в работу (тип А) и возможность развития ишемической болезни сердца. Когнитивные концепции в качестве факторов, снижающих адаптивные возможности человека в условиях переживания стресса, выделяют когнитивные искажения и неадекватные интерпретации событий (Федоров А. П., 2002).

Современные отечественные исследователи ставят вопрос о психогенезе психосоматических заболеваний. Хроническая патология соматических систем организма не возникает одномоментно, а развивается на протяжении некоторого отрезка жизни человека. При этом происходит накопление травматических переживаний, факторов риска. Если сумма критических факторов достигает критической точки, то развивается болезнь. При этом в развитии соматической патологии участвуют различные факторы: психологические характеристики, особенности высшей нервной деятельности, центральной вегетативной регуляции, показатели телосложения, секреции, реакции отдельных систем на эмоциональные стимулы. Все эти факторы формируют патогенетические психосоматические функциональные системы — *структурные аттракторы болезни*, которые при переживании стресса, в особенности при переживании травматического стресса, активизируются, что и приводит к развитию соматической патологии (Ананьев В. А., 2006).

7.4.3. Феноменология психосоматических нарушений в психологии экстремальных и кризисных ситуаций

Психосоматические нарушения как следствие переживания утраты. Психотравмирующая ситуация переживания горя затрагивает в первую очередь сферу индивидуальных личностных ценностей и квалифицируется в психологической литературе как синдром острого горя (Линдеман Э., 1984) или кризисная ситуация в связи с переживанием горя, утраты (Моховиков А. Н., 2001). Процесс переживания горя может трансформироваться в развитие болезни. Патогенное переживание кризисных состояний, нарушение аутопластической адаптации нередко приводят к психической травме, проявляющейся в форме психосоматических расстройств.

Э. Линдеман впервые описал признаки синдрома острого горя, встречающиеся у лиц, потерявших близких (см. подробнее гл. 9). К проявлениям острого горя относят, наряду с чувством вины, поглощенностью образом умершего, утратой моделей поведения, чувством враждебности к окружающим, признаки физического страдания, проявляющиеся в нарушении функций дыхания, чувстве мышечной слабости, нарушениях сна и аппетита. К патологическим проявлениям процесса горевания Э. Линдеман отнес появление симптомов заболевания, от которых страдал умерший. Нетипичные патологические симптомы переживания утраты включают также появление болезней психосоматического характера, таких как язвенный колит, ревматический артрит, астма, возможны соматоформные расстройства. Исследования синдрома потери современными авторами позволили выделить осложненные формы переживания горя (Моховиков А. Н., 2001). К ним относятся проявления подавленного (маскированного) горя. При этом у горюющего проявления синдрома потери выражены слабо, однако вместо них появляются соматические жалобы, ипохондрические симптомы. Например, приступообразная кластерная головная боль, которая может продолжаться несколько недель и даже месяцев. При этом осознание связи головной боли с утратой отсутствует.

Психосоматические нарушения у лиц с ПТСР. Соматические симптомы могут быть включены в клиническую картину ПТСР у лиц, переживших угрожающие жизни и здоровью ситуации.

В. М. Волошин предлагает клиническую типологию ПТСР, в которой представлен соматоформный тип. Соматоформный тип ПТСР встречается у одного из 5 человек, страдающих ПТСР. Соматоформный тип ПТСР относят к отставленному варианту ПТСР, так как симптомы расстройства возникают у больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события. Клиническая симптоматика характеризуется выраженными соматоформными расстройствами, проявляющимися в кардиологической, гастроэнтерологической и церебральной анатомических областях, а также приступообразными нарушениями деятельности вегетативной нервной системы. Наблюдается ипохондрическая фиксация на телесных ощущениях, тревожное ожидание приступов соматических и вегетативных расстройств. У больных отмечаются сниженное настроение, фобические проявления, часто встречаются избегающее поведение, панические атаки. Симптомы эмоционального оцепенения, симптомы повторного переживания

психотравмирующей ситуации и феномены «флэшбэк», а также симптомы гипервозбуждения встречаются редко (Волошин В. М., 2001).

Итак, одним из последствий патогенного переживания экстремальных состояний или кризисов является психосоматическое расстройство. В группу психосоматических расстройств включают: психосоматические реакции, конверсионные симптомы, функциональные синдромы, большие психосоматические заболевания, соматоформные расстройства. К теоретическим подходам, объясняющим происхождение соматических нарушений по психологическим причинам, относят: теорию стресса, психодинамический подход, личностно-типологический подход, когнитивно-поведенческое направление. Основной теоретической моделью для изучения последствий эмоционально-личностного реагирования в экстремальных и кризисных ситуациях является теория стресса. Стресс рассматривается в контексте системной многоуровневой модели, включающей биологический, психологический и социальный уровни адаптации человека. Адаптация выполняет функцию саморегуляции и обеспечивает успешное взаимодействие человека с окружающей средой. Истощение и срыв адаптационных возможностей связывают с развитием болезней адаптации: неврозов и психосоматических заболеваний. В современных исследованиях ставится вопрос о психогенезе психосоматических заболеваний. Предполагается, что в генезе психосоматических расстройств принимают участие складывающиеся прижизненно патогенетические психосоматические функциональные системы — *структурные аттракторы болезни*, которые при переживании стресса, в особенности травматического, активизируются, что и приводит к появлению соматической патологии.

Соматические симптомы могут являться составляющей синдрома острого горя при переживании человеком утраты, а также быть включены в клиническую картину ПТСР у лиц, переживших угрожающие жизни и здоровью ситуации.

7.5. Зависимости и зависимое (аддиктивное) поведение

Изучением зависимого (аддиктивного) поведения и собственно зависимостей традиционно занимается *наркология*, которая в ряде стран, в том числе и в России, выделилась из психиатрии как отдельная дисциплина в 60–70-х годах XX столетия. Наркология — это наука о медицинских последствиях злоупотребления веществами, вызывающими зависимость. В последние годы зависимость от этих веществ получила название химической. Термин *химическая зависимость* включает в себя все формы зависимости — алкоголизм, наркоманию и токсикоманию. Химическую зависимость могут вызвать различные субстанции: алкоголь, наркотики, ненаркотические лекарственные препараты и другие токсические вещества. Эти субстанции получили название *психоактивных веществ* (ПАВ).

В последние десятилетия в отечественной литературе все чаще используется англоязычный термин «аддиктивное поведение» (*addictive behavior*), которым называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое со-

стояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость. На строгом разграничении аддиктивного поведения как форме девиантного поведения и аддикции как болезни настаивал А. Е. Личко (1983; 1985; 1991). Ц. П. Короленко (1991, 2000) дает более широкую трактовку определения аддиктивного поведения: это «одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций». По существу, в этом определении стираются грани между аддикцией и аддиктивным поведением. Надо сказать, что и на Западе отсутствует единая феноменологическая позиция по отношению к понятию аддикция. Как показали недавние исследования, часть специалистов (преимущественно более старшего возраста) понимают под аддикцией исключительно физическую зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в то время как более молодые специалисты рассматривают аддикцию несколько шире — как компульсивно-зависимое поведение (compulsive-habitual behavior).

А. В. Худяков (2003) выделил 4 критерия аддиктивного поведения (АП): социальный, психологический, физиологический и клинический.

Социальным критерием аддиктивного поведения является такая частота группового употребления психоактивных веществ и возникающих физиологических, психологических и социальных последствий, когда ПАВ становится ведущим способом решения проблем подростка. В возрасте 13 лет и моложе пороговой частотой является прием повторных опьяняющих доз, а для 14-летних и старше — употребление алкоголя чаще одного раза в месяц при неоднократных интоксикационных дозах, а также независимо от возраста — повторное употребление других ПАВ.

К психологическим критериям АП относятся: ослабление мотивов, препятствующих приему ПАВ, с формированием групповых форм употребления и закрепление вариантов психологической защиты в виде отрицания, проекции, генерализации и рационализации. Одновременно заостряются личностные реакции, приводящие к учащению межперсональных и семейных конфликтов и к нарушениям адаптации.

Физиологическим критерием является рост толерантности не менее чем в 2–3 раза с угасанием рвотного рефлекса при закреплении групповых форм злоупотребления ПАВ.

Клиническими критериями АП являются: амнестические расстройства в состоянии алкогольного и токсико-наркологического опьянения; усиление акцентуаций характера с появлением патохарактерологических реакций, эмоционально-поведенческие и аффективные расстройства с колебаниями настроения дисфорически-дистимического характера; усиление интенсивности аффективного компонента в структуре влечения с выраженным влиянием на поведение по доминантному типу (Худяков А. В., 2003).

Американские исследователи предлагают три теории (модели) приобщения подростков к ПАВ. Каждая из этих теорий отражает те или иные факторы, способствующие развитию зависимости.

Согласно *теории проблемного поведения*, неуважение к власти и нравственным устоям приводит к употреблению наркотиков.

Теория «шлюзов»-стадий (gateway theory) рассматривает этапность приобщения к наркотикам: вначале употребляются слабые наркотики — сигареты и алкоголь, затем более сильные — стимуляторы, опиаты, кокаин. Как показывают современные зарубежные исследования, эта теория отражает динамику потребления ПАВ у уже состоявшихся героиновых и кокаиновых наркоманов, но не работает в отношении потребителей так называемых легких наркотиков, например конопли: лишь малая часть из них впоследствии становятся «тяжелыми» наркозависимыми.

В соответствии с *теорией группы сверстников* потребление ПАВ у подростков начинается в своей компании, где основным мотивом потребления ПАВ становится желание не быть хуже других (см. Наркология, 1998).

Вместе с тем в последние годы все больше внимания начинают уделять и другим видам аддикций, когда предметом зависимости становится не ПАВ, а поведенческий паттерн или еда. Так, сегодня принято различать три вида аддикций: 1) химические зависимости — зависимости от психоактивных веществ (ПАВ); 2) нехимические зависимости (гэмблинг, работоголизм и др.) и 3) промежуточные формы зависимости — аддикции к еде (Егоров А. Ю., 2007). Как показывают достаточно многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования, в основе всех вариантов зависимости лежат единые механизмы.

Американский исследователь Р.Браун (1993) сформулировал *шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции*, а английский психолог М. Гриффитс в 1997 году уточнил их:

- особенность, сверщенность (salience);
- изменения настроения (mood changes);
- рост толерантности (tolerance);
- симптомы отмены (withdrawal symptoms);
- конфликт с окружающими и самим собой (conflict);
- рецидив (relapse).

Г. Милкман и С. Сандерверс в 1987 году предложили теоретическую нейрохимическую модель для понимания того, как ПАВ и разные виды поведенческой активности могут вызывать сходный аддиктивный эффект. По их мнению, люди, пытающиеся найти удовлетворение какого-либо своего желания, могут давать три основных типа реакции: возбуждение, пресыщение и усиление пристрастия или поглощенности объектом. Возбуждение сопровождается увеличением выброса в медиаторах допамина и норадреналина, пресыщение — гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), а усиление пристрастия — серотонина. Типы поведения, связанные с частой сменой настроения, могут вызывать подобные реакции ЦНС, как и ПАВ, вызывающие изменение настроения, при этом зачастую типы поведения и ПАВ находятся во взаимодействии. Например, возбуждения можно достигнуть при помощи стимуляторов (таких как кокаин, амфетамин), гэмблинга или рискованного поведения. Все это приводит к увеличению выброса норадреналина и/или допамина в мозге. Алкоголь или

бензодиазепины, чрезмерное потребление пищи или просмотр телевизионных передач помогают снять напряжение, успокоиться. Другими словами, если человек является аддиктом, то фактически аддикция представляет собой набор поступков, типов поведения, которые включают потребление химических веществ или совершение действий, и сами поступки могут вызывать нейрохимические изменения, подобные тем, которые возникают в результате потребления экзогенных веществ.

Итак, какие вещества относятся к ПАВ? Прежде всего, это наркотики или наркотические вещества. Термин «*наркотическое вещество*» включает в себя три взаимосвязанных критерия:

- 1) медицинский;
- 2) социальный;
- 3) юридический.

Медицинский критерий состоит в том, что средство должно оказывать только специфическое действие на ЦНС (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.), которое было бы причиной его немедицинского применения. Иначе говоря, способность вещества вызывать эйфорию — субъективно положительный эффект от действия употребленного вещества.

Социальный критерий заключается в том, что немедицинское употребление средства приобретает масштабы социально значимого явления.

Юридический критерий исходит из предыдущих и требует, чтобы соответствующая инстанция (в России — это Правительство по представлению министра здравоохранения) признала данное средство наркотическим и включила его в перечень наркотических веществ.

Исходя из этого, *наркомании* можно определить как группу заболеваний, которые проявляются патологическим влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических веществ, развитием зависимости от них, а также выраженными медико-социальными по-

Если классическая наркология как медицинская дисциплина продолжает заниматься химическими аддикциями, то исследования всех форм аддиктивного поведения поставили вопрос о междисциплинарной науке — аддиктологии. На Западе термин «аддиктология» используется все чаще, и скорое принятие его в нашей стране также представляется обоснованным. Аддиктология рассматривает феномен зависимости с мультидисциплинарных позиций: медицинских, психологических, нейробиологических и социальных.

следствиями. В отечественной наркологии традиционно принято различать наркомании и *токсикомании*. К наркомании относится пристрастие к веществам, которые, согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденному Минздравом РФ, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребление другими веществами, не отнесенными к наркотическим, обозначается как токсикомания. Таким образом, различия между наркоманиями и токсикоманиями носят юридический, а не медицинский характер. Принципиально, с медицинской точки зрения, *алкоголизм* может рассматриваться как токсикомания, поскольку алкоголь не внесен в список наркотических препаратов, но как химический агент вызывает зависимость. Вместе с тем хронический алкоголизм по традиции рассматривается как отдельный и особый вид химической зависимости.

7.5.1. Факторы риска аддиктивного поведения

В наркологии принято выделять три группы факторов, которые в той или иной степени влияют на возникновение химической зависимости в обществе. Это социальные, психологические и медико-биологические факторы. Следует отметить, что в значительной степени такое деление условно, поскольку эти факторы часто тесно переплетены между собой и находятся в постоянном взаимодействии.

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, можно разделить на две группы — *макросоциальные* и *микросоциальные*. Первая группа — это общество, в котором живет человек, включая его историю, культуральные традиции, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, семье, уровень терпимости к употреблению ПАВ, мода и т. д. Вторая группа — это непосредственное окружение человека, прежде всего семья и люди, с которыми он общается, от которых зависит, друзья и коллеги по учебе и работе и др.

В прошлом считалось, что важнейшим макросоциальным фактором, способствующим распространению химической зависимости, является уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе. Действительно, наиболее широко химическая зависимость распространена среди малообеспеченных слоев. Но оказалось, что и повышение благосостояния жизни общества также способствует алкоголизации и наркотизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков. Стиль жизни, мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного ПАВ. С другой стороны, макросоциальные факторы могут быть и причиной ограничения употребления алкоголя и наркотиков.

Национальные особенности употребления алкоголя и наркотиков также имеют важное значение. При северном типе алкоголизации (Россия, Скандинавия, Ирландия и т. д.) предпочитают водка и пиво, а при южном типе алкоголизации (Италия, Франция, Испания и т. д.) — вино. Недостаточность ряда ферментных систем у некоторых национальных групп может служить предпосылкой быстрого развития алкоголизма в случае начала его употребления (например, у северных народов, амери-

канских индейцев и т. д.). С другой стороны, у некоторых народов использование наркотиков имеет давние традиции и не приводит к наркомании у значительной части населения (марихуана — у народов Средней Азии, кока — у индейцев Латинской Америки). Все это делает необходимым применение в наркологии культурно обоснованного подхода, т. е. учета национальных особенностей и предпочтений в алкоголизации и наркотизации.

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подростки. Проведенные опросы выявили следующие источники информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников.

Массовая культура, как правило, способствует наркотизации. Например, движение хиппи способствовало массовому употреблению марихуаны и галлюциногенов среди молодежи.

Врачи как социальный фактор могут оказывать и положительное (лечение больных с зависимостью, профилактика и ранняя диагностика зависимости), и отрицательное влияние на наркотизацию (неправильная выписка лекарственных средств, которые могут вызвать зависимость).

В последнее время большинство исследователей склоняется к выводу, что именно микросоциальные факторы являются первостепенными в формировании химической зависимости. Ближайшее окружение часто оказывает наиболее сильное влияние на алкоголизацию и наркотизацию. Среди ближайшего окружения следует особенно выделять роль семьи. Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей.

Неполная семья, безотцовщина неоднократно упоминались многими авторами и за рубежом, и в нашей стране как обстоятельство, способствующее делинквентности и злоупотреблению ПАВ. Однако немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому и к другому, выросли в полных, внешне вполне благополучных семьях. Видимо, дело не просто в неполной семье, а в том, что в ней труднее осуществить правильное воспитание. Роль неправильного воспитания в семье считается значимым фактором, способствующим развитию химической зависимости в будущем (Максимова Н. Ю., 2000).

Не меньшее, а может быть даже большее значение имеют семьи «деформированные» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, когда родители все время находятся на грани развода. Постоянные конфликты в семье неминуемо приводят к противоречивому воспитанию, когда каждый из старших в семье гнет свою линию в отношении воспитания ребенка и подростка.

Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу. С этими семьями связаны безнадзорность и жестокое отношение к детям. Такой тип воспитания получил название гипопротекции с эмоциональной холодностью вплоть до эмоционального отвержения (воспитание по типу Золушки). Обстановка дома побуждает подростка искать утешения среди себе подобных в уличных компаниях. Усво-

енные от родителей представления о жизни и ее ценностях (асоциальное поведение, злоупотребление спиртным, принципы типа «у кого сила, тот и прав» и т. п.) подростки переносят в уличную группу, образуя свою асоциальную или криминогенную среду. Дурманящие вещества служат главным способом развлечения в подобных группах.

Не меньшее значение имеет гиперпротекция в воспитании, которая проявляется в двух вариантах. Первый вариант — доминирующая гиперпротекция — проявляется в том, что подростка с детства чрезмерно опекают и контролируют, следят за каждым шагом и все за него решают, подавляют малейшую самостоятельность. Второй — потворствующая гиперпротекция — заключается в том, что ребенка безмерно балуют, спешат удовлетворить малейшее желание, без удержу восхищаются как действительными способностями, так и мнимыми талантами, избавляют от малейших трудностей, от необходимости самому чего-либо добиваться.

Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции вызывает у ребенка гипертрофированную реакцию эмансипации, и повзрослевший подросток вообще выходит из-под контроля родителей, становится неуправляемым либо формирует приспособленческий, конформный тип личности, зависимый от влияния окружающей микросреды либо от лидера, более активного, чем он сам. Асоциальные группы привлекают таких подростков тем, что там они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие давления со стороны родителей. Кроме того, воспитание в условиях высокой моральной ответственности приводит к нервным срывам, формированию комплекса неполноценности при неудачах. У подростка возникает страх перед ситуацией напряженности, испытания, что в дальнейшем может стать толчком к употреблению ПАВ.

Потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу Кумира семьи) приводит к формированию эгоцентризма, завышенной самооценке, непереносимости трудностей и препятствий к удовлетворению желаний. При первых же столкновениях с реальностью они испытывают фрустрацию, которая вызывает социальную дезадаптацию. Это может привести подростка к употреблению ПАВ.

Гипопротекция может сочетаться с хорошим эмоциональным контактом (родители любят своего ребенка, хотя и не занимаются его воспитанием). Такая форма воспитания часто наблюдается в обеспеченных семьях, где родители целиком посвящают себя работе, карьере. В этом случае ребенок растет в ситуации вседозволенности, у него не вырабатывается привычка к организованности, планированию своего поведения. Преобладают импульсы, отсутствие представлений о том, что «хочу» должно быть на втором месте после «надо».

И наконец, альтернирующее воспитание, когда к ребенку предъявляются противоречивые требования, когда в семье отсутствуют устои и традиции, а нормы поведения непостоянны, не менее опасно для формирования личности. Неконгруэнтность, т. е. несоответствие слов родителей интонации и мимике, часто встречается в случаях скрытого эмоционального отвержения ребенка, который глубоко переживает эту ситуацию. Он тонко чувствует фальшь отношений, понимает, что он лишний, что его не любят. Еще более негативные последствия дает неустойчивое эмоциональное отношение со стороны родителей, особенно матери. Имеется в виду

непоследовательность, немотивированность эмоциональных проявлений, когда похвала или упреки зависят от настроения родителей, а не от объективного поведения ребенка. В результате ребенок усваивает, что все (ласка и нежность, раздражительность и строгость) зависит не от его поведения, а от внешних причин, обстоятельств, времени. Это приводит к формированию представления, что изменения своего психического состояния не зависят от собственных усилий. Став взрослым, такой человек, желая поднять свое настроение (если оно не хочет повышаться само собой), использует ПАВ.

Помимо семьи, большое значение имеют друзья, соученики. Если их интересы никак не связаны с употреблением ПАВ, то это является достаточно мощным фактором противодействия аддиктивного поведения. Наоборот, если компания, ближайшие друзья вовлечены в употребление ПАВ, то вероятность последующей алкоголизации и/или наркотизации существенно возрастает. Приблизительно такое же влияние будут оказывать коллеги по работе, трудовой коллектив, куда попадает человек.

В одном из обзоров, посвященных микросоциальным факторам риска злоупотребления ПАВ подростками, В.Д. Москаленко выделяет как факторы риска, так и факторы защиты, препятствующие злоупотреблению (Москаленко В. Д., 2004).

К факторам риска относятся:

- злоупотребление ПАВ родителями и другими родственниками;
- негативные отношения между родителями и детьми;
- плохой контроль родителей за поведением ребенка и его окружением;
- отсутствие руководства со стороны родителей жизнью ребенка;
- развод родителей и их неадаптированность к повторному браку;
- оторванные от реальности ожидания родителей в отношении ребенка;
- малая забота о детях и недостаточная сплоченность семьи;
- плохая успеваемость в школе, предпочтение мнения сверстников мнению родителей;
- проблемы с правоохранительными органами;
- низкий уровень притязаний подростков на будущее.

К факторам защиты относятся:

- воспитание в семье с высокими морально-религиозными принципами;
- правильные социальные установки в семье, отраженные в соответствующих правилах внутрисемейного поведения;
- сплоченность в семье и позитивные взаимоотношения в ней;
- интеллектуально-культурная ориентация жизни в семье;
- эмоциональная близость подростка с матерью и другими членами семьи;
- уважение семейных ценностей, привитые с детства навыки правильного общения с людьми;
- интерес к учебе и хорошая успеваемость.

Психологические факторы риска возникновения зависимости — это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют индивидуальный процесс приобщения к ПАВ. К ним относятся:

- трудности приспособления к окружающей среде;
- конфликт с окружением;
- неудовлетворенность, непонятость окружающими;
- утомление, робость;
- осознание своей неполноценности.

Иными словами — это фрустрация, состояние психического дискомфорта при неудовлетворении тех или иных потребностей. Именно *наличие низкого фрустрационного порога представляется важнейшим психологическим фактором развития психической зависимости.*

Часто молодые люди, употребляющие ПАВ, не могут объяснить причину своей зависимости. Они сводят все к непосредственным субъективным ощущениям, возникающим после приема ПАВ: изменению сознания, эйфории, релаксации. Были установлены три типа личностных мотиваций употребления ПАВ: 1) позитивная («для получения удовольствия»); 2) негативная («защита от тоски»); 3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Тем не менее в условиях отечественных реалий основным мотивом приема ПАВ у подростков является именно утривованная конформность со стремлением любой ценой быть своим в референтной микрогруппе, т. е. нейтральная мотивация приобретает первостепенное значение.

А. Е. Личко (1985) подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют преморбидные особенности личности, точнее, особые типы акцентуации характера.

На примере ранней алкоголизации у подростков можно проследить, как та или иная акцентуация влияет на становление алкогольного варианта аддиктивного поведения. Подростки с акцентуациями неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного и истероидного круга наиболее склонны к выпивкам. Алкоголизация у неустойчивых — это результат их тяготения к легким развлечениям, способность легко попадать под дурное влияние. Побудительный мотив — прийти в веселое настроение. Это перекликается с мнением К. Леонгарда (1989), что общей характерологической особенностью, которая предрасполагает к алкоголизму, является сниженная способность к самоконтролю, тенденция действовать по минутному впечатлению. У неустойчивых чаще встречаются неглубокие степени опьянения. Сходный с неустойчивыми тип алкоголизации отмечается и у гипертимных подростков. У эпилептоидных подростков картина алкоголизации иная: короткая стадия эйфории, затем опьянение по дисфорическому типу — агрессия, аутоагрессия, может быть сексуальное насилие.

Эпилептоиды напиваются до тяжелых степеней опьянения. Для них алкоголизация — это своеобразная разрядка накопившегося напряжения и раздражения. Истероиды и в алкоголизации остаются демонстративными — преувеличивают степень опьянения, с пафосом рассказывают сверстникам о большом количестве спиртного, которое они могут выпить. Иногда изображают алкогольных эстетов — рассказывают сверстникам, что они употребляют только элитные алкогольные напитки, причем определенного сорта.

А.Е.Личко (1983, 1985) подчеркивал, что именно акцентуанты неустойчивого круга наиболее подвержены риску развития аддиктивного поведения в целом, поскольку именно у них наиболее развита реакция группирования со сверстниками. В более поздних исследованиях особенностей акцентуаций характера подростков с аддиктивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типов. Появились исследования, где приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются истероидные акцентуанты, а среди опийных наркоманов — эпилептоидные.

Исследование акцентуаций, проведенное в начале 2000-х годов, показало, что в популяции подростков как с героиновой, так и с алкогольной зависимостью доминируют гипертимные, истероидные и эпилептоидные личности. Число неустойчивых акцентуантов среди подростков с аддиктивным поведением существенно снизилось. Особенности гипертимного, эпилептоидного и истероидного характеров позволяют таким подросткам занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации состоит в том, что именно потенциальные лидеры — наркоманы и алкоголики — будут способствовать вовлечению в аддиктивное поведение остальных подростков (Егоров А. Ю., 2002).

Окончательный ответ на вопрос о наследственной природе алкоголизма дали исследования, где прослеживалась судьба детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в нормальных семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами. Было обнаружено, что у лиц из алкогольных семей риск развития алкоголизма в 3,5 раза выше, чем у их неродных братьев. В других исследованиях изучали судьбу двух групп близнецов из алкогольных семей — однойцевых и двуяйцевых. Оказалось, что если один из однойцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2–2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем бывает у двуяйцевых близнецов (Москаленко В. Д., Ванюков М. М., 1988). Таким образом, влияние генетического фактора на возникновение алкоголизма можно считать доказанным. В целом генетические факторы, вместе взятые, могут объяснить 60 % разнообразия риска расстройств, вызванных алкоголем, а остальные 40 % относятся к социокультуральным и другим жизненным событиям (Schuckit M., Smith T., 2001).

Следует отметить, что по мере развития химической зависимости происходит определенная динамика характерологических особенностей наркомана независимо от преморбидного типа личности. Можно утверждать, что у аддиктов начинают преобладать черты неустойчивого типа акцентуации по А. Е. Личко (1983) — гедонистическая установка, отсутствие глубоких привязанностей, слабоволие, безделье и т. д. Эти черты как бы наслаиваются на другие конституциональные типы, затушевывая их. В результате мы имеем дело со смешанным типом акцентуации.

Медико-биологические факторы в последнее время являются предметом пристального изучения ученых разных специальностей. Так, роль наследственной предрасположенности к химической зависимости в настоящее время не вызывает сомнений. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков по разным данным от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции. Вместе с тем одних наблюдений за этими фактами недостаточно, так как с равными основаниями ответственность за возникновение алкоголизма можно возложить и на средовой фактор — воспитание в атмосфере пьянства.

В отношении генетики наркоманий таких убедительных данных, как в случае с алкоголизмом, не получено. Тем не менее существуют наблюдения о наличии у больных наркоманиями наследственной отягощенности алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. В связи с этим сформировалось мнение, что у детей от больных алкоголизмом и наркоманиями родителей существенно повышен риск развития этих заболеваний. В семьях наркоманов с зависимостью от разных веществ (опиаты, кокаин, каннабис, амфетамины, финциклидин) обнаружено больше сходства, чем различий. Это сходство, по мнению И. П. Анохиной и В. Д. Москаленко (2002), касается прежде всего высоких частот алкоголизма как у родственников, так и у самих наркоманов.

К факторам риска, частично обусловленным генетическими влияниями, можно отнести некоторые индивидуальные характеристики, которые повышают вероятность употребления ПАВ, злоупотребления ими и развития зависимости. Это повышенная импульсивность, стремление к поискам новизны, синдром детской гиперактивности, нарушения поведения в детстве (Москаленко В. Д., 2004; Schuckit M., Smith T., 2001). Этот комплекс назвали *нейро-нальной и поведенческой расторможенностью*.

Существуют и другие медицинские факторы риска при возникновении алкоголизма — наличие нервных и психических заболеваний, при которых имеются органическая неполноценность мозга (например, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия) или расстройства личности (например, психопатии). Эти факторы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и в эмоциональной. В результате пациенты будут искать средство, помогающее

им справиться с подобными нагрузками, и такими средствами зачастую становятся ПАВ.

Крупный специалист в области изучения биологических основ химической зависимости акад. И. П. Анохина (2001) пришла к выводу, что «не может существовать единственного маркера для диагностики предрасположенности к злоупотреблению ПАВ — это всегда комплекс маркеров, причем состав его может варьировать у различных субъектов».

Вместе с тем существует фактор, на наличие которого мы никак не можем повлиять, — это подростковый возраст. Естественные изменения, которые происходят с подростком в пубертате, могут сами по себе являться как мощными факторами риска, так и в некоторой степени факторами защиты от употребления ПАВ. Причем факторы риска подросткового возраста относятся ко всем трем вышеперечисленным группам.

7.5.2. Особенности химических зависимостей на модели алкогольной аддикции

Уже два с лишним десятилетия все специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают рост злоупотребления ПАВ в этой возрастной группе. Особое беспокойство в последнее десятилетие XX века вызвал бурный рост опиоидной наркомании, которая достигла пика на рубеже веков и сохраняет его на высоком уровне в настоящее время. Кроме того, существенно расширился ассортимент потребляемых ПАВ: появились новые для нашей страны синтетические наркотики — галлюциногены, психостимуляторы, кокаин, синтетические опиоиды. Параллельно с этим на рубеже веков страна столкнулась с еще одной новой проблемой — проблемой пивного подросткового алкоголизма. Резко увеличилось число лиц, сочетанно потребляющих два и более ПАВ.

Помимо химической зависимости, в последние годы получили распространение такие виды нехимической зависимости, как гэмблинг и интернет-аддикции. Поскольку эти явления распространяются преимущественно на подростково-молодежные слои населения, проблема зависимости от ПАВ стала общенациональной и привлекает внимание специалистов самых разных областей знания — от врачей и психологов до социологов и юристов.

Алкоголизм

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, принято делить на группы в зависимости от длительности его приема: возникающие после однократных или эпизодических приемов и являющиеся результатом многократных его приемов на протяжении длительного времени, а также в зависимости от отсутствия или наличия психотических расстройств.

Таблица 7.4. Классификация бытового пьянства (по: Бехтель Э. Е., 1986)

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2—3 раза в год), что этим можно пренебречь
Случайно пьющие	Употребляющие в среднем 50–150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Умеренно пьющие	Употребляющие по 100–150 мл водки (максимально до 400 мл) 1–4 раза в месяц
Систематически пьющие	Употребляющие 200–300 мл водки (до 500 мл) 1–2 раза в неделю
Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2–3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

Бытовое пьянство. Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно протяженным во времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями» (F 10.1). Э.Е.Бехтель (1986) предложил классификацию бытового пьянства, где непосредственно к пьянству могут быть отнесены лишь последние варианты (табл. 7.4).

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение). Алкогольное опьянение — симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием алкоголя. Согласно критериям МКБ-10, диагноз острой алкогольной интоксикации может быть поставлен только в тех случаях, когда опьянение не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

Различают три степени опьянения — легкую, среднюю, тяжелую. Для количественной оценки степени алкогольного опьянения эксперты чаще всего оценивают концентрацию алкоголя в крови. У взрослых концентрация 0,5–1,5‰ соответствует легкой, 1,5–2,5‰ — средней, 3–5‰ — тяжелой степени опьянения. При концентрации 5–8‰ алкогольное опьянение является причиной смерти. У подростка летальный исход может наступить и при более низкой концентрации.

Классификация хронического алкоголизма. Три стадии алкоголизма описал И.В.Стрельчук в 1949 году. В первой стадии происходит изменение реакции организма на алкоголь (пропадает рвотный рефлекс, растет толерантность и т. д.). Вторая стадия начинается с формирования синдрома похмелья. В третьей стадии происходит деградация. До нее доживает относительно небольшая группа больных.

В широко распространенной классификации алкоголизма А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой (1971) также выделяются три стадии: начальная (неврастеническая), средняя (наркотическая), исходная (энцефалопатическая). В России до сих пор традиционно используются классификации, связанные с делением заболевания на три стадии.

Клинические проявления алкоголизма складываются из наркоманического синдрома и изменений личности больного. В клинической практике принято различать две разновидности патологического влечения к алкоголю — первичное и вторичное. *Первичное влечение*, или *психическая зависимость*, объединяет два симптома — психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения. *Вторичное влечение*, или *физическая зависимость*, обнаруживается вне возможности переносить абстинентное состояние и проявляется в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов.

Первая стадия алкоголизма характеризуется следующими проявлениями:

- 1) первичное *патологическое влечение к алкоголю*. Тяга к алкоголю проявляется в определенных ситуациях. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями. Прием первой дозы ускоряет употребление последующих до состояния более выраженного опьянения. Внешним признаком этого будет так называемый *симптом опережающего тоста*, употребление спиртного «до дна». Важнейшим признаком психической зависимости является *снижение количественного и ситуационного контроля*, когда больные начинают регулярно пить до состояния выраженного алкогольного опьянения и делают это там, где нельзя (например, в присутствии непосредственного начальства);
- 2) *рост толерантности* к алкоголю определяется тем, что первоначально употребляемая доза не вызывает приятного чувства опьянения и требуется прием большего количества спиртного или переход на более крепкие напитки;
- 3) *амнезии* опьянения проявляются чаще в *форме палимпсестов*. Палимпсесты опьянения проявляются в том, что из памяти выпадают фрагменты определенных событий, имевших место в состоянии опьянения.

Вторая стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех симптомов первой стадии. Кроме того отмечается:

- 1) *появление абстинентного (похмельного) синдрома*;
- 2) *формирование запоев* или *систематического (постоянного) злоупотребления* алкоголем;
- 3) *заострение преморбидных черт личности*. *Патологическое влечение* к алкоголю возникает не только в определенных ситуациях, но и *спонтанно*. Устанавливается *максимальная толерантность* к алкоголю, которая не меняется долгое время (плато толерантности). Происходит *изменение картины опьянения*: уменьшается период эйфории, опьянение чаще протекает по дисфорическому типу. *Алкогольные амнезии* становятся систематическими.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, сомато-неврологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением алкоголизации.

Следует отличать ААС от постинтоксикационного синдрома, который может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием будет отсутствие влечения к алкоголю у неалкоголиков. Более того, вид, запах и даже упоминание об алкоголе будет вызывать у них отвращение вплоть до тошноты и рвоты.

Во второй стадии формируются следующие типы злоупотребления алкоголем:

- 1) *постоянный тип* характеризуется ежедневным или почти ежедневным употреблением спиртного;
- 2) *периодический тип*, или *псевдозапой*, которые характеризуются чередованием периодов ежедневного пьянства с интервалами, когда больной не употребляет спиртного. Псевдозапой отличаются от истинных запоев (см. ниже) тем, что они провоцируются социальными поводами (встреча с друзьями, конец недели, зарплата, праздник, неприятности и т. д.) и обрываются также под влиянием ситуации (кончились, деньги, надо идти на работу, угрожают семейные репрессии и т. д.);
- 3) *перемежающийся (смешанный) тип*, когда на фоне постоянного пьянства отмечаются периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах (сочетание постоянной формы и псевдозапоев).

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности больного, чаще в форме *заострения преморбидных черт*. К этому присоединяются расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости.

Третья стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех проявлений, которые отмечаются во второй, плюс появлением истинных запоев и деградации личности. Патологическое влечение по силе сопоставимо с голодом и жаждой (компульсивный характер влечения). Утрата количественного контроля сопровождается полной утратой ситуационного контроля: прием незначительной дозы алкоголя влечет за собой возникновение неодолимого влечения со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и противозаконно. Прием алкоголя может осуществляться в самых неподходящих местах. Часто употребляются суррогаты алкоголя (технический спирт, одеколоны, лосьоны и т. д.). Одним из важнейших симптомов третьей стадии является *снижение толерантности к алкоголю*.

Отмечается выраженное изменение картины опьянения с преобладанием дисфорического аффекта. В некоторых случаях у части больных опьянение представлено картиной алкогольного оглушения: пациенты вялы, пассивны, на вопросы отвечают с задержкой, способны выполнять только простые действия. Для больных третьей стадии тотальная алкогольная амнезия проявляется при приеме сравнительно небольших доз алкоголя. Для третьей стадии характерны *истинные запои* (прерываются из-за невозможности самого больного продолжать употребление алкоголя). Им предшествует ничем не спровоцированное непреодолимое (компульсивное) влечение. В первый день запоя выпивается максимальное количество. В последующие дни из-за

снижения толерантности доза падает. В конце запоя развивается интолерантность, приводящая к прекращению алкоголизации. Формируются стойкие *изменения личности и деградация со слабоумием*. Соматические последствия при третьей стадии малообратимы (цирроз печени, панкреатит, полиневропатия и т. д.).

Динамика алкоголизма определяется многими факторами: от наследственной предрасположенности, типа личности, наличия нервно-психических заболеваний или другой сопутствующей патологии, пола, возраста до качества и количества употребляемых спиртных напитков. Начиная со второй стадии течение болезни могут осложнить *алкогольные психозы*. К алкогольным психозам относятся психотические состояния экзогенного происхождения с острым, затяжным и хроническим течением. У лиц с хроническим алкоголизмом, по данным ВОЗ, алкогольные психозы возникают менее чем в 10 % случаев либо на высоте абстинентного синдрома, либо на высоте запоя. Клинически выделяют следующие психозы — делирии, галлюцинозы и бредовые психозы и энцефалопатии.

7.5.3. Нехимические аддикции

Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин поведенческие аддикции. Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц. П. Короленко. Он выделил непосредственно нехимические аддикции, к которым относятся азартные игры (гэмблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также промежуточные аддикции, к которым относятся аддикции к еде (переедание и голодание), так как при этой форме задействуются непосредственно биохимические механизмы. Кроме вышеперечисленных в настоящее время описано значительное количество других нехимических аддикций: многообразные компьютерные зависимости или интернет-зависимости, аддикция упражнений (спортивная), духовный поиск, «состояние перманентной войны», синдром Тоада или зависимость от «веселого автотождения» (*joyriding dependence*) (Короленко Ц. П., 1978).

Проблема типологии нехимических зависимостей и выделения отдельных самостоятельных форм сегодня остается достаточно актуальной, поскольку разные исследователи исходят из разного понимания аддиктивного поведения как психопатологического феномена. Отдавая должное другим классификациям в соответствии с нашими представлениями о сущности аддикции, мы предлагаем следующую рабочую классификацию нехимических форм зависимого поведения (Егоров А. Ю., 2007; 2016).

1. Патологическое влечение к азартным играм (гэмблинг).
2. Эротические аддикции:
 - а) любовные аддикции;
 - б) сексуальные аддикции.

3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - а) работоголизм;
 - б) спортивные аддикции (аддикция упражнений);
 - в) аддикция отношений;
 - г) аддикция к трате денег (покупкам);
 - д) религиозная аддикция.
4. Технологические аддикции:
 - а) интернет-аддикции;
 - б) аддикция к мобильным телефонам;
 - в) другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и другие гаджет-аддикции).
5. Пищевые аддикции:
 - а) аддикция к перееданию;
 - б) аддикция к голоданию.

Гэмблинг выделен нами в отдельную рубрику, так как именно эта форма является моделью нехимических аддикций и по своим проявлениям и последствиям более всего напоминает аддикции химические. Выделение в отдельную рубрику эротических аддикций связано с тем, что во всех случаях объектом аддикции является другой человек, и реализация зависимости происходит через отношение к этому человеку.

Мы нашли возможность выделения группы «социально приемлемых» нехимических зависимостей, поскольку именно они представляют особый интерес для аддиктологии в плане проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для химических аддиктов. Вместе с тем очевидно, что социальная приемлемость различных форм нехимических аддикций в значительной степени условна и зависит от ряда факторов (культурального, национального, социальных и др.).

Выделение в отдельную группу технологических аддикций оправдано по той причине, что, несмотря на широкое распространение, все они с точки зрения аддиктологии являются спорными в плане феноменологической самостоятельности. Особенностью технологических аддикций, на наш взгляд, является то, что объект зависимости (компьютер, мобильный телефон) на самом деле является предметом зависимости, средством реализации других поведенческих форм зависимого поведения.

Под пищевыми аддикциями мы понимаем такие формы зависимого поведения, когда еда (при переедании) или ее отсутствие (при голодании) становятся подкреплением положительной эмоциональной реакции, которая достигается в этом состоянии. Поэтому мы не разделяем точку зрения, что нервная анорексия и нервная булимия являются формами расстройств пищевого поведения.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, неврозами и химическими зависимостями.

Рассмотрим теперь некоторые особенности нехимических зависимостей на модели аддикции к азартным играм, течение которой, по мнению разных авторов, во многом похоже на динамику химических зависимостей.

Азартные игры (гэмблинг, лудомания)

В МКБ-10 патологическая зависимость от азартных игр рассматривается в разделе F60-F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» и относится к рубрике «Расстройства привычек и влечений» (F63) наряду с пироманией, клептоманией и трихотилломанией. Заболевания, включенные в рубрику «Расстройства привычек и влечений» в МКБ-10, объединены в одну группу лишь на основании их значительного описательного сходства, а не потому, что они разделяют другие важные признаки.

Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) в МКБ-10 описывается как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и разрушение личной жизни».

Из описанных в последнее десятилетие различных поведенческих аддикций гэмблинг является одной из наиболее распространенных и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает аддикции химические (Егоров А. Ю., 2007). Некоторые исследователи называют гэмблинг «моделью поведенческой аддикции».

Актуальность проблемы патологической зависимости от игры, по мнению многих ученых, обусловлена по крайней мере тремя причинами.

1. Серьезные социальные и финансовые проблемы у патологических игроков: 23 % игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35 % разведены, у 80 % нарушены межличностные отношения в браке.
2. Распространенность противоправных действий — до 60 % зависимых от азартных игр совершают правонарушения.
3. Высокий суицидальный риск — от 13 до 40 % патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32–70 % отмечаются суицидальные мысли.

По данным общества Анонимных гэмблеров, последствия от гэмблинга еще 15 лет назад стоили американским страховым компаниям 1,7 млрд долларов.

В связи с этим многие зарубежные исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятностей, и игра рассма-

тривается как приятное проведение времени. По этому механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость. Вместе с тем в литературе до сих пор не утихают споры — является ли гэмблинг аддикцией или в большей степени одной из форм обсессивно-компульсивного расстройства.

Ц. П. Короленко и Т. А. Донских выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения (Короленко Ц. П., Донских Т. А., 1990). К ним относятся следующие.

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игрой, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. Потеря контроля, выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре с трудно преодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.
6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым драйвом, все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну, выражающееся в том, что несмотря на решение раз и навсегда завязать, при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гэмблинг возобновляется.

Существуют факторы, предрасполагающие к гэмблингу: неправильное воспитание в семье, участие в играх родителей, знакомых, стремление к игре с детства (домино, карты, монополия и т. д.), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег, принадлежность к национальному меньшинству, отсутствие семейного статуса, депрессию, а также различные варианты химической аддикции.

В ряде исследований выявлено, что у лиц, зависимых от игры, статистически значимо чаще, чем у здоровых, родители являлись патологическими игроками.

В. Слущки и С. Эйсен (2000) обращают внимание на случаи семейного накопления патологической зависимости от игры, предполагая значение генетической наследственности для ряда людей к возникновению патологического влечения

к азартной игре. Близнецовое исследование показало общую генетическую уязвимость для гэмблинга и алкоголизма, которая составляет от 12 до 20% риска возникновения этой патологии на генетическом уровне. Те же авторы в более поздней работе на основании исследования игрового поведения у 3359 пар близнецов пришли к следующим выводам: 1) наследственные факторы объясняют существенную часть разнообразия симптомов гэмблинга; 2) существует единый континуум генетических дефектов, который лежит в основе разных вариантов гэмблинга, 3) коморбидность гэмблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, которые влияют на возникновение как гэмблинга, так и перечисленных психических расстройств. В своем обзоре Дж. Грант и М. Потенца (2003) приводят данные, что у ближайших родственников гэмблеров чаще всего встречаются химические аддикции, аффективные расстройства, расстройства личности, гэмблинг и генерализованное тревожное расстройство.

Говоря о личностных особенностях проблемных гэмблеров, большинство исследователей указывают на потерю контроля за собственным поведением, причем это касается всех вариантов гэмблинга — от игры на тотализаторе до игровых автоматов. А. Бласцински с коллегами (1998), отмечая среди патологических игроков более высокий уровень нейротизма, импульсивности по сравнению с контрольной группой здоровых людей, выделяют три подгруппы проблемных гэмблеров: 1) с нарушением поведения, 2) эмоционально неустойчивые, 3) антисоциальные гэмблеры, склонные к импульсивным поступкам, — подчеркивая тем самым неоднородность группы аддиктов.

Кроме выявляемых эмоциональных особенностей и аффективной патологии среди игроков обращает на себя внимание высокая распространенность в преморбиде нарушений когнитивных функций. Так, больные патологическим гэмблингом часто думают, что они обладают особым шестым чувством и более удачливы, чем другие люди. В. Д. Менделевич указывает на сниженную волевою деятельность у патологических игроков, что проявляется расстройством преодоления препятствий, смещение профиля личности в сторону экстернальности, находящееся в прямой связи с эмоциональной неуравновешенностью наряду с более низкой способностью к прогнозированию жизненных событий (Менделевич В. Д., 2005).

У патологических гэмблеров были выявлены повышенные показатели по шкале психотизма и нейротизма согласно опроснику Айзенка. Новозеландские исследователи отмечают повышенную импульсивность и склонность к риску и пониженному настроению у патологических гэмблеров. Авторы делают вывод, что личностные характеристики гэмблеров, химических аддиктов — наркозависимых и особенно больных алкоголизмом — сходные. О схожести психологических и личностных характеристик гэмблеров и химических аддиктов сообщают и другие исследователи, при этом отмечается, что уровень тяги (sawing) у патологических гэмблеров даже выше, чем у алкоголиков. Как отмечает В. Балдо (2006), химические аддикции и патологический гэмблинг вообще часто встречаются у личностей с полисубстантной зависимостью.

Е. Г. Горлова (2006) исследовала патопсихологические особенности гэмблеров, зависимых от ПАВ, и обнаружила, что у этих лиц гэмблинг способствовал заострению зависимых черт личности и соответствующих индивидуально-психологических особенностей (в частности, атрибуции игроманом ответственности за свои поступки обществу и фортуне). Кроме того, отмечалась пониженная волевая активность, появлялись компульсивные действия, вызванные побуждением к игре. Самооценка патологических гэмблеров отличалась неадекватностью и нестабильностью. В результате противоречия между Я реальным и Я виртуальным у больных развивался внутриличностный конфликт неаутентичности. Для них была характерна различная степень выраженности психического инфантилизма с внушаемостью.

Нами (Волкова Е. А., Егоров А. Ю., 2007) были проведены сравнительные исследования психологических особенностей молодых лиц с игровой и наркотической (опиоидной) аддикцией. Наличие гэмблинга и наркомании определялось с помощью диагностического интервью, а также по результатам заполнения диагностических анкет для игровой (модифицированная анкета Т. Такера) и наркотической зависимости. Для исследования психологических особенностей игровых и наркотических аддиктов использовались следующие методики: опросник А. Маслоу для диагностики уровня развития самоактуализации личности; адаптированный характерологический опросник К. Леонгарда — Г. Шмишека; шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга — Ю. Л. Ханина; опросник Г. Шуберта на выявление психологической готовности к риску.

Результаты исследования уровня самоактуализации по А. Маслоу показали, что в обеих экспериментальных группах самоактуализация была существенно ниже, чем в контроле. Достоверно различались показатели шкал «Ориентация во времени», «Поддержка», «Ценностные ориентации», «Гибкость поведения», «Спонтанность», «Самоуважение», «Самопринятие», «Контрактность», «Взгляд на природу человека», «Принятие агрессии». В свою очередь, в группе наркозависимых самоактуализация была достоверно ниже, чем в группе игроков. Особенно это касалось шкал «Ориентация во времени», «Сенситивность», «Самопринятие», «Взгляд на природу человека», «Синергичность», «Принятие агрессии» и «Креативность».

Таким образом, на основании этих данных можно сделать вывод, что и у наркозависимых, и у гэмблеров общими чертами являются: опасение открыто проявлять свои эмоции, замкнутость, сниженная самооценка. Аддикты не способны принимать себя такими, какие они есть. Они воспринимают людей плохими, считая, что зло — качество, самое характерное для природы человека. При этом аддиктов отличает низкая способность принимать свою агрессивность, которую они стремятся скрыть. Наркозависимые, в отличие от игроков, не способны соотносить прошлое и будущее с настоящим и видят мир еще более мрачным, чем гэмблеры. Творческий потенциал у наркозависимых оказался самым низким, среди исследуемых групп. Они отличаются бесчувственностью и не способны глубоко и тонко ощущать себя, свои собственные переживания и потребности.

При исследовании особенностей акцентуаций по опроснику К. Ленгарда — Г. Шмишека оказалось, что в группе наркозависимых абсолютно преобладают лица

с аффективно-экзальтированным типом характера (61%). Аффективно-лабильные (12%), возбудимые (12%), гипертимные (6%), дистимические (6%) и эмотивные (3%) встречались существенно реже. Между тем в группе гэмблеров доминировали лица с возбудимым типом (42%). Гипертимный тип встречался почти в три раза реже (15%). Еще реже в порядке убывания встречались дистимический (12%), аффективно-экзальтированный (12%), застревающий (6%), демонстративный (6%) и эмотивный (3%) типы. В контрольной группе достаточно равномерно встречались практически все психологические типы: аффективно-экзальтированный (18%), возбудимый (15%), аффективно-лабильный (15%), эмотивный (12%), дистимический (12%), гипертимный (9%). В единичных случаях наблюдались тревожно-боязливый, застревающий, педантичный и демонстративный типы (по 3%).

Исследование тревожности с помощью шкалы Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина выявило более высокие показатели у экспериментальных групп как в отношении ситуативной, так и личностной тревожности, по сравнению с контролем. При этом у наркозависимых различие в отношении личностной тревожности было больше, чем в отношении ситуативной, по сравнению с группой гэмблеров и особенно с контрольной группой. Такая повышенная тревожность отражает высокую реактивность зависимой личности.

Склонность к риску, определяемая по опроснику Г. Шуберта, оказалась самой высокой в группе наркозависимых по сравнению и с контрольной группой и с группой игроков. Показатели контрольной группы и группы гэмблеров не имели значимых различий.

Таким образом, с одной стороны, можно утверждать, что и гэмблеры, и наркозависимые во многом имеют похожие личностные характеристики, свойственные аддиктивным больным. С другой стороны, как показало данное исследование, группа гэмблинговзависимых занимает как бы промежуточное положение между группой наркоманов и контрольной группой как по тяжести анамнестических данных, так и по показателям большинства тестов.

Более 20 лет назад американский исследователь Р. Л. Кастер (1984) выделил три стадии развития гэмблинга: 1) стадию выигрышей; 2) стадию проигрышей и 3) стадию разочарования. Стадия выигрышей характеризуется следующими признаками: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм. Для стадии проигрышей характерны: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, отдалживание денег на игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности — раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. Признаками стадии разочарования являются: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимое за игрой, и раз-

мера ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя.

В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003) первыми описали поведение пациентов и развитие фаз, составляющих так называемый игровой цикл, понимание которого важно для формирования психотерапевтических задач при работе с проблемными гэмблерами.

В. Л. Малыгин и Б. Д. Цыганков (2006) выделяют следующие клинико-психопатологические периоды игрового цикла:

- дистресс, следующий сразу за игрой;
- умеренно выраженные тревожно-депрессивные расстройства;
- субдепрессивные расстройства с преобладанием астении или апатии;
- тревожные и дисфорические расстройства в сочетании с субдепрессией;
- суженное сознание (транс игры), предшествующее непосредственному срыву.

Злокачественное развитие патологического гэмблинга отмечается чаще при использовании игровых автоматов, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и т. д.).

Достаточно интересные данные представили исследователи катамнезов патологических гэмблеров. Так из 35 проблемных и патологических гэмблеров в Новой Зеландии через семь лет после постановки диагноза у 63 % не отмечалось проблем подобного уровня. Согласно данным двух лонгитюдных исследований гэмблеров, проводившихся в США, 36 и 39 % (исследования 1 и 2) не обнаруживали признаков патологического гэмблинга в течение последнего года. Только 7 и 12 % соответственно на момент исследования имели признаки гэмблинга согласно критериям DSM-IV и обращались за лечением или посещали собрания анонимных игроков. Абсолютное большинство ни за какой помощью не обращались. Авторы делают вывод, что у 1/3 гэмблеров происходит естественное излечение. Эти данные вызывают большое количество вопросов. Прежде всего это касается целесообразности лечения: если естественное выздоровление у аддиктивных больных подобного типа составляет от 1/3 до 2/3, то имеет ли смысл вообще какое-либо лечение? Ведь объективные результаты лечебных программ дают куда более скромные показатели годовых ремиссий, которые с лихвой перекрываются случаями самоизлечения. На наш взгляд, сообщения о естественном излечении гэмблеров, как, впрочем, и других аддиктов, нуждаются в дополнительной проверке и анализе, который должен предполагать учет иных химических и нехимических аддикций, в том числе и социально приемлемых.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем сходство и отличие психогенных расстройств, возникающих в катастрофических ситуациях, от психогенных, развивающихся в обычных условиях?
2. Назовите типичные непатологические (психофизиологические) реакции в условиях ЧС.
3. Какие непсихотические расстройства могут возникнуть в условиях ЧС?
4. Какие нарушения в различных психических сферах наблюдаются при психических нарушениях, развивающихся в ЧС?
5. Назовите две основные формы острых (острых шоковых или аффективных) реакций на стресс.
6. Какие их этиологических факторов развития психических нарушений при ЧС можно отнести к факторам внутренних условий?
7. Какие основные стадии психического состояния в ЧС вы знаете?
8. Какие из психогенных нарушений в ЧС являются наиболее частыми?
9. Каковы теоретико-эмпирические предпосылки выделения ПТСР в отдельную нозологическую единицу? Какие социальные ситуации послужили толчком к введению ПТСР (PTSD) в психиатрические классификационные стандарты? Как появление ПТСР связано с успехами психологии и медицины?
10. Как соотносятся понятия «психическая травма», «стресс», «травматический и посттравматический стресс»?
11. Каковы этиологические причины развития ПТСР? Какова распространенность ПТСР среди населения и в группах жертв антропогенных и техногенных катастроф? Какие расстройства коморбидны ПТСР?
12. Какие ситуации относятся к регистру травматических? Каковы диагностические критерии в МКБ-10 и DSM-IV? В чем их различие и чем это можно объяснить? Какие клинические и психологические методы используются для диагностики ПТСР?
13. Что собой представляют теоретические модели этиологии и развития ПТСР, в чем их специфика? Можно ли считать, что современные биопсихосоциальные модели психической нормы и патологии дают исчерпывающее объяснение этиологии и динамики ПТСР?
14. Есть ли социокультурная обусловленность развития ПТСР и в чем она выражается? Существуют ли возрастные и половые различия в распространенности и протекании ПТСР? Какова роль личностной уязвимости в этиологии ПТСР?
15. Дайте характеристику основным психотравмирующим факторам боевого стресса.
16. Каковы изменения функционирования личности в условиях боевых действий с точки зрения психической нормы?
17. Дайте определение понятиям «боевая психическая травма», «комбатант» и «комбатантная акцентуация».
18. Назовите патофизиологические изменения личности в условиях боевых действий.
19. Дайте характеристику психопатологическим изменениям личности в условиях боевых действий.

20. Каковы особенности ПТСР и посттравматического расстройства личности комбатантов?
21. Какие расстройства относят к психосоматическим?
22. Какие заболевания называют болезнями адаптации?
23. Какие характеристики относят к факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств?
24. Какие теоретико-методологические подходы к разрешению проблемы психосоматических расстройств являются ведущими в психологии экстремальных и кризисных ситуаций?
25. Какие психосоматические нарушения возможны у лиц, переживших утрату?

Глава 8

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

8.1. Дети и подростки в экстремальных и кризисных ситуациях

8.2. Травматическая ситуация и психическая травма у детей

8.3. Специфика переживания травматических ситуаций в детском возрасте

8.4. Психическая травма и ее последствия в детском возрасте

8.5. Психическая травма и психическое развитие в детском возрасте

8.1. Дети и подростки в экстремальных и кризисных ситуациях

Печальные реалии XXI в. свидетельствуют о том, что катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, терроризм, насилие становятся почти привычной составляющей жизни современного человека как в нашей стране, так и во всем мире. За последние 20 лет количество чрезвычайных ситуаций в мире возросло практически в 2 раза. Оказаться в зоне техногенных и природных катастроф, стать свидетелями военных действий, столкнуться со злой волей террористов, влиться в поток беженцев или оказаться в чужой стране в условиях этнического противостояния могут и взрослые, и дети. Врачи и психологи, работавшие с людьми, оказавшимися в зоне природных и техногенных катастроф, пожаров, вооруженных действий, террористических актов, говорят о том, что в 20–25 % случаев в роли пострадавших оказываются дети.

Дети и подростки в своей жизни могут сталкиваться с событиями, менее масштабными, чем войны и террористические акты, но при этом имеющими выраженное негативное значение для их психического развития и психологического благополучия. Такими событиями для человека, незрелого в физическом, интеллектуальном и личностном отношении, могут стать физические травмы, тяжелые соматические заболевания, длительные или часто повторяющиеся госпитализации, хирургические вмешательства, потери близких, в первую очередь родителей, резкие изменения семейного статуса.

Проблемой современного общества стало насилие над ребенком, в том числе насилие в школе и домашнее насилие. Об этом свидетельствуют данные аналитического центра Госдумы России, согласно которым 30–40 % всех тяжких насильственных преступлений совершается в семьях: ежегодно около 2 млн детей в возрасте до 14 лет избиваются родителями, каждый год около 2 тыс. детей пытаются покончить с собой из-за надругательства над ними в семье, более 50 тыс. детей (в течение года) уходят из дома. Проблемой современного общества стало особо тяжелое и разрушительное для личности ребенка сексуальное насилие над детьми. По подсчетам благотворительного фонда «Защита детей от насилия», сексуальным посягательствам в нашей стране ежегодно подвергается более 60 тыс. детей.

Таким образом, дети, как и взрослые, могут оказаться в ситуациях, обладающих мощным негативным воздействием. Такие ситуации в детском и подростковом возрасте представляют собой факторы риска для психического и физического здоровья, психологического и социального благополучия, гармоничного личностного и интеллектуального развития.

Анализ трудных жизненных ситуаций в детском или подростковом возрасте возможен с позиций внешнего наблюдателя и с позиций внутренней реальности.

В детской психиатрии по внешним критериям (по интенсивности и времени воздействия) выделяют следующие *трудные ситуации* потенциально психотравмирующего свойства (Ковалев В. В., 1979):

- 1) внезапные, шоковые ситуации, отличающиеся большой силой и угрожающие жизни, здоровью или благополучию ребенка или его близким;
- 2) ситуации относительно кратковременного действия, но психологически очень значимые;
- 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации;
- 4) ситуации эмоциональной депривации.

В зависимости от источника и масштаба их воздействия на психическое и психосоматическое здоровье детского населения выделяют следующие *типы психотравмирующих ситуаций* (Исаев Д. Н., 2004).

1. Глобальные — войны, экологические катастрофы, природные бедствия (землетрясения, наводнения), промышленные катастрофы (взрывы, пожары), террористические акты.
2. Национальная и этническая вражда, экономические контрасты, культурные противостояния.
3. Миграция, отрыв от родной среды, утрата социального статуса.
4. Боязнь нападений, издевательства, преследований со стороны соседей.
5. Поступление в школу, давление требований учебного процесса, трудности освоения знаний, атмосфера отвержения или враждебности со стороны сверстников или старших, конфликтная обстановка.
6. Пребывание в круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, больнице или санатории.
7. Изолированность семьи от ближайшего окружения.
8. Неправильное воспитание одним родителем, отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей.

1–3 сентября 2004 г. в Беслане были захвачены и длительно удерживались в здании школы заложники, большую часть из которых составляли дети. В процессе удержания заложники подвергались жестокому обращению, страдали от обезвоживания, были истощены. Освобождение заложников сопровождалось кровопролитием, взрывами и пожаром, в результате чего многие из заложников получили термические и механические травмы. После перенесенных событий врачами-психиатрами было осмотрено 86 детей в возрасте от 2 до 14 лет. У большинства выявлены признаки психопатологических состояний, которые развились непосредственно после перенесенной травмы, и с течением времени психопатологические симптомы становились более выраженными, структура психопатологических состояний изменялась. У детей наблюдались и становились более выраженными страхи (например, страх перед мужскими бородатыми лицами), боязнь громких звуков, ассоциировавшихся со стрельбой и взрывами. Отмечались немотивированные колебания настроения, склонность к дистимии, поведенческие расстройства (двигательная расторможенность, импульсивность, возбудимость с элементами агрессивного реагирования).

Девочке 6 лет. Поступила на хирургическое отделение детской клиники для планового оперативного лечения врожденного заболевания — тяжелой деформации позвоночника. Психическое развитие ребенка соответствовало возрасту, выраженных нарушений эмоционально-волевой сферы не отмечалось. По словам матери, девочка за год до поступления в стационар перенесла тяжелую операцию на позвоночнике, которая не дала ожидаемых результатов. В процессе первого оперативного вмешательства девочка испытала сильный испуг, болевой шок, кричала, плакала. При повторной госпитализации в другую клинику наблюдается страх белых халатов, лечебных процедур. После повторного оперативного вмешательства возникли трудности на процедурах, связанных с перевязками и гигиеной раны: на фоне проведенного обезболивания девочка активно сопротивлялась попыткам перевезти ее из больничной палаты в процедурную, кричала, укусила медсестру, выгибалась всем телом так, что возникла угроза повреждения прооперированного позвоночника. По ночам кричит, рыдает во сне, при этом днем, в обычной обстановке, выраженных болевых ощущений не испытывает, активно играет с другими детьми, общительна, послушна, отличается дисциплинированностью.

9. Неадекватное или искаженное внутрисемейное общение.
10. Воспитание психически больным или неполноценным родителем.
11. Межличностные — антагонистические отношения между членами семьи, недостаток душевной теплоты, жестокость, сексуальные злоупотребления.
12. Личностные — переживания, связанные с собственными значительными характерологическими отклонениями.

С учетом возрастного фактора Д. Н. Исаев (1996) предлагает следующую классификацию психотравмирующих ситуаций.

А. Ранний и дошкольный возраст:

- 1) отсутствие или утрата чувства безопасности, защищенности:
 - враждебная, жестокая семья;
 - эмоционально отвергающая семья;
 - не обеспечивающая надзора и ухода семья;
 - утрата или болезнь близкого человека;
 - дисгармоничная семья (распадающаяся, распавшаяся, ригидная псевдосолидарная);
 - чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперпротекция);
 - появление нового члена семьи (отчим, мачеха, брат, сестра);
 - противоречивое воспитание или смена его типа;
 - чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура);
- 2) беззащитность из-за отрыва от семьи:
 - помещение в чужую семью;
 - направление в детское учреждение;
 - госпитализация.

Б. Школьный возраст (помимо ситуаций упомянутых выше):

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи;
- переживание чрезмерной ответственности за других членов семьи;
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- невозможность справляться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- отрыв от семьи, смена школьного коллектива, перемена места жительства;
- ситуация, опасная для здоровья, соматическое заболевание;
- заболевание с предполагаемым фатальным исходом.

Данные классификации можно соотнести с биоэкологической моделью развития Ури Бронфенбреннера. По мнению У.Бронфенбреннера (Bronfenbrenner W., 1979), социокультурная среда развития ребенка состоит из четырех вложенных одна в другую систем: микросистема, мезосистема, экзосистема, макросистема. Микросистема имеет отношение к взаимодействию ребенка и его ближайшего окружения — семья, детский сад, школа, группа сверстников. Мезосистема образуется взаимосвязями нескольких микросистем, например формальные или неформальные взаимосвязи между семьей и школой. Экзосистема — общественные структуры, которые не имеют непосредственного отношения к ребенку, но оказывают на него влияние. Например, место работы родителей или местные органы здравоохранения. Макросистема — ценности, законы традиции той культуры, в которой живет ребенок (Крайг Г., Бокум Д., 2005).

С позиций внутренней реальности анализ трудных жизненных ситуаций предполагает анализ особенностей внутреннего (жизненного) мира человека.

Девочке 12 лет, росла и развивалась по возрасту, посещала школу, училась удовлетворительно, дисциплину не нарушала. Школьная характеристика положительная. Учителя отмечают спокойный характер девочки, такие качества, как исполнительность, общительность, стремление заботиться о младшем брате. Девочка воспитывалась в неблагополучной семье, где место отца занял отчим. Отчим часто пил, скандалил, заставлял пить мать, выгонял ее из дома. Когда девочке было 11 лет, в семье произошли трагические события — умерла мать. После смерти матери девочка взяла на себя все хлопоты по хозяйству, заботилась о младшем брате. На третий день после похорон матери пьяный отчим совершил с девочкой сексуальные действия в извращенной форме, при этом угрожал ей физической расправой в случае, если она не будет выполнять его приказания или кому-нибудь расскажет о происходящем, для убедительности толкал ее ножом в спину, кричал. Сексуальное насилие отчим над падчерицей осуществлял в течение семи месяцев, до тех пор, пока девочка от отчаяния и безысходности не рассказала обо всем подруге. Было возбуждено уголовное дело, проведена психолого-психиатрическая экспертиза, которая подтвердила факт сексуального насилия над несовершеннолетней в семье.

Ф. Е. Василюк предложил классификацию жизненных миров, опираясь на которую возможно определить степень трудности той или другой ситуации для человека (Василюк Ф. Е., 1984).

Анализ жизненного мира предполагает рассмотрение двух аспектов:

- 1) каким воспринимает человек внешний мир — легким или трудным,
- 2) каким воспринимает человек внутренний мир — простым или сложным.

Под легкостью подразумевается возможность удовлетворения всех актуальных потребностей человека, под трудностью — отсутствие такой возможности. Под простотой внутреннего мира подразумевается наличие только одного отношения, мотива; под сложностью — наличие нескольких, вступающих в противоречие отношений или мотивов. В соответствии с критериями «легкость — трудность», «простота — сложность» Ф. Е. Василюк выделяет 4 типа жизненного мира человека.

1. *Внутренне простой и внешне легкий (инфантильный) мир.* Жизнь существа подчинена принципу удовольствия: связана с удовлетворением витальных потребностей. Ситуация воспринимается как трудная при малейшей боли или отсутствии возможности в удовлетворении актуализированной потребности.
2. *Внутренне простой и внешне трудный (реалистический) мир.* В этом случае элементарные потребности удовлетворяются с помощью предметной деятельности, «оснащенной» психикой. Успешное осуществление деятельности в этом случае возможно только при наличии механизмов контроля, регулирующих аффективные реакции во время отсрочек в удовлетворении потребности. При этом необходим учет реальной ситуации.
3. *Внутренне сложный и внешне легкий (ценностный) мир.* Внутренне сложный мир предполагает наличие различных жизненных отношений, нуждающихся в сопряжении и согласованности для сохранения целостности сознания. Обеспечение такой целостности невозможно без построения иерархии ценностей и выделения наиболее важных жизненных отношений.
4. *Внутренне сложный и внешне трудный (творческий) мир.* Главная задача такого мира — решение идеальной задачи, связанной с надситуативным замыслом своей жизни в целом, не имеющей готового решения. Решение такой задачи возможно только в случае опоры на наиболее сложный орган жизнедеятельности — волю.

У людей, принадлежащих к разным жизненным мирам, разные по силе ситуации могут восприниматься как ситуации одинаковой степени сложности, и наоборот. Ситуации одной сложности могут вызывать различные трудности у человека. Наиболее хрупки и уязвимы представители легкого и простого мира. Для инфантильного существа всякая жизненная трудность становится неразрешимой проблемой. Удельный вес инфантильной установки в жизненном мире зависит от следующих факторов:

- а) возраст,
- б) конституционально-характерологические особенности,

в) текущее психофизиологическое состояние.

У детей в силу их возрастных особенностей инфантильные установки в восприятии жизни, как правило, преобладают, что является дополнительным фактором, определяющим их повышенную уязвимость к жизненным трудностям по сравнению со взрослыми. Причем чем младше ребенок, тем более трудной и непреодолимой может оказаться для него любая жизненная ситуация. Дети и подростки отличаются от взрослых и в их отношении к ситуациям, обладающим разрушительным, травматическим потенциалом. Для того чтобы преодолеть негативный опыт, разрушительные последствия экстраординарных ситуаций требуются сверхусилия, полная мобилизация внутренних и внешних сил человека. У ребенка или подростка внутренних ресурсов для преодоления негативных последствий таких ситуаций часто оказывается недостаточно. Актуальный уровень развития психики ребенка не позволяет эффективно ответить на вызовы, которые делает жизнь. В исследованиях отечественных авторов отмечается, что общие представления о причинах, особенностях переживания травматических ситуаций в детском и подростковом возрасте описываются с преимущественной опорой на исследования взрослых людей. В то же время существуют специфические для детского возраста особенности переживания и преодоления травматических ситуаций. К таким специфическим чертам детского населения, отличающим его от взрослого контингента в условиях травматических ситуаций, можно отнести:

- 1) недостаточность физических, интеллектуальных, эмоциональных и личностных ресурсов ребенка,
- 2) повышенную уязвимость психики ребенка,
- 3) повышенную зависимость ребенка от взрослого человека.

Специфические особенности детей и подростков можно описать в терминах жизнестойкости и уязвимости, имеющих отношения к проблеме развития ребенка в осложненных условиях (Регуш Л. А., 2006).

Жизнестойкость — система психических качеств (ресурс человека), способствующих позитивному психическому развитию несмотря на краткосрочные или хронические, внешние или внутренние препятствия.

Описывают следующие формы проявления жизнестойкости у детей и подростков:

- полное нивелирование отклонений в развитии после пережитого травматического события;
- возвращение к прежнему состоянию с признаками роста в ситуации пережитого горя;
- адаптация, способствующая позитивному развитию в условиях хронической психотравматизации.

Проявление феномена жизнестойкости связано с действием так называемых поддерживающих факторов.

Во время военных действий в Чечне жительница Грозного не успела покинуть город до начала штурма города и оказалась вместе со своими детьми младшего школьного возраста в районе боевых действий. В этой ситуации мать должна была вывести своих детей из города, где начались массированные обстрелы. Оказавшись в зоне военных действий, женщина испытывала сильнейшие эмоции ужаса и тревоги, но тем не менее смогла оградить своих детей от ярко выраженных негативных переживаний, объяснив им, что они стали участниками военной игры и их задача в этой игре как можно быстрее, но с максимальной осторожностью, дисциплинированно покинуть обстреливаемый город. Благодаря психологической поддержке и правильным действиям своей матери дети остались целы и невредимы, благополучно пережили экстремальную ситуацию.

Поддерживающие факторы — это взрослые или дети, организации, социальные институты, события, которые способствуют нормальному психическому развитию вопреки факторам риска.

Начилие зависимости ребенка от взрослого может выступать в роли поддерживающего фактора, если взрослый проявляет заботу и внимание по отношению к ребенку в опасной для него ситуации. Иначе, например при нарушении детско-родительских отношений, в случае домашнего насилия, сам взрослый может выступать в роли источника травматизации, представляющего опасность для психического развития и здоровья ребенка.

Уязвимость — искажение, деформация, отклонения в психическом развитии под действием неблагоприятных факторов.

Таким образом, дети и подростки, так же как и взрослые, могут в своей жизни сталкиваться с событиями, оказываться в ситуациях, обладающих негативным психотравмирующим потенциалом для их психического развития и психологического благополучия. Существуют специфические для детского возраста психотравмирующие ситуации, особенности переживания и преодоления травматических ситуаций, отличные от таковых у взрослых людей. Наибольшим травмирующим потенциалом для детей обладают ситуации микроуровня и макроуровня. Специфическими чертами детей и подростков в отношении преодоления и переживания травматических ситуаций являются повышенная уязвимость и сниженная жизнестойкость при отсутствии поддерживающего фактора, что имеет непосредственное отношение к проблеме развития ребенка в осложненных условиях.

8.2. Травматическая ситуация и психическая травма у детей

Обладая потенциально психотравмирующими свойствами, экстремальная или кризисная ситуация в жизни ребенка может привести к срыву адаптационных возможностей, появлению болезненных, в том числе психопатологических, проявлений, феномену психической травмы, результатом которой могут быть нарушения в психическом и личностном развитии. Явление психической травмы имеет давнюю историю изучения в медицине и психологии, но до сих пор не имеет однозначного толкования. Психическую травму отождествляют либо с травматическим событием, которое ее вызывает, либо с переживанием, психическим состоянием, вызванным этим событием, либо с последствиями переживания травматических событий, которые проявляются через короткий или более или менее продолжительный отрезок времени. Например, Ч. Фигли определял травму через событие определенного рода, отвечающее следующим характеристикам: оно должно быть одновременно неожиданным, опасным и подавляющим. Некоторые исследователи определяют психическую травму через эмоциональное состояние, переживание травматического события. Например, Эт и Пинус, изучавшие посттравматическое стрессовое расстройство у детей, считали, что травма — это переживание беспомощности, тревоги и инстинктивного возбуждения перед лицом невыносимой опасности. Сходного мнения придерживался Вандер-Колк, полагавший, что травма соответствует жизненному переживанию, которое подавляет психические и биологические механизмы саморегуляции человека (Трубицина Л. В., 2012). Современные исследователи чаще всего определяют психическую травму как психическое состояние (переживание) и как результат патогенного переживания экстремальных и кризисных ситуаций (Бочаров В. В., Карпова Э. Б. и др., 2010).

Еще меньшей определенностью отличаются трактовки феномена детской травмы. Одни исследователи отрицают возможность психической травматизации в детском возрасте (по крайней мере до 3-летнего возраста), а следовательно, и возможность тяжелых последствий для личностного развития и будущей жизни ребенка. Так, например, В. Г. Ромек, В. А. Конторович, полагают, что психической травмой можно считать только то событие, которое осознается, тот случай, когда человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние, т. е. психическую травму связывают с достаточным уровнем зрелости и интеллектуального развития личности. Л. В. Трубицина полагает, что у детей младенческого (первого года жизни) или раннего детского возраста (с года до 3 лет) еще нельзя говорить о психической травме (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007). События, имеющие отчетливо выраженные негативные последствия для жизни ребенка, — ранний отрыв от матери, резкое и коренное изменение ситуации, в которой находится ребенок, — представляют собой, по мнению автора, скорее условия психического развития, а не собственно психическую травму. Другие исследователи приписывают детской травме универсальный характер, связывая с ее последствиями не только проблемы индивидуальной жизни человека, но и динамику общественной жизни. Так,

скажем, существует гипотеза, что причиной повторяющихся циклов военных действий между религиозными и этническими группами является неотреагированная, потаенная психическая травма, полученная представителями того или иного сообщества в детском возрасте. Например, вражда между соседствующими народами — христианами-сербам и мусульманами-хорватами — может быть связана с психологической травмой сербов, которые, будучи детьми во время Второй мировой войны, страдали от зверств хорватов в ходе нацистской оккупации.

Первоначально представления о детской психической травме формировались в рамках психоаналитической школы. З. Фрейд изучал детские травмы на клиническом материале истерических неврозов. Основатель психоанализа полагал, что травматическое событие в жизни ребенка может вызвать глобальные нарушения в энергетике организма, гипервозбуждение, превышающее защитные силы организма. Сходной позиции придерживается Д. Калшед, который полагает, что травма — это любое переживание ребенка, вызывающее у него непереносимые душевные страдания и тревогу, провоцирующее формирование патологических защитных механизмов, обозначающих сужение связей с миром (Калшед Д., 2001). В рамках психоанализа были сформулированы важные положения, имеющие существенное значение для развития современной теории психической травмы. Важными являются постулаты психоанализа о роли психотравмирующих ситуаций в раннем детстве для психического благополучия взрослого человека; о детской сексуальной травме как пусковом механизме психопатологии, о роли внутреннего возбуждения, возникающего при угрожающей ситуации, для развития патологических форм поведения, о роли защитных систем психики в условиях психической травматизации, о кумулятивном характере травматических переживаний. Данные положения подтверждаются эмпирическим изучением и психотерапевтической практикой современных специалистов (Решетников М. М., 2006).

Исследователи нашего времени чаще всего рассматривают психическую травму как особую форму общей стрессовой реакции (Г. Селье) в условиях, когда стрессогенный фактор превышает адаптационные возможности организма. Травматический стресс — это переживание особого рода, нормальная реакция в условиях травматической ситуации, состояние, требующее от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия (Тарабрина Н. В., 2001; Черепанова Е. М., 1997) (подробнее см. параграф 7.2).

8.3. Специфика переживания травматических ситуаций в детском возрасте

Особенности переживания ребенком психотравмирующей ситуации могут проявляться в эмоциональных, поведенческих и познавательных индивидуально-психологических характеристиках ребенка. К таким наиболее общим психологическим характеристикам современные исследователи (Сарджвеладзе Н. и др., 2005; Кораблина Е. П. и др., 2001; Черепанова Е. М., 1997) относят следующие:

- 1) чувство незащищенности и беспомощности. Дети воспринимают мир как источник непрогнозируемых и зловещих событий;
- 2) тревога о будущем, ожидание плохого, настороженность, страх перемен;
- 3) стыд и чувство вины;
- 4) фрустрация потребности в самоуважении, безопасности, защищенности;
- 5) гнев, агрессивность;
- 6) отчуждение от социального окружения снижением контактности и потребности в общении;
- 7) страхи, имеющие сверхсильную интенсивность, длительно сохраняющиеся и деструктивные по своей природе;
- 8) регрессивное поведение;
- 9) сниженная продуктивность познавательной деятельности, снижение познавательной активности.

Некоторые общие черты переживания детьми различных травматических ситуаций были изучены Н. В. Тарабриной (Тарабрина Н. В., 2001). Представим их.

События, связанные с военными действиями и террористическими актами

Основными травмирующими факторами в этом случае являются: непосредственная угроза жизни и здоровью ребенка и его близких, смерть близких, физические травмы ребенка. Для детей дошкольного возраста наиболее типичными последствиями такого рода травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков). У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны различные поведенческие нарушения — от депрессии до агрессии. У подростков могут отмечаться жалобы психосоматического характера, появляться вина выжившего.

Стихийные бедствия и катастрофы

Основными травмирующими факторами являются те же, что и в ситуации военных действий. Сразу после травмы у детей обычно появляются следующие симптомы: нарушения сна, ночные кошмары, навязчивые мысли о травматической ситуации, уверенность в том, что травматическая ситуация может повториться, повышенная тревожность, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, психофизиологические нарушения.

У младших детей часто проявляются тенденции к регрессивному поведению (энурез, сосание пальца и зависимость от родителей). Иногда эти же симптомы возникают не сразу после травмы, а спустя довольно продолжительное время.

Дети могут не говорить о своих переживаниях, связанных со стихийными бедствиями, поэтому необходимо обращать внимание на невербальные признаки нарушений, такие как:

- нарушения сна, которые продолжаются дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать;
- страх разлуки с родителями (*цепляющееся поведение*);
- страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи и т. п.), связанного с травматическим переживанием;
- соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье;
- повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе, связанная со страхами или фрустрирующими обстоятельствами.

Утрата близкого человека

Серьезной психологической травмой для ребенка является временная или безвозвратная утрата близкого человека. Это может быть длительное отсутствие, например разлука в связи с госпитализацией ребенка, уход из семьи или смерть близкого человека, в первую очередь — родителей.

Переживания ребенка, соприкоснувшегося с утратой близкого человека, зависят от уровня его интеллектуального и личностного развития, опыта реагирования на сходные ситуации в прошлом, культурных и религиозных традиций семьи, степени эмоциональной привязанности ребенка к покинувшему его человеку. Особенно тяжелые переживания наблюдаются у детей в связи со смертью родителей.

В случае смерти родителя или другого эмоционально близкого человека, у детей, как и у взрослых, могут наблюдаться некоторые общие признаки переживания горя, которые соответствуют описанному Линдеманом синдрому острого горя (Линдеман Э., 1984) (подробнее см. гл. 9). К общим симптомам горя относятся: соматические нарушения (нарушения дыхания, сна, потеря аппетита, физическая слабость); чувство вины; погруженность в образ умершего; чувство злости, враждебности по отношению к окружающим; утрата моделей поведения. Переживание, работа горя как травматический процесс включает в себя несколько периодов:

- первая (начальная) фаза горя — шок и оцепенение (длится от нескольких секунд до нескольких недель);
- вторая фаза — страдания и дезорганизация (продолжается 6–7 недель);
- третья фаза — остаточные толчки и реорганизация (продолжается с 40-го дня в течение года);
- четвертая фаза — завершение.

Дж. Буолби, наблюдая за эмоциональными и поведенческими реакциями ребенка раннего возраста, разлученного с матерью при его госпитализации, выделил следующие фазы переживания ребенком этого травматического события:

- 1) фаза протеста;
- 2) депрессивная фаза с отчаянием и увеличивающейся безнадежностью;
- 3) фаза изоляции и отчуждения.

У ребенка можно выделить некоторые отличные от взрослых наиболее общие моменты реагирования на утрату. К ним относятся:

- краткий период печали;
- отрицание факта смерти (защитная реакция);
- неспособность глубоко понять сущность смерти;
- поиск замещающих объектов (ребенок переключает свои чувства на другого);
- «страх заражения» (боится сам умереть) (Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф., 2003).

У детей переживания в связи с утратой близких зависят от характера представлений ребенка о смерти, в свою очередь обусловленных особенностями возрастного и психического развития ребенка.

У дошкольников в большинстве случаев отсутствует представление о смерти как об универсальном явлении жизни и как об окончательном прекращении жизни. Важной особенностью мыслительной деятельности дошкольника является ее магический характер (смесь фантазий и фактов), в результате чего дошкольник интерпретирует события жизни как результат собственных желаний. Так, например, по данным некоторых авторов, 20 % дошкольников (5–6 лет) считают, что у домашних животных смерть обратима, а около 30 % детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти (Исаев Д. Н., 2004). К примеру, 5-летний мальчик похоронил свою собаку, водрузил крест над могилой и повесил на него 2 банки консервов, считая, что собака может еще проголодаться. Психическая травматизация дошкольника в случае смерти эмоционально близкого ему человека связана в первую очередь с реакцией на разлуку, страхом быть оставленным, брошенным. У дошкольников в этом случае могут наблюдаться периодически интенсивно проявляющиеся чувства печали, грусти. Переживания ребенка обнаруживаются в его играх, снах, фантазиях и симптомах психосоматических расстройств.

У детей 5–9 лет, наряду с моментами магического мышления, наблюдаются явления персонификации смерти. Смерть отождествляется со сказочным, фантастическим персонажем, наделенным некоторыми волшебными качествами: смерть — это покойник, который крадет детей, скелет, невидимое существо, которое прячется на кладбище, стремится быть незамеченным и обладает огромной силой.

Для детей 6–10 лет представления о смерти становятся более реалистичными. Фантастические представления о смерти отступают на второй план. К концу этого возрастного периода формируется представление о смерти как об универсальном законе мира. Мнения о причине смерти у детей данной возрастной группы противоречивы.

В работах отечественных исследователей изучались реакции детей школьного возраста, потерявших одного из родителей. У детей, переживающих смерть матери или отца, наблюдались фобические реакции (страхи), плаксивость. У 33,3 % детей, утративших родителя, отмечались нарушения сна с кошмарными сновидениями. Преобладающими чувствами у детей в этом случае являются чувство одиночества, утраты, эмоциональной пустоты, дистимия, проявляются инактивность, потеря инте-

реса к деятельности. У детей, переживших утрату, часто наблюдаются поведенческие реакции, обусловленные вспышками раздражения, агрессии. У школьников могут разрушаться привычные модели поведения, проявляющиеся в прогулах, школьной фобии.

Подростки, в силу достаточного уровня сформированности отвлеченного мышления, способны принять мысль о смерти, адекватно оценить причины умирания. Универсальность закона смерти, конечность жизни близких и неотвратимость собственной кончины становятся для них очевидной. В исследованиях Н. Г. Дозорцевой изучалась подверженность подростков из неблагополучных семей эмоциональной травматизации в результате смерти близких. Оказалось, что девочки и мальчики по-разному переживают смерть близких членов семьи. Девочки чаще, чем мальчики, связывали смерть родителей, особенно отца, с тяжелыми, оставившими неизгладимый след эмоциональными переживаниями. Как для мальчиков, так и для девочек тяжелым травматическим переживанием является смерть прародителей: бабушек и дедушек, что связано с большей вовлеченностью прародителей в воспитательный процесс в неблагополучных семьях. Причем для мальчиков в большинстве случаев травматична смерть дедушек, а для девочек — утрата бабушек.

Тяжелое соматическое заболевание

Стресс является закономерной реакцией ребенка на тяжелое заболевание. Однако уровень травматизации ребенка в связи с тяжелым заболеванием зависит от особенностей и тяжести самого заболевания, болевого синдрома, успехов лечения, ограничений активности, отрыва от коллектива сверстников и семьи в связи с госпитализацией, от возраста, преморбидных особенностей личности, половой принадлежности, степени осознания дефекта, психологической защиты, опыта переживания в связи с болезнью и смертью близких, имеющихся отклонений от нормативных стадий психического развития, возможности социально-психологической поддержки и специфики внутрисемейных отношений. Наиболее ярко переживания детей в связи с наличием тяжелого заболевания проявляются в феномене внутренней картины болезни.

Р. А. Лурия ввел понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ), под которым он понимал «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах... весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия, ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия Р. А., 1977, с. 38). Автор выделяет «сенситивный» и «интеллектуальный» уровни отражения болезни в психике, которые основываются на ощущениях и размышлениях больного о своих физических страданиях. Последователи Р. А. Лурия рассматривают внутреннюю картину болезни (ВКБ) как сложное, структурированное образование, которое включает четыре уровня отражения болезни в психике заболевшего. *Первый уровень — чувственный, уровень ощущений. Второй уровень — эмоциональный, связан с различными видами реагирования на заболевание. Третий уровень — интеллектуальный, связанный с размышлениями больного*

о своем заболевании, его причинах и последствиях. *Четвертый уровень* — *мотивационный*, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, актуализацией деятельности по сохранению и возвращению здоровья. В. В. Николаева, изучая особенности внутренней картины болезни детей с онкологическими заболеваниями, отмечает, что независимо от нозологической специфики отношение к болезни имеет одни и те же этапы становления, одни и те же закономерности формирования. Жизненная ситуация в условиях тяжелой болезни является травматической и может не только вызвать серьезные расстройства поведения, но и исказить обычный путь развития ребенка. При этом чрезвычайно важен возрастной фактор. От степени зрелости зависит патогенная значимость различных психотравмирующих ситуаций. Выделяют 4 возрастных уровня нервно-психического реагирования ребенка на болезнь: *соматовегетативный* (0–3 года); *психомоторный* (4–10 лет); *аффективный* (7–12 лет); *эмоционально-идеаторный* (12–16 лет) (Ковалев В. В., 1979).

Различные варианты реакции на болезнь у детей описаны клиницистами. Выделяют *тревожно-фобический*, *депрессивно-астенический*, *ипохондрический*, *истерический* и *эйфорически-анозогнозический* варианты нервно-психического реагирования на факт заболевания. При этом отмечается, что преморбидные особенности личности болеющего ребенка в значительной мере предрасполагают к возникновению тех или иных реакций на заболевание.

Среди переживаемых ребенком во время болезни психотравмирующих обстоятельств выделяют госпитализацию, эмоциональные состояния родителей в связи с болезнью ребенка. К таким родительским переживаниям относят: чувство вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Родительские переживания могут вызывать у больных детей аналогичные чувства и усугубить тяжелые эмоциональные состояния детей.

В работе Г. В. Пятаковой были изучены особенности переживаний, проявляющихся в особенностях ВКБ у подростков 10–14 лет, страдающих тяжелым соматическим заболеванием — ювенильным хроническим артритом (ЮХА). Особенности развития заболеваний у подростков с ЮХА связаны с наличием в их жизни стрессогенных событий и обстоятельств: наличие физического недостатка и болевого синдрома, нарушения передвижения, нарушение взаимодействия со сверстниками, необходимость госпитализации и сложного хирургического лечения. Прослеживалась возрастная динамика переживаний больных подростков 10–11, 12–13 и 14–15 лет. Данные точки на возрастном континууме были выбраны как переломные в становлении физиологической, психологической и социальной линий в развитии подростка. Результаты клинико-биографического обследования свидетельствовали о том, что больные подростки в своей жизни часто сталкивались с трудностями, вызывающими переживания травматического характера. Ограниченные возможности общения со сверстниками, дисгармоничные отношения в семьях у подростков с ЮХА вызывали дополнительные негативные переживания. Оказалось, что у подростков 10–11 и 12–13 лет в структуре личности преобладают эмоциональная неустойчи-

вость, тревожность; у подростков 14–15 лет — тревожность, робость, неуверенность в своих силах, чувство собственной малоценности. При этом эмоциональные факторы оказались ведущими в организации поведения и интеллектуальной деятельности больных подростками трех возрастных групп. В структуре отношения к болезни у подростков с ЮХА преобладал эмоциональный уровень, когнитивная составляющая болезни подростков с ЮХА оказалась неполной, редуцированной. С возрастом формирование когнитивного уровня в структуре отношения к болезни у подростка с ЮХА сопровождалось усилением негативных переживаний, развитием защитных форм поведения и восприятия болезни (Пятакова Г. В., 2005).

Жестокое обращение

Что является причиной насилия над ребенком?

Современные исследователи трактуют насилие как мультифакторный феномен, включающий жестокое обращение с ребенком, порождаемое обстоятельствами общественного порядка, экономическими, социальными, социально-психологическими (социальная изолированность родителей) и клинико-психологическими причинами (психопатология родителей, система ценностей родителей, нарушенные детско-родительские отношения).

Выделяют следующие виды насилия или жестокого обращения (Руководство по предотвращению насилия..., 1997):

Физическое насилие (жестокое обращение) — это паттерны поведения взрослого по отношению к ребенку (до 18 лет), когда ребенку умышленно наносят или не предотвращают телесное повреждение.

Физическое насилие выражается в виде ударов, пинков, заключения в запертом помещении, избияния ремнем, причинения увечий различными предметами. Физическое насилие включает также вовлечение ребенка в употребление наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ.

На факт физического жестокого обращения с ребенком указывают:

- телесные повреждения необъяснимого происхождения, включая раны, ссадины, синяки, ожоги на теле, переломы костей, повреждения внутренних органов;
- особенности поведения пострадавшего ребенка, страх конкретных лиц или обстоятельств, склонность к саморазрушительным поступкам.

Сексуальное насилие (сексуально-порочное обращение с ребенком) — использование ребенка взрослым человеком для удовлетворения сексуальных потребностей или получения выгоды. Сексуальное насилие включает в себя любую активность сексуального плана, которая выходит за рамки норм общения с ребенком, включая сексуальное развращение, вовлечение ребенка в проституцию, порнобизнес.

О сексуальном насилии речь идет и в том случае, если ребенок добровольно идет на сексуальный контакт или является инициатором такого контакта со взрослым.

Самое страшное сексуальное насилие — инцест — кровосмешение — сексуально-порочное отношение к ребенку со стороны родственников. Существует мнение,

что большинство сексуальных покушений в отношении детей совершают посторонние. Однако статистические данные свидетельствуют об обратном. Оказывается, что 75 % насильников знакомы детям, 25 % — совершенно незнакомы, в 45 % насильником является родственник, в 30 % — более дальний знакомый. Среди родственников насилие наиболее часто совершается отцом, отчимом, опекуном, реже — братом или дядей. К факторам, детерминирующим инцест, относятся: власть взрослого, сексуальная неудовлетворенность мужчины, эмоциональная близость отца и дочери, алкоголь, наркотики, внешние обстоятельства, возможность находиться наедине с детьми, необходимость преодолеть сопротивление ребенка, невмешательство матери.

Процесс сексуального насилия имеет свое развитие и включает несколько этапов.

1. Первый этап — *вступительный*. На этом этапе случайно или намеренно создается ситуация, когда ребенок остается наедине со взрослым. Далее насильник стремится намеренно повторить ситуацию. Если взрослый хорошо знаком ребенку, то, как правило, его поведение не вызывает подозрений у самого ребенка или у членов его семьи. И таким образом ребенок оказывается в опасном контакте с человеком, который стремится к противоестественной близости с несовершеннолетним.
2. Второй этап — *сексуальный акт*. На этом этапе взрослый производит действия, которые готовят ребенка к сексуальному акту — обнажается. Частично или полностью раздевает ребенка, ласкает его. Если ребенок воспринимает действия насильника как нечто естественное, как игру, то насильник от невинных прикосновений может перейти к ласкам интимного характера, а затем и к половому акту.
3. Третий этап — *этап секретности*. Насильник должен контролировать поведение ребенка, чтобы сохранить в секрете происходящее. Для этого на ребенка оказывается психологическое и в некоторых случаях физическое давление. Ребенок, насилуемый взрослым, живет под воздействием угрозы физической расправы или угрозы потери любви близких. Страх стать причиной бед и несчастий, а в случае инцеста — «разрушителем семьи», заставляет ребенка хранить молчание о происходящем в течение длительного времени, иногда в течение нескольких лет.
4. Четвертый этап — *раскрытие*. На этом этапе случайно или намеренно открывается правда о происходящем с ребенком. При случайном раскрытии факты насилия обнаруживаются третьим лицом или в связи со специфическими физическими повреждениями на теле ребенка, венерическими заболеваниями, беременностью и т. д. В данных обстоятельствах ни насильник, ни жертва не готовы к раскрытию. И, как это ни парадоксально, жертва может отреагировать негативно на попытки изменить ситуацию и оказать ей помощь. В случае намеренного раскрытия факта насилия ребенок сам решается рассказать другому человеку о случившемся. Таким человеком может стать другой ребенок — ровесник, реже родители или другие взрослые.

5. Пятая фаза — *подавление*. Раскрытие сексуального злоупотребления всегда сопровождается травматическими переживаниями у собственно пострадавшего и у членов его семьи. Сознательно или бессознательно семья стремится отгородиться от приносящей душевные страдания информации о сексуальном злоупотреблении, игнорировать происшедшее, надеясь, что и ребенок обо всем забудет. Если насилие происходило в семье, то ближайшие родственники ребенка могут оказывать на него давление, добиваясь, чтобы он отказался от своих слов.

Пренебрежение интересами и нуждами ребенка, или заброшенность, — отсутствие должного обеспечения основных материальных, образовательных, эмоциональных нужд и потребностей ребенка, оставление детей без присмотра.

Выделяют следующие виды пренебрежения (заброшенности) ребенка.

1. *Физическая заброшенность*, выражается в том, что ребенок оказывается лишенным соответствующего питания; одежды, которая может уберечь ребенка от негативных погодных условий; соответствующего ухода с соблюдением элементарных гигиенических правил (например, маленькому ребенку не меняют пеленки, памперсы).
2. *Эмоциональная заброшенность*, выражается в невнимании к ребенку, игнорировании нужд ребенка, отсутствии одобрения, нежелании эмоциональной близости с ребенком. В результате не удовлетворяются базовые потребности ребенка во внимании, любви, общении, защищенности.
3. *Заброшенность (запущенность) здоровья* ребенка. Родители (или опекуны) не реагируют на соматические жалобы ребенка, не обращаются к врачу, игнорируют рекомендации медиков.
4. *Пренебрежение образованием* ребенка. Родители (или опекуны) проявляют бездействие или не оказывают поддержки ребенку в получении образования или развитии способностей, не интересуются школьными успехами ребенка или трудностями в учебе.

Наиболее ярко жестокое обращение в форме пренебрежения проявляется в форме беспризорности, которая объединяет в себе физическую, эмоциональную заброшенность, пренебрежение здоровьем и образованием ребенка. Заброшенные или беспризорные дети, как правило, почти полностью лишены внимания со стороны взрослых.

Психологическое насилие — это психологическое жестокое обращение, которое носит систематический характер.

Психологическое жестокое обращение выражается в форме оскорблений, издевательств и высмеивания ребенка, унижения его человеческого достоинства, демонстрации нелюбви, неприязни к ребенку, предъявлении ребенку требований, не соответствующих его возрастным возможностям.

В отдельную форму выделяется также *эмоциональное насилие*. Некоторые исследователи полагают, что в основе любой формы насилия, в том числе и сексуального,

лежит насилие эмоциональное, депривация, отвержение, которое оказывается «особенно коварным» и «причиняет значительный ущерб развитию личности и формированию механизмов совладания».

Школьное насилие представляет собой насилие учителей и детей-школьников по отношению к отдельным ученикам и включает в себя две составляющие: эмоциональное и физическое жестокое обращение.

Эмоциональная составляющая школьного насилия проявляется в виде насмешек, необъективных оценок, унижения в присутствии других детей, отказа от общения с ребенком — жертвой насилия.

К *физическому аспекту* школьного насилия относят шлепки, подзатыльники, избиения, порчу и отнятие вещей.

Жертвой школьного насилия чаще всего становятся дети, отличающиеся от других. К этой категории детей можно отнести школьников, имеющих физические недостатки или видимые отличия внешности; школьники с нарушением соматического или нервно-психического здоровья; школьники, не имеющие опыт общения в детском коллективе и испытывающие страх перед школой; школьники с низким интеллектом и трудностями в обучении; дети, воспитывающиеся в дисгармоничных семьях.

Как правило, ребенок-жертва страдает одновременно от нескольких форм насилия:

- 1) *физическое жестокое обращение* — любое неслучайное нанесение повреждения ребенку родителем или лицом, осуществляющим опеку;
- 2) *сексуальное насилие* над детьми — использование ребенка и подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения;
- 3) *пренебрежение* — хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка в пище, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре;
- 4) *психологическое насилие*, в которое включается психологическое пренебрежение (последовательная неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить ребенку необходимую поддержку, внимание и привязанность) и психологическое жестокое обращение (такие формы поведения, как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка, носящие хронический, систематический характер).

Наиболее часто жертвами жестокого обращения, как со стороны взрослых, так и сверстников, становятся дети (Тарабрина Н. В., 2001):

- воспитывающиеся в дисгармоничных, конфликтных семьях;
- воспитывающиеся в семьях, где ведущими подходами к ребенку является доминирующая гиперпротекция, жесткое подавляющее отношение к ребенку;
- воспитывающиеся в условиях гипопротекции, где ведущим отношением к ребенку является эмоциональное отвержение, безнадзорность, отсутствие санкций и требований, т. е. предоставленные улице;
- с задержкой психофизического развития;

- отличающиеся повышенной тревожностью и боязливостью, склонные к невротическому реагированию;
- страдающие психическими расстройствами;
- малыши в силу их беспомощности.

Таким образом, особенности переживания ребенком психотравмирующей ситуации могут проявляться в эмоциональных, поведенческих и познавательных характеристиках ребенка. Выделяют общие и специфические черты переживания детьми различных травматических ситуаций. Специфика травматических переживаний в детском возрасте зависит от характера психотравмирующей ситуации и индивидуально-психологических особенностей ребенка.

Английский психолог Алиса Миллер в 1980 г. в книге «Для твоего собственного блага» сформулировала так называемую «отравляющую педагогику» — комплекс воспитательных воздействий, которые ведут к развитию травмированной личности.

- Родители — хозяева (не слуги!) зависимого от них ребенка.
- Они определяют, что хорошо и что плохо.
- Ребенок несет ответственность за их гнев. Если они сердятся — виноват он.
- Родители всегда должны быть защищены.
- Детское самоутверждение в жизни создает угрозу авторитарному родителю.
- Ребенка надо сломить, и чем раньше — тем лучше.

Все это должно произойти, пока ребенок еще совсем маленький, не замечает этого и не может разоблачить родителей.

Методы, которыми добиваются послушания, разнообразны: психологические ловушки, обман, двуличность, увертки, отговорки, манипуляции, тактика устрашения, отвержение любви, изоляция, недоверие, унижение, опозоривание — вплоть до истязания, обесмысливание и обесценивание взрослыми всего того, что делает ребенок в семье («У тебя руки не из того места растут — лучше ничего не трогай!»; «Все равно ничего хорошего не получится!»).

Основываясь на этих «правилах», «отравляющая педагогика» формирует у детей следующие деструктивные установки, представления и мифы:

- любовь — это обязанность;
- родители заслуживают уважения по определению — просто потому, что они родители;
- дети не заслуживают уважения просто потому, что они дети;
- высокая самооценка вредна, а низкая делает людей альтруистами;
- нежность (сильная любовь) вредна;
- удовлетворять детские желания неправильно. Суровость, грубость и холодность — хорошая подготовка к жизни;
- лучше притворяться благодарным, чем открыто выражать неблагодарность;
- то, как ты себя ведешь, важнее того, что ты на самом деле собой представляешь;
- родители не переживут, если их обидят;

- родители не могут говорить глупости или быть виноватыми;
- родители всегда правы, они не могут ошибаться.

Добросовестное следование правилам «отравляющей педагогики» формирует зависимую личность с низкой социальной толерантностью, ригидную, с убитой душой, которая, вырастая, сама становится душегубом. Родители совершенно искренне убеждены, что делают все для блага ребенка, при этом его калеча. Законы межпоколенной передачи неумолимы, и все повторяется опять, но уже в новом поколении.

А. Миллер среди родительских мотивов выделяет следующие:

- бессознательная потребность перенести на другого унижение, которому они сами когда-то подвергались;
- потребность дать выход подавленным чувствам;
- потребность обладать живым объектом для манипулирования, иметь его в собственном распоряжении;
- самозащита, в том числе потребность идеализировать собственное детство и собственных родителей посредством догматического приложения (переноса) родительских педагогических принципов на своего ребенка;
- страх проявлений, которые у них самих когда-то были подавлены, проявлений, которые они видят в собственных детях, тех, что должны быть уничтожены в самом зародыше;
- желание взять реванш за боль, которую родители когда-то пережили.

Очевидно, что если присутствует хотя бы один из перечисленных мотивов, то шанс изменить родительский паттерн поведения достаточно низок.

Однако все это не означает, что дети должны воспитываться без всяких ограничений. Ненасильственная коммуникация основывается на уважении со стороны взрослых, терпимости к детским чувствам, естественности педагогических воздействий, т. е. зависимости от педагогических принципов.

8.4. Психическая травма и ее последствия в детском возрасте

Тяжелая психотравмирующая ситуация может стать причиной психического расстройства, предболезненного состояния, нарушений адаптации или отклонения в развитии в детском возрасте. Однако проблема причинной обусловленности последствий переживания психотравмирующих ситуаций неоднозначна. Одни психотравмирующие обстоятельства способны сразу вызвать выраженные расстройства, другие являются причиной отдаленных последствий. Отдельные симптомы, свидетельствующие о травматических переживаниях у детей и подростков, могут появляться сразу же после травмирующих событий, другие — через значительный промежуток времени.

Состояния, связанные с переживанием травматического стресса, могут быть временными, проходящими или принимать хронический характер. Тяжелая психотрав-

Психиатры обследовали 20 детей через 7–10 дней после землетрясения в Крыму. Оказалось, что в отличие от взрослых у детей наблюдаются рудиментарные, сглаженные реакции в ответ на психическую травму. Как правило, вслед за ощущениями (ощущения шаткости почвы), у детей наблюдались моторные реакции без грубых психотических нарушений.

У некоторых детей признаки переживания событий, связанных с терактом, могут возникнуть спустя несколько недель после трагических событий. Так, у девочки 7 лет, пострадавшей во время теракта в Беслане и получившей механические травмы и ожоги, переживания были связаны с болезненными лечебными процедурами и хирургическими вмешательствами. У нее наблюдались раздражительность, плаксивость, нарушения сна, страхи предстоящих оперативных вмешательств. Внешние признаки переживаний, связанных непосредственно с терактом, отсутствовали. Однако через 2–3 недели после беслановских событий девочка испытала сильную жажду и употребляла воды в 2–2,5 раза больше своей обычной нормы, отказывалась есть твердую пищу (Вартапетян В. Л., Сухарев И. П., Гаврикова Е. В., 2008).

мирующая ситуация может стать причиной психического расстройства, предболезненного состояния, отклонений в развитии. Травматический опыт и недостаточная зрелость адапционных механизмов в детском возрасте могут явиться причиной дезадаптационных проявлений *клинического или доклинического уровней.*

Основными векторами восприятия выраженности болезненных проявлений у детей, переживших психическую травму, и критериями разделения клинического и доклинического уровней дезадаптации в условиях психической травматизации у ребенка, имеющего опыт переживания экстремальных или кризисных ситуаций, выступают категории нормы и патологии. Интуитивное представление о норме, как правило, совпадает с представлением о здоровье, в том числе с представлением о психическом здоровье. Однако содержательное определение нормы как теоретического конструкта сложнее и требует мультидисциплинарного подхода.

К дезадаптационным проявлениям доклинического уровня относят состояния предболезни (нерезко выраженные отдельные симптомы болезненного состояния с признаками нерезко выраженной дезадаптации в социальной сфере), проявления общего девиантного синдрома дезадаптации, нерезко выраженные отклонения в психическом развитии. Примером дезадаптационных нарушений доклинического уровня может служить преневротическое состояние, отражающее транзиторные реакции невротического уровня в связи с психической травматизацией, либо постепенный переход от здоровья к развернутой форме невроза. В детском возрасте невротические проявления могут наблюдаться как появляющиеся и быстро проходящие аффективные, фобические, псевдосоматические отдельные нарушения. Признаками преневротического состояния в детском возрасте являются: повышенная истощаемость, снижение мотивации к учебе, сниженная работоспособность, поведенческие нарушения в виде излишней суетливости.

Девочка, 8 лет, была помещена в больницу в состоянии обездвиженности. Она неподвижно лежала на кровати с закрытыми глазами, отвечала еле слышным голосом, лицо было маскообразным, бледным. Из анамнеза известно, что девочка из хорошей семьи, развивалась по возрасту. За день до госпитализации она пришла из школы. Дома никого не было, должна была прийти бабушка. Зная это, девочка в ответ на звонок открыла дверь. Ворвались двое пьяных мужчин устрашающего вида. Один из них был с пистолетом. Они стали кричать на девочку, угрожать ей, требовали найти деньги. Девочку

спас вовремя подоспевший сосед. Через час пришла мать и нашла девочку скованной, дрожащей, озирающейся, не отвечающей на вопросы. Ее пытались уложить в постель — она кричала, плакала, звала на помощь. Мать дала ей валериановые капли, и на некоторое время девочка уснула. Ночью несколько раз вскакивала, плакала, звала на помощь, во сне обмочилась. Утром жаловалась на головную боль, вся горела. В контакт почти не вступала, сознание было неясным. Испытывала жуткий страх, была уверена, что ее или ее мать убьют. Девочка до вечера лежала, сжавшись в комок. При любом обращении

к ней вскрикивала «убьют, убьют!», отказывалась есть. Так продолжалось в течение трех дней. На третий день мать вызвала психиатра. В больнице в первый день — скованна, малоподвижна, почти не разговаривала. После лечения состояние нормализовалось — успокоилась, мимика стала живой и выразительной, общалась со сверстниками. Свое состояние объясняла «страхом перед дядьками». На 3-й день пребывания в больнице остались только склонность к тахикардии, покраснению, потливости, страх закрытых помещений (Гурьева В. А. 1996).

Отмечаются также признаки вегетативной лабильности: сердцебиения, потливость, повышенная чувствительность к холоду или жаре, непереносимость громких звуков. Отмечаются также снижение аппетита и нарушения сна.

Другим примером дезадаптационных нарушений доклинического уровня может служить синдром, являющийся предвестником болезненных или поведенческих нарушений в детском и подростковом возрасте, — *общий девиантный синдром адаптации (ОДСА)*. ОДСА — это когнитивные, эмоциональные, поведенческие нарушения донозологического уровня, затрудняющие адаптацию. Симптомы ОДСА неспецифичны, полиморфны. Симптомокомплекс ОДСА включает в себя нарушения познавательной деятельности, снижение интеллектуальной продуктивности, трудности сосредоточения, неуверенность в себе, тревожность, мотивацию, избегание неуспеха, отсутствие источников социальной поддержки, пессимистическое отношение к миру, пониженное настроение, неудовлетворенные потребности в общении, пониженную активность, низкую продуктивность деятельности, конфликтность, замкнутость.

К дезадаптационным проявлениям клинического уровня относят синдром ПТСР, нервно-психические расстройства, выраженные проявления дизонтогенеза (задержки психического развития психогенного генеза, психогенные патологические формирования личности), психогенные нарушения.

Термин «психогении» (психогенные расстройства, психогенные заболевания, психогенные реакции) принят в отечественной психиатрии как *обобщающее понятие, отражающее связь заболевания с психогенной травмой*.

Под психогениями понимают обратимые (функциональные, излечимые) расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на воздействие психической травмы и подчиняющиеся определенным закономерностям клинического оформления, течения и исхода.

Психогении являются самыми частыми заболеваниями в детском и подростковом возрасте. По данным ВОЗ, 45 % всех психических заболеваний у детей связаны со стрессами. Спектр клинических форм психогенных расстройств в детском возрасте широк и разнообразен.

Основными клиническими формами психогений являются психореактивные состояния и неврозы. В международной классификации болезни (МКБ-10) эти расстройства детского и подросткового возраста соответствуют рубрикам «эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста» и «расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста».

Психогенные реакции (реактивные состояния) — это кратковременные расстройства психотического или непсихотического уровней. Реактивные состояния развиваются вслед за сверхсильными травмами и сопровождаются эмоциональными расстройствами: страхом, паническими и депрессивными реакциями.

К психогенным реакциям психотического регистра относят аффективно-шоковые реакции двух вариантов: первый — реакции, сопровождающиеся состояниями страха вплоть до паники, хаотического двигательного возбуждения при аффективно суженном сознании. В поведении это проявляется тем, что дети мечутся, громко кричат, не реагируют на обращение. Второй — реакции, сопровождающиеся страхом с выраженной речедвигательной заторможенностью вплоть до психогенного ступора. Поведенческие проявления второго варианта шоковой реакции обнаруживаются, например, в феномене «мнимой смерти» — дети цепенеют, застывая в одной позе.

Неврозы развиваются в особо значимых для ребенка ситуациях, возникают чаще при хронической психической травматизации и проявляются под влиянием особо значимого для ребенка психотравмирующего события и личностной предрасположенности к невротическому реагированию. Еще со времен Кречмера известно, что психическая травма должна подходить к личности травмированного как ключ

к замку — только в этом случае возможно появление невротических симптомов.

Невроз — это функциональные болезненные состояния, возникающие в условиях незавершившейся психотравмирующей ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение (с иррадиацией в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность в ликвидации создавшегося положения (Семке В. Я., 1988).

В детском возрасте невроз — это психогенное заболевание развивающейся личности в условиях патогенного фактора, осложняющего процесс развития и способствующего нарастанию нервно-психического напряжения у родителей и ребенка (Захаров А. И., 1988). В МКБ-10 для детского и подросткового населения не предусмотрена рубрика, соответствующая невротическим расстройствам — все неврозы детского возраста отнесены к тревожным и поведенческим расстройствам.

Одной из наиболее частых форм невроза является невроз страха, проявляющийся, в частности, в невротическом страхе за жизнь и здоровье. Такой страх возникает чаще после психической травмы, связанной с болезнью или смертью близких.

Последствия переживания травматических ситуаций могут проявляться в виде психосоматических расстройств. Психосоматические заболевания имеют значительную распространенность среди детей и подростков. У 40–68% пациентов педиатров выявляются психосоматические расстройства (Исаев Д. Н., 2004).

Психосоматические расстройства — расстройства функций органов и соматических систем, в происхождении и в течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (накоплению отри-

Девочка М., 14 лет. Ранний медицинский анамнез отягощен, однако девочка росла и развивалась по возрасту. Мать девочки тревожно-мнительная. Девочка росла робкой, плаксивой, плохо ела и спала. В школу была определена вовремя, успешно училась, отличалась тревожностью, неуверенностью в себе. К матери была очень привязана, тревожилась, если та задерживалась хотя бы на час. В возрасте 11 лет перенесла сразу несколько психических травм (погибли в автокатастрофе ее отец, сестра и брат). Тяжело переживала, испытывала тоску, ночные кошмары, затем стала еще больше тревожиться за жизнь матери, появился животный страх потерять ее. Стала бояться городского транспорта. Испытывала при поездках удушье. Пристально следила за сообщениями об автокатастрофах. В дальнейшем у нее стали повторяться приступы страха, сопровождавшиеся сильным напряжением, дрожью, потливостью, сердцебиением, затруднением дыхания, резкой бледностью. В периоды приступов испытывала паническую тревогу, уверяла, что ее ждет какая-то большая беда. В беседе с врачом высказывала различные соматические жалобы, находила у себя признаки страшных заболеваний (Гурьева В. А., 1996).

цательных эмоций). Происхождение психосоматических расстройств современные исследователи связывают с негативным влиянием социальных, биологических и психологических вредностей.

Выделяют значительное число факторов, участвующих в генезе психосоматических расстройств:

- неспецифическую наследственную и врожденную отягощенность соматическими нарушениями;
- наследственную предрасположенность к психосоматическим заболеваниям;
- изменения в деятельности центральной нервной системы;
- личностные особенности;
- психическое и физическое состояние ребенка во время действия психотравмирующего события;
- неблагоприятный фон семейной ситуации;
- особенности психотравмирующих событий.

К психосоматическим расстройствам, наблюдаемым в детском и подростковом возрасте, относят:

- 1) психосоматические реакции (головные боли, расстройства сна, энурез, рвота и т. д.). Психосоматические реакции возникают непосредственно вслед за переживаемыми событиями;
- 2) функциональные психосоматические нарушения — расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания. Такие расстройства продолжительны, но не сопровождаются органическим поражением внутренних органов и систем. Подобные расстройства связывают обычно с однократными или хроническими психотравмирующими событиями в жизни ребенка;
- 3) психосоматические болезни — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, коронарная болезнь сердца, бронхиальная астма, нейродермит, ревматоидный артрит и др. Для психосоматических заболеваний характерны нарушения структуры внутренних органов.

Проявления отдаленных последствий травматического стресса у детей совпадают в общих чертах с характеристиками посттравматических переживаний у взрослых и могут быть описаны согласно классификатору DSM-IV и МКБ-10, пятью критериями: А, Б, В, Г и Д (Тарабрина Н. В., 2001). В то же время особенности посттравматического стресса имеют свою специфику в детском возрасте и определяются особенностями возрастного развития и незрелостью защитно-компенсаторных систем организма и личности ребенка.

Критерии посттравматического стресса включают в себя общие со взрослыми и специфические для детского населения проявления.

1. Ребенок или взрослый был участником или свидетелем травмирующего события и испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас. В международных

классификация психических расстройств к таким травмирующим событиям относят угрозу смерти или серьезных повреждений по отношению к себе или к другим людям. У детей могут вызвать страх, беспомощность, ужас и другие ситуации, например насилие, хирургическое вмешательство, вынужденная разлука с родителями. Эмоциональные реакции страха и беспомощности у детей сопровождаются дезорганизацией поведения с признаками ажитации или агрессивности (критерий А).

2. К общим признакам травматического стресса у детей и взрослых относят повторное переживание травматического события в форме повторяющихся и непроизвольно всплывающих в сознании воспоминаний о событии, повторяющихся кошмарных сновидений, в повторяющихся действиях и чувствах, обманах восприятия, пережитых во время травматического события. Специфика симптомов повторных переживаний у детей заключается в том, что пережитые травматические события находят выход в детских играх и рисунках. Сюжеты детских игр и рисунков отражают содержание травмирующих событий. Например, дети, пережившие госпитализацию и хирургические вмешательства, часто играют в больницу, во врачей. Столкнувшиеся со смертью могут играть в похороны и т. п. Особенностью игровых действий в этом случае является то, что игра носит повторяющийся, однообразный, монотонный характер без элементов развития и катарсиса.

Травматическая игра значительно отличается от обычной имитационной игры — в обычных условиях игра сопровождается положительными эмоциями. Травматическая игра характеризуется однообразием и, отражая элементы травматической ситуации, вызывает тревогу и страх. Обычная игра является целесообразным поведением — служит развитию и социализации ребенка. Так, ролевая игра включает в себя широкий диапазон ролей (мама, папа, врач, воин и др.) и отличается импровизациями. Травмати-

Алеша Ж., 12 лет. Поступил на гастроэнтерологическое отделение с жалобами на нечетко локализованные боли в животе в связи с приемом пищи, тошноту, рвоту. Сниженный аппетит в течение двух месяцев. Анамнез, клинико-лабораторные и эндоскопические исследования свидетельствуют о функциональных расстройствах желудка, дискинезии желчевыводящих путей. Мальчик родился недоношенным, часто болел простудными заболеваниями, с раннего возраста ребенок характеризовался как впечатлительный, ранимый, боязливый. До 7 лет воспитывался в условиях мелочной опеки, с первого класса школы родители начали предъявлять к мальчику повышенные требования. После того как мальчик был переведен в новую школу со спортивным уклоном, у него возник конфликт с учительницей, которая унижала мальчика перед сверстниками за отсутствие способностей. Во время очередного конфликта у ребенка возникла рвота, которая стала повторяться на каждом уроке математики и даже при случайной встрече с учительницей в школе, позднее появились боли в животе.

ческая игра в точности повторяет сюжет травмы. Ребенок здесь играет самого себя, переживая при этом отрицательные эмоции. Травматическая игра нецелесообразна. Имитационная игра в обычных условиях наблюдается у детей в возрасте от 3 до 12 лет. Травматическая игра может продолжаться и в последующие годы, а у взрослых она видоизменяется в травматическую деятельность. Например, при наличии у человека способностей к изобразительной деятельности это может воплотиться в специфических сюжетах картин и рисунков. Феномен повторных переживаний у детей может наблюдаться в форме кошмарных сновидений, о которых ребенок в силу своего возраста не всегда может рассказать. Взрослые, наблюдающие за ребенком, могут судить о наличии у ребенка повторных переживаний по косвенным признакам: трудности засыпания, сноговорение, крик во сне, вскакивание с постели, хождение во время сна, пробуждение с плачем. Кошмарные сны и связанные с ними реакции у детей, имеющих травматический опыт, как правило, носят повторяющийся в течение длительного времени характер. Это один из признаков непреодоленного травматического опыта (критерий Б).

3. У детей и взрослых возможны интенсивные негативные переживания, сопровождающиеся физиологической активностью при столкновении с ситуацией, напоминающей о травматическом событии. У детей могут появиться страхи, опосредованно связанные с травматическими событиями и кажущиеся взрослым немотивированными. Например, у детей, перенесших сложное и болезненное лечение, часто наблюдается так называемый страх белых халатов. У детей, переживших госпитализацию, могут наблюдаться страх разлуки с родителями, «цепляющееся» поведение. У детей, оказавшихся заложниками и переживших трагедию в Беслане, отмечался страх бородатых мужчин, напоминавших террористов (критерий В).

4. У детей и взрослых возможны реакции избегания всего, что может быть связано с травмой (избегания мыслей, разговоров, мест, людей, прежних видов деятельности — т. е. того, что способно напомнить о травматическом событии в прошлом). У детей и взрослых может наблюдаться блокировка общей способности к реагированию, феномен оцепенения, застывания — поведенческие проявления, не наблюдаемые до травмы. Дети могут на длительное время утратить приобретенные ранее навыки. Например, ребенок, овладевший речью, перестает разговаривать, теряет приобретенные ранее навыки опрятности. Могут возникать ощущения отдельности, отчужденности от других взрослых и детей, возникает изменение временной перспективы: дети не могут представить себе ближайшее будущее, не видят себя в отдаленной перспективе взрослыми (критерий Г).

5. У детей и взрослых могут наблюдаться нарушения привычной деятельности, снижение интереса к ранее предпочитаемым вещам и занятиям. У детей могут наблюдаться проблемы в учебе, возникать конфликтные ситуации в школе и в среде сверстников (критерий Д).

У ребенка развитие посттравматического стресса проходит 5 фаз:

- 1) *фаза тревоги* — немедленная реакция на событие, чаще проявляется в тревожном, ажитированном поведении;

- 2) *фаза отрицания* — здесь возможно проявление таких симптомов, как психогенная амнезия, нарушения сна: прерывистый сон, бессонница, двигательная расторможенность, импульсивность, психосоматические расстройства;
- 3) *фаза навязчивости* — для этой фазы характерны повышенная физиологическая и эмоциональная возбудимость, нарушения сна, эмоциональная лабильность;
- 4) *фаза прорабатывания* — в ней ребенок может частично или полностью осознать причины случившегося, принять неизбежность потерь;
- 5) *фаза завершения* — этап возрождения к жизни. На этом этапе появляется интерес к жизни, способность строить планы на будущее.

Некоторые авторы отмечают, что ПТСР отличаются большей распространенностью среди детского населения. При широком обследовании населения обнаружилось, что ПТСР у взрослых людей колеблется в диапазоне от 1 до 14% с вариативностью, связанной с методами обследования, особенностями популяции, частотой травматических событий в популяции (Тарабрина Н. В., 2001), в то время как вероятность возникновения синдрома ПТСР у детей, переживших любые виды травмирующих событий, составляет 36% (Трубицина Л. В., 2012). Скрининговое обследование учащихся старших классов обычной школы Л. В. Трубициной показало, что у 29% детей наблюдаются клинические признаки симптомологии ПТСР. У детей процесс переживания психологической травмы часто отличается большей тяжестью и приобретает неблагоприятное течение. Например, в лонгитюдном исследовании, проведенном зарубежными исследователями, изучались симптомы ПТСР у детей, переживших дорожно-транспортное происшествие, по истечении 3–4 месяцев после аварии. Оказалось, что у 35% этих детей наблюдаются отдельные симптомы ПТСР средней и выраженной степени. Проведенное ЮНИСЕФ и правительством Хорватии обследование 5000 школьников показало, что свыше трети детей-эмигрантов имели признаки стрессового расстройства с высоким риском психического заболевания. В США в 1996 г. 938 детей и подростков в возрасте до 21 года получили повреждения в дорожно-транспортных происшествиях, 25% этих детей страдают от ПТСР. У половины детей 8–16 лет, попавших в ДТП, развились ПТСР, а также другие психические расстройства: большое депрессивное расстройство, тревожное расстройство. У 17% этих детей симптомы ПТСР сохранялись и через полгода. 80% детей с диагностированными пограничными расстройствами подвергались травме, чаще всего сексуальному насилию или жестокому обращению, или были свидетелями причинения вреда родственнику или близкому человеку, у трети этих детей выявлено ПТСР (там же).

Травматические переживания могут приводить к отдаленным последствиям, не только в форме ПТСР, но и в форме нарушений доклинического уровня, в частности в форме отдельных симптомов ПТСР. Например, в Хорватии выявилась клинически особая картина ПТСР у детей-эмигрантов: у них преобладали симптомы избегания и в меньшей степени проявлялись симптомы возбуждения. Тяжесть последствий психической травматизации может зависеть от разных факторов: содержательной характеристики травмы, характера психотравмирующих событий. Наиболее травматичной

для детей оказывается ситуация, когда ребенок становится свидетелем причинения вреда родителям или другим близким людям. В этом случае чаще всего развивается развернутая картина ПТСР. У детей, побывавших в ситуациях, связанных с военными действиями, и у детей, оказавшихся в потоке беженцев, распространенность ПТСР составляет 15–50 %, а у детей, переживших физическое, сексуальное насилие или дорожно-транспортное происшествие, — 20–43 %. Выраженность последствий травмирующих событий зависит также от других факторов — тяжести травмирующих событий, индивидуально-психологических особенностей пострадавшего. При этом разнообразии и специфичности симптоматических проявлений ПТСР, как показывают современные исследования (Падун М. А., Котельникова А. В., 2012), в большей степени связаны с тяжестью травмы и индивидуальной уязвимостью человека.

Современные исследователи подтверждают также положения психоанализа о связи между возрастом пострадавших на момент получения психической травмы и тяжестью ее последствий. В исследованиях, посвященных изучению особенностей ПТСР в детском возрасте, показано, что у детей дошкольного возраста синдром ПТСР чаще всего проявляется в симптомах повторного переживания или эмоционального оцепенения, что обнаруживается преимущественно в виде игровых действий. В игровой ситуации навязчиво воспроизводятся элементы событий, отражающих наиболее эмоционально значимые содержательные характеристики травмы. Например, после перенесенной природной катастрофы дети настойчиво воспроизводили в игровых действиях одну и ту же ситуацию, связанную с гибелью и похоронами людей. Нарушение игровой деятельности может отражать и симптомы, связанные с блокировкой эмоциональных реакций, снижением позитивных чувств, интереса к деятельности. При этом у детей наблюдается распад игровой деятельности или полное ее отсутствие. Симптомы повышенной возбудимости могут проявляться в нарушениях, снижении устойчивости и способности к концентрации внимания. Для данного возраста наиболее типичными последствиями травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность. У детей школьного возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии. У подростков также отмечаются различные соматические жалобы, по результатам медицинских осмотров не имеющие органической природы. Как один из симптомов ПТСР у них может появляться *вина выжившего*. Результаты многолетних наблюдений за пострадавшими от землетрясений (по данным исследований, проведенных под руководством Л. Наджаряна) показывают, что существуют выраженные различия форм посттравматической психопатологии в различных возрастных группах. У детей младшего возраста и младенцев (0–5 лет) в 70 % случаев преобладали нарушения речи или ее развития, сочетающиеся с другими формами проявления ПТСР, неврологическими синдромами, поведенческим негативизмом и энурезом. У детей 6–12 лет ведущими болезненными проявлениями становятся ПТСР и энурез, дополняемые расстройствами речи, неврологическими нарушениями и тиками (которые в совокупности охватывали 78 % патологии). У подростков (13–18 лет) к проявлениям симптомов ПТСР, сочетающимся с невроло-

гическими нарушениями, энурезом и тиками, присоединяются симптомы депрессии (Решетников М. М., 2006).

Таким образом, экстремальная или кризисная ситуация в жизни ребенка может привести к срыву адаптационных возможностей, феномену психической травмы. Явление психической травмы имеет давнюю историю изучения в медицине и психологии, но до сих пор не имеет однозначного толкования. Психическую травму отождествляют либо с травматическим событием, которое ее вызывает, либо с психическим состоянием, вызванным этим событием, либо с последствиями переживания травматических событий. В рамках психоаналитической школы разрабатывалось понятие детской психической травмы, были сформулированы важные положения, имеющие существенное значение для развития современной теории психической травмы. Данные положения подтверждаются современными эмпирическими исследованиями и психотерапевтической практикой.

Итак, травматический опыт и недостаточная зрелость адаптационных механизмов в детском возрасте могут привести к дезадаптационным проявлениям как клинического уровня, к которым относят синдром ПТСР, нервно-психические расстройства, выраженные проявления дизонтогенеза (задержки психического развития психогенного генеза, психогенные патологические формирования личности), так и доклинического уровня — это состояния предболезни, проявления общего девиантного синдрома дезадаптации, нерезко выраженные отклонения в психическом развитии.

8.5. Психическая травма и психическое развитие в детском возрасте

Наиболее существенные, яркие, драматичные изменения психического и социального функционирования наблюдаются на ранних этапах жизненного пути человека. При этом возникает вопрос: в какой степени эти трансформации могут детерминироваться ситуацией, в которой оказывается ребенок, и какова роль психотравмирующего фактора в нарушении психического развития? Попытку оценить роль последствий травматического стресса для психического развития ребенка предприняли Роберт Пинос и его коллеги. Анализируя травматический опыт у детей, они выделяют следующие факторы, активно вмешивающиеся в процесс психического развития в детском возрасте (Тарабрина Н. В., 2001):

- 1) объективные характеристики травмирующего события, а также субъективные реакции ребенка в этой ситуации;
- 2) частота и интенсивность напоминаний об этом опыте;
- 3) вторичные проблемы и стрессы в повседневной жизни ребенка.

Категория развития является фундаментальной категорией и важнейшим методологическим принципом психологической науки. Суть этого принципа заключается в том, что развитие понимается как универсальный способ существования психических явлений. Изучение того или иного психического феномена необхо-

В работах отечественных исследователей раскрываются общие закономерности психического развития (Выготский Л. С., 1983; Рубинштейн С. Л., 1989; Ананьев Б. Г., 1980; Ломов Б. Ф., 1984 и др.).

димо рассматривать в динамике, в процессе его становления или трансформации. Однако в современной психологии не существует единого понимания природы, механизмов, условий и сущности психического развития. Понимание природы психического развития представлено многочисленными теориями, акцентирующими внимание на отдельных характеристиках или детерминантах (причинах) психического развития. Так, например, с точки зрения эволюционной модели развития Герберта Спенсера развитие — это плавный непрерывный процесс количественных изменений. Биогенетические теории развития психики предполагают, что психический онтогенез — это развертывание преформированных или заданных генетически способностей (С. Холл, К. Геттчинс). С точки зрения диалектической модели причиной развития считается противоречие внутри самой системы по Л. С. Выготскому — противоречие между социальной ситуацией развития и психологическими новообразованиями на каждом возрастном этапе), а сам процесс развития характеризуется качественными изменениями, имеет сложную организацию во времени. Особый интерес для психологии экстремальных и кризисных ситуаций представляет адаптационная или интеграционно-равновесная модель развития. С точки зрения адаптационного подхода к развитию равновесие между организмом и средой возникает как исходный момент и как конечная цель развития. В жизни человека это равновесие постоянно нарушается, что приводит к активности и, следовательно, к развитию. Равновесная модель психического развития представлена, например, в работах Ж. Пиаже. Изучая природу интеллекта, Ж. Пиаже основное функциональное назначение психики человека видел в уравнивании отношений между организмом и средой. При этом интеллект, понимаемый как особый вариант когнитивного поведения и включающий процессы психической ассимиляции и аккомодации, великий психолог считал самой совершенной,

но не единственной формой психической адаптации. Вопрос о соотношении психического развития и адаптационных процессов чрезвычайно важен для понимания особенностей функционирования психики ребенка или подростка в условиях психической травматизации. Однако в современных исследованиях этот вопрос не является окончательно решенным и фигурирует скорее на уровне постановки проблемы. Для того чтобы подойти к рассмотрению этого вопроса, необходимо остановиться на проблеме сложности и многогранности психического развития, а также рассмотреть вопрос о детерминации психического развития.

Психическое развитие представляет собой формирование функциональных систем, изменение качества отдельных психических функций, процессов состояний, свойств (Ломов Б. Ф., 1984; Регуш Л. А., 2006; Мамайчук И. И., 2000).

Психическое развитие

- характеризуется неравномерностью и гетерохронностью. Отдельные психические функции, свойства и системы формируются асинхронно, что приводит к появлению сенситивных периодов;
- является кумулятивным процессом, в ходе которого происходит накопление изменений, что, в свою очередь, определяет качественные трансформации в психике;
- предполагает наличие двух разнонаправленных, но в то же время взаимосвязанных тенденций: дифференциацию и интеграцию психических процессов, состояний и свойств;
- характеризуется цикличностью, имеет сложную организацию во времени, предполагающую выделение возрастных стадий со своим особым темпом и содержанием;
- представляет собой сквозной процесс, т. е. процесс последовательного формирования неразделимых, но многокомпонентных, иерархически организованных взаимодействующих структур;
- детерминируется социальными и биологическими факторами, значимость которых в осуществлении трансформаций в психической сфере меняется с течением времени (Ломов Б. Ф., 1984).

Для психологии экстремальных и кризисных ситуаций наиболее важным является вопрос о специфике детерминации психического развития в психотравмирующей ситуации.

Традиционно рассмотрение детерминант психического развития подразумевает проблему соотношения биологического и социального. Удельный вес биологических и социальных факторов на разных этапах психического онтогенеза представлен неодинаково. По мере взросления ребенка изменяются роль и характер взаимосвязей

между социальными и биологическими факторами психического развития. Если на ранних этапах психогенеза большую роль играют биологические параметры, то более поздние этапы развития детерминируются в большей степени социальными факторами. В последние годы в качестве отдельного патогенного фактора, детерминирующего отклонения в психическом развитии ребенка, называют психическую травматизацию. Причем одни исследователи отводят психотравмирующему фактору важную роль в появлении анатомо-физиологических предпосылок нарушений развития (устойчивых изменений в биохимических процессах, нарушений центральной и вегетативной нервной системы). Другие относят психотравмирующие обстоятельства к социальным детерминантам психического развития.

Исследователи, изучающие психическое развитие в пренатальный (до рождения ребенка) период, считают, что психика ребенка может травмироваться еще до рождения. При этом в качестве психотравмирующего фактора может выступать эмоциональное состояние матери: при длительных стрессовых состояниях беременной женщины возможны негативные влияния на формирующийся мозг ребенка. Отрицательные эмоции вызывают биохимические изменения в организме беременной женщины, что становится причиной болезненных эффектов в развитии головного мозга плода. Эндокринная система ребенка формируется очень рано, человек, еще не родившийся на свет, на гормональном уровне может переживать все состояния своей матери. Оказалось, что при стрессе матери во второй половине беременности у плода изменяется динамика сердечных сокращений, усиливается или снижается двигательная активность, наблюдается реакция сосания пальца. Перинатальный стресс нарушает систему регуляции физиологических систем и органов плода, закрепляется родовым стрессом и всей последующей жизнью. У людей, чьи отцы умерли до рождения, отмечается наличие сложных психологических проблем, склонность к развитию алкоголизма, большая вероятность деликвентных поступков и психопатологических расстройств. Психическая травматизация может быть связана с нежелательностью ребенка вообще и неприятием его по полу. В этом случае у ребенка оказывается внутриутробно повреждена реактивность — защитные силы организма. Авторы отмечают, что нежеланные дети при прочих равных условиях всегда отличаются в психическом и физическом развитии от детей желанных. У них наблюдается повышенная возбудимость, капризность, беспокойный сон, патологические привычные действия, например пристрастие к сосанию пальца и онанизм. По замечанию авторов, во взрослом состоянии такие дети пополняют ряды больных неврозами, а также лиц с личностными аномалиями.

Результаты исследований последствий воздействия травматического стресса показывают, что интенсивное и продолжительное стрессовое воздействие может привести к изменениям в нейронах коры головного мозга, блокаде синаптической передачи, гибели нейронов коры головного мозга, изменениям в биохимических процессах (Тарабрина Н. В., 2001). Такие нарушения могут быть катастрофическими для психического развития ребенка, особенно на ранних стадиях, когда основные структуры и функции головного мозга еще не сформировались. Последствия таких нарушений могут проявляться в выраженных нарушениях развития клинического уровня

(проявлениях дизонтогенеза). Например, у детей, переживших насилие, нередко отмечается синдром «неспособности расцвести» — низкий уровень интеллектуального развития, сочетающийся с отставанием в физическом созревании: отставание в росте, отсрочка в наступлении половой зрелости. Предполагают, что в условиях жестокого обращения нарушается действие нейrogормонов, совместно управляющих секрецией гипофиза и ростом интеллекта (там же). У детей, длительно проживающих в палаточных лагерях беженцев, также было обнаружено отставание в когнитивном, эмоциональном и речевом развитии по сравнению с нормой.

Некоторые авторы рассматривают психотравмирующий фактор как одну из характеристик социальной детерминанты развития. Такое представление о детерминантах психического развития и возможных отклонениях в психическом развитии в условиях психической травматизации отражено в теоретической модели психического развития Н. Семаго, М. Семаго, созданной для решения практических вопросов диагностики. Авторы предлагают трехкомпонентную модель анализа психического развития, состоящую из трех уровней: каузального, уровня базовых составляющих развития, феноменологического. Каузальный уровень включает нейробиологический фактор, нейропсихологический фактор (особенности пространственно-функциональной организации мозговых систем) и социальную ситуацию (социальные условия) развития.

Нейробиологический фактор представляет собой актуальное состояние центральной и периферической нервной системы организма и всех соматических систем, включая эндокринную и соединительно-тканную и т. д. Нейропсихологический фактор отражает специализацию полушарий мозга, особенности корково-подкорковых связей.

«Социальные условия развития включают в себя такие характеристики, как внутрисемейная ситуация, межличностные отношения ребенка, особенности образовательной среды, пренебрежительное отношение к ребенку, в том числе проблемы педагогической запущенности, проблемы двуязычия ребенка; предполагают учет этнических различий в условиях вынужденного переселения, внутренней и внешней миграции, анализ условий “попадания” ребенка в ситуацию природных, техногенных и социальных катастроф» (Семаго Н., Семаго М., 2010).

Современные исследователи говорят о сложности, неоднозначности связей между психотравмирующими факторами и детерминацией отклонений в психическом развитии. Психотравмирующий фактор, являясь внешним в развитии ребенка, при определенных условиях может превратиться во внутренний фактор психического развития, определяя формирование специфических, обусловленных психической травмой психологических новообразований. При этом одни патогенные факторы способны сразу вызвать выраженные расстройства, другие проявляются в виде отдаленных последствий. Одни и те же причины могут приводить к различным отклонениям в психическом развитии, с другой стороны — различные сходные психотравмирующие факторы могут определять сходные отклонения в психическом развитии. Конечный результат патогенной детерминации психического развития в этом случае зависит от многообразных комбинаций опосредующих переменных, таких как ин-

тенсивность и экспозиция, длительность неблагоприятного воздействия психотравмирующего фактора в сочетании с другими биологическими и социальными переменными, возраст, пол, особенности психологической конституции ребенка, возможность получить специализированную медицинскую и психологическую помощь и т. д. Сочетание таких психотравмирующих внешних и внутренних переменных можно рассматривать как специфическую «социальную ситуацию развития» экстремального или кризисного уровней, определяющую психологические новообразования — отдаленные последствия травматических стрессовых ситуаций.

Таким образом, понятие «*социальная ситуация развития*» и понятие «*трудные жизненные ситуации*» экстремального и кризисного уровней оказываются совместимы с точки зрения внешних и внутренних параметров, объективных и субъективных составляющих, а также в связи с возможностью дезадаптационных нарушений, отклонений в психическом развитии. Последствиями включения в социальную ситуацию развития психотравмирующих факторов являются «уклонение в психическом развитии, проявляющееся в различных формах отклонений, имеющих медицинское или психологическое содержание». Проблемами нарушенного, аномального развития занимаются особые отрасли психологии и психиатрии — психология аномального развития, специальная психология, детская психопатология. В рамках этих дисциплин выделяют общие и специфические закономерности, параметры и виды различных отклонений в развитии (Л. С. Выготский, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев, М. С. Певзнер, В. И. Лубовский, В. В. Лебединский, Н. Я. Семаго, М. М. Семаго и др.).

В клинической психологии и детской психиатрии существуют различные классификации отклонений в психическом развитии. Классификации построены по разным основаниям и чаще всего представляют собой обобщенный эмпирический опыт, накопленный учеными-медиками и психологами. Наиболее популярной классификацией нарушений психического развития является классификация В. В. Лебединского, которая представляет собой расширенную версию классификаций отечественных детских психиатров. В. В. Лебединский выделяет 6 вариантов дизонтогенеза: психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие, поврежденное, дефицитное, искаженное, дисгармоничное. Н. Семаго, М. Семаго уточняют и дополняют классификацию В. В. Лебединского, предлагая более дробную классификацию вариантов психического дизонтогенеза. Как правило, типы отклоняющегося развития, предложенные медиками и клиническими психологами, с одной стороны, успешно используются в практике психологов в диагностических целях, с другой — имеют медицинское содержание и свой аналог в классификационных системах болезней МКБ-9 и МКБ-10. Однако существующие на практике варианты отклонений в развитии не исчерпываются только клиническими случаями, гораздо чаще в реальной жизни встречаются различные виды отклонений в развитии, приводящие к нерезко выраженным нарушениям функционирования индивида на социальном, психологическом или (и) физиологическом уровнях. Представляется возможным выделение вариантов отклоняющегося развития доклинического уровня на основании решения вопроса о нормальном и отклоняющемся развитии, при этом проблема норматив-

Подросток П., 17 лет, обвиняется в убийстве отца. Из анамнеза известно, что отец систематически злоупотреблял алкоголем. В состоянии опьянения был злым, деспотичным, тяжело избивал жену и детей. Мать воспитанием детей не занималась, злоупотребляла алкоголем. Ранний медицинский анамнез мальчика без особенностей, рос и развивался по возрасту, после окончания 9 класса поступил в техникум, хорошо учился. В семье психогенно травмирующая обстановка усугублялась. Соседи мальчика отмечали, что его родители «совсем потеряли человеческий облик», что у мальчика не было детства, отец избивал его просто так до

полусмерти. Сам П. тяжело переживал ситуацию в семье, но никому об этом не рассказывал. Со временем П. стал стыдиться своих родителей, в периоды пониженного настроения возникали фантазии, что отец вдруг исчез, что с отцом произошел какой-то несчастный случай. Настроение стало чаще понижаться в присутствии отца, возникала злость и даже ненависть, со временем становившаяся все сильнее. Ночью мальчику часто снились кошмарные сны, в которых отец выступал в роли главного злодея. Утром просыпался с чувством «тяжести на сердце», нежеланием двигаться. За 3–4 года до происшествия испытывал

чувство беспомощности и отчаяния. Ощущал невозможность двигаться, «буквально столбенел». Тяжкие переживания стали постоянными, не мог отвлекаться от них даже во время учебы. Испытывал головные боли, общую слабость, утомляемость. Во время очередной ссоры с отцом нанес ему тяжелые повреждения, повлекшие за собой смерть. После совершения убийства ничего не мог вспомнить. По результатам психиатрического обследования была выявлена патологическая аффективная реакция на фоне психогенного патологического формирования личности в условиях пролонгированной психотравмирующей ситуации.

ности психического развития может представлять собой частный случай решения сложной и более широкой проблемы «норма — патология». Любое отклонение с точки зрения среднестатистической, социальной, функциональной, идеальной, индивидуальной или адаптационной нормы может рассматриваться как изменение в направлении развития («уклонение в развитии» в терминах В. Штерна, Л. С. Выготского, «отклонение в развитии» в терминах Н. Семаго, М. Семаго).

Опираясь на понятие нормы, М. Семаго и Н. Семаго предлагают следующее определение отклоняющегося развития. Отклоняющееся развитие — «...отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива (социальной нормы), определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации вне зависимости от знака этого изменения (опережения или запаздывания...)» (Семаго М., Семаго Н., 2010).

Содержательная сторона понятия «отклоняющееся развитие» носит психологический характер, в отличие от содержательной стороны понятия «дизонтогенез» (аномальное развитие), которое имеет медицинское содержательное наполнение. Такие нарушения могут представлять собой отклонения в развитии, связанные с появлением отдельных симптомов психических и соматических расстройств, девиаций в поведении и социальном функционировании.

Примером нарушений развития клинического уровня могут служить психогенные развития личности (дисгармонический вид дизонтогенеза, по классификации В. В. Лебединского). Данное расстройство возникает в ответ на хроническую психическую травму и характеризуется повторными реактивными состояниями, проявляющимися чаще всего в подростковом возрасте в условиях неблагоприятной, травмирующей семейной обстановки. Такая обстановка характеризуется часто жестоким обращением с ребенком, пренебрежением к его потребностям, сексуальными злоупотреблениями.

Примером отклонений развития доклинического уровня могут служить результаты исследования личностных особенностей подростков в условиях постоянной психогенной травматизации.

Исследуя личностные особенности подростков, воспитывающихся в алкогольных семьях, автор выделяет характеристики семей, отягощенных алкогольной зависимостью, а также специфические особенности личности подростков — детей родителей-алкоголиков, которые могут представлять собой доклинический уровень нарушений в личностном развитии. К характерным особенностям семейного функционирования в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем, автор относит:

- 1) размытость семейных границ, амбивалентность, неупорядоченность, непредсказуемость, что проявляется в различных аспектах жизни семьи;
- 2) отрицание негативного характера событий, происходящих в семье;
- 3) отношение к детям в семье по типу эмоционального отвержения с недостаточным удовлетворением потребностей ребенка;
- 4) проблемы созависимости с формированием низкой самооценки и чувства вины у членов семьи, не страдающих алкогольной зависимостью.

Отмечается, что дети в такой семье могут подвергаться различным видам насилия, глубокой психологической травматизации.

Взрослея, дети из алкогольных семей приобретают определенные личностные особенности: убеждение, что мир — это небезопасное место и доверять людям нельзя; потребность скрывать свои истинные чувства и переживания, чтобы быть принятыми взрослыми; постоянное ощущение эмоционального отвержения взрослыми, заброшенности; чрезмерная ответственность за поведение других людей; отрицательная оценка своей личности в целом.

В исследовании Е. Г. Дозорцевой изучались травматические переживания у подростков, совершивших правонарушения и обучающихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях. Оказалось, что для всех подростков с девиантным поведением характерен высокий уровень травматизации в результате физического насилия в семье, сексуального насилия, переживаний в связи со смертью (во многих случаях насильственной) близких, несчастных случаев. Автор отмечает, что часто травматические события у учащихся специализированных учреждений происходят в раннем возрасте, до наступления подросткового периода, что является фактором, провоцирующим дисгармоничное личностное и психосексуальное развитие, приводит к на-

рушениям социальной адаптации, проявляющимся в девиантном поведении, противоправных и аутоагрессивных поступках (Дозорцева Е. Г., 2006).

В нашем исследовании изучались личностные особенности детей и подростков в связи с травматическими переживаниями, вызванные физическими повреждениями (механические и ожоговые травмы в результате несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий, пожаров) и их последствиями. Оказалось, что травматические переживания, касающиеся самих травматических событий и их клинических последствий (необходимость хирургического и длительного восстановительного лечения после полученной травмы), потенцируют негативное действие друг друга, приводя к наиболее общим и специфическим особенностям в формировании личности, проявляющимся в дисгармонии личностных характеристик, искажениях в формировании самооценочного компонента личности, отклонениях в развитии эмоционально-волевой сферы.

Таким образом, социальная ситуация развития, являясь источником психического развития, в определенных условиях экстраординарного уровня может превратиться в трудную, экстремальную или кризисную ситуацию развития. Последствиями включения в социальную ситуацию развития психотравмирующих факторов является *уклонение в психическом развитии*, проявляющееся в различных формах отклонений, имеющих медицинское или психологическое содержание.

Контрольные вопросы и задания

1. С какими событиями, потенциально негативными для их психического развития и психологического благополучия, могут столкнуться дети и подростки в своей жизни?
2. Какие ситуации относят к трудным?
3. Чем дети, оказавшиеся в ситуации, обладающей разрушительным, травматическим потенциалом, отличаются от взрослых?
4. Что такое жизнестойкость и уязвимость в детском возрасте?
5. Как понимают феномен психической травмы современные исследователи?
6. Какие положения, разработанные в рамках психоаналитической школы, касающиеся феномена психической травмы, имеют большое значение для современных теоретических разработок и практики преодоления психической травмы?
7. Как соотносятся понятие «психическая травма» и понятие «ПТСР»?
8. Каковы общие и специфические черты ПТСР у детей и взрослых?
9. Какие факторы оказывают большее влияние на процесс хронификации травматического стресса в детском возрасте?
10. Какие факторы являются наиболее травматичными в ситуации военных действий?
11. Какие отличительные черты реагирования на утрату можно выделить у ребенка?
12. Какие формы жестокого обращения с детьми вы знаете?
13. Что такое инцест?

14. Какие дети (с какими особенностями) чаще всего становятся жертвами жестокого обращения?
15. Какие феномены психической жизни человека можно отнести к последствиям психической травмы?
16. Что обозначает термин «психогения»?
17. Какие психосоматические нарушения в детском возрасте вы знаете?
18. Что такое дезадаптационные нарушения доклинического уровня?
19. Какова роль психотравмирующего фактора в нарушении психического развития в детском возрасте?
20. Какие варианты уклонения в психическом развитии в связи с психической травматизацией можно выделить?
21. Сопоставьте термины «отклоняющееся развитие» и «дизонтогенез».
22. Что такое синдром «неспособности расцвести»?

Глава 9

ГОРЕ И УТРАТА

9.1. Утрата как событие

9.2. Утрата как процесс

9.1. Утрата как событие

9.1.1. Утрата близкого человека — необратимое значимое событие

Понятия, которыми люди чаще всего обозначают смерть близкого человека, — «уход», «потеря», «утрата», «горе» — на первый взгляд кажутся одинаковыми по смыслу. Тем не менее каждое из них имеет свой уникальный смысловой оттенок.

Говоря о смерти близкого человека как об «уходе», утративший прежде всего определяет фактическую суть события: близкий человек ушел, перешел в иной мир, его нет рядом с утратившим. А частично или полностью ответственным за уход является ушедший, так как именно он в этом событии является центральным действующим лицом. Отношение же утративших к уходу близкого может быть самым разным. Утративший может обвинять ушедшего: «Почему он ушел?», «Как она могла нас оставить?», «Он бросил нас на произвол судьбы». Но может действовать и более конструктивно, понимая, осознавая нежелание или невозможность ушедшего бороться за жизнь, сопротивляться: «Она все в жизни сделала»; «Мне кажется, что он сам захотел уйти»; «Он устал от постоянной боли». Можно сказать, что использование понятия «уход» заостряет проблему распределения ответственности в происходящих событиях между тем, кто ушел, и тем, кто остался.

Отношение потерявшего человека к событию заложено в понятиях «утрата» и «потеря»: в результате произошедшего *он* лишился, у *него* было отнято нечто важное и значимое. В словарях русского языка (Даль В. И., 1999; Ожегов С. И., 1964) «утрата» и «потеря» являются синонимами по общим характеристикам, однако отмечается, что в понятие «утрата» вкладывается оттенок тотальности, невозвратности. Высказывание «*утраченный человек*» означает то, что его уже никогда не вернуть. И обычно это словосочетание используется в связи с безвозвратными событиями (например, смертью). Выражение «*потерянный человек*» чаще несет иной оттенок — это человек, который «потерял сам себя», не может вернуться к прежней жизни, не может существовать в данном социуме (например, «человек, потерянный для общества»). Но при этом речь не идет о смерти. Люди, потерявшие близких, по этому поводу часто говорят: в потере есть надежда что-то найти, утрата — это навсегда.

Кроме идеи безвозвратности в понятии «утрата» также заложена идея значимости. А именно: тот, кого больше нет, занимал очень важное место в жизни, «был частью жизни», «был самым дорогим и любимым», «была самой лучшей». Это то, чего нет в «потере». Потерять можно вещь, а вот утратить — человека.

В сознании утратившего утрата отражается пониманием, что «*такого больше никогда не будет*». Именно поэтому «утрата» является наиболее точным и полным обозначением произошедшего события.

Есть еще одно понятие, прочно закрепленное в повседневной речи за событием смерти близкого. Это понятие «горе».

«Горе» передает прежде всего негативную эмоциональную нагрузку события без учета собственно сути и смысла произошедшего. Использование в речи этого понятия погружает человека в осознание ужаса произошедшего. Если в начале переживания события слово «горе» указывает на потребность утратившего человека максимально

выразить тяжелые и угнетающие чувства, то в дальнейшем эмоциональная захваченность через слово «горе» может препятствовать осознанию и принятию факта смерти близкого.

Психологи не всегда учитывают описанную специфику понятия «горе» и очень часто используют слово «горевание» для обозначения всего процесса переживания утраты. Таким образом не учитывается, что *горюющий* человек выступает только как страдающая сторона, а не переживает утрату осознанно и активно. *Горевание* — это лишь часть, начало процесса переживания утраты, когда человеку необходимо полностью погрузиться в ощущение необратимости события, кардинального изменения всей жизни. После этого возможен подъем на новый уровень понимания, новая серьезная внутренняя работа и даже личностное и духовное развитие.

Утративший человек обозначает событие смерти близкого теми словами, которые ему самому кажутся наиболее точными и правильными. В них он выражает свое отношение к событию, потребности в переживании того или иного его аспекта. Психолог же при употреблении тех или иных понятий должен ориентироваться на потребности обратившегося за помощью человека и способствовать осознанию важных и значимых для утратившего смыслов того, что привнесло для него событие смерти близкого человека.

Таким образом употребление понятий «утрата» и «переживание утраты» специалистами наиболее корректно для описания события смерти.

Переживанием утратившего человека. Называние, обозначение события предполагает ответ на вопрос: «Что это за событие?» — и тем самым требует признания реальности события. Но затем у человека возникает следующий вопрос: «Какое это событие?» Иными словами, теперь утратившему нужно определить психологические характеристики события, попытаться описать его для себя.

Опыт практической работы с потерявшими близких позволяет сделать вывод, что люди выделяют три основные характеристики утраты: *необратимость*, *значимость*, *независимость от воли человека*. Эти особенности утраты анализируются и переосмысляются утратившими на протяжении всего процесса переживания утраты, все больше и больше усложняясь по содержанию и смыслу.

Необратимость утраты близкого описывается людьми следующим образом: «Утратой может быть только смерть»; «Смерть — это когда нет возможности что-то завершить, отношения оборвались»; «Никогда не услышу голос, не возьму за руку. Все. Никогда его не будет...». *Независимость от воли человека* и неожиданность события утраты могут выражаться в таких словах: «Это то, что происходит без твоего согласия»; «Тебя просто поставили перед фактом»; «Когда это смерть или предательство другого человека — ты ничего не сделаешь»; «Это потеря какого-то момента, который оборвался не по твоей вине».

Так же остро переживается *значимость утраченного человека*: «самое дорогое», «самое лучшее, что у меня было»; «тебя вырвали с корнем, обрезали какие-то нитки»; «отношения с ним были самыми главными»; «точно такого же не будет, это был уникальный человек»; «она была всем, что у меня в жизни получилось»; «часть тебя навсегда останется пустой».

В переживании значимости человека есть две стороны: его *ценность* («самый») и *встроенность* в собственную жизнь, в собственный внутренний мир («часть меня»).

При этом значимость одного человека для другого предполагает не только положительный спектр чувств. Человек, к которому проявляется неприязнь или ненависть, тоже является значимым — ведь он занимает свою нишу в жизни другого человека, влияет на его самоидентификацию. После ухода такого отрицательно значимого человека может быть потеряян смысл жизни (если он состоял, например, в противостоянии), а может произойти переоценка ушедшего человека и осознание его положительной роли в жизни утратившего. Например, оказывается, что человек, по отношению к которому присутствовало сильное чувство неприязни и соперничества, самим своим существованием заставлял другого проявлять активность в жизни, добиваться успеха. Он ушел — и исчез стимул для развития. Однако практический психолог чаще сталкивается с проблемами людей переживающих утрату близкого человека.

Под близостью имеется в виду чаще всего психологическую и духовную близость, а не родственная. Близкий человек выполняет определенную роль (роль любимого, роль мамы, роль заботящегося и т. п.) и сам является субъектом определенного отношения (тот, о ком заботятся; любящий; ребенок и пр.), его присутствие может быть воплощением постоянства и доброты мира (как, например, родители для детей).

«...А как это — приручить?

— Это давно забытое понятие, — объяснил Лис. — Оно означает: создать узы.

— Узы?

— Вот именно, — сказал Лис. — Ты для меня пока всего лишь маленький мальчик, точно такой же, как сто тысяч других мальчиков. И ты мне не нужен. И я тебе не нужен. Я для тебя всего только лисица, точно такая же, как сто тысяч других лисиц. Но если ты меня приручишь, мы станем нужны друг другу. Ты будешь для меня единственный в целом свете. И я буду для тебя один в целом свете...»

Антуан де Сент-Экзюпери

Такая роль одного существа для другого предполагает его включенность в структуру внутреннего мира другого. Близкий формирует и представление человека о самом себе («с его появлением я стала совсем другой»), о своем состоянии («с ним я почувствовала себя защищенной»), о возможностях («благодаря ей я понял, на что способен»). Существует целая система связей, которая определяет его место, нишу в этой структуре.

Когда близкий человек уходит из жизни — его ниша становится пустой, меняется вся система отношений утратившего, появляется ощущение пустоты в себе, в своем внутреннем мире.

В роли утраченного может выступать не только человек. Животное, живущее долгое время в семье или с одиноким человеком, наделяется множеством ролей

и индивидуальных характеристик, которые обычно считаются человеческими. Люди обычно очень хорошо помнят, как сильно переживались детские потери домашних любимцев. Для ребенка и хомячки, и кошки, и птички понимают его и говорят с ним — они полноценные участники отношений. Собака или кошка может быть единственным близким существом у одинокого человека, поэтому смерть этого существа переживается как серьезная утрата. Утрата близкого — это не столько констатация некоторого фактически произошедшего события, сколько субъективное обозначение этого события самим утратившим.

Утратой может быть не только потеря близкого существа. Она может случиться в разных жизненных сферах. Так, утратой можно назвать ситуацию вынужденной миграции, когда люди теряют свое имущество, дом, социальное, культурное и языковое пространство. Утрата — это и ситуация необратимого физического или психического увечья, когда навсегда теряется привычный внешний облик или душевная суть человека. Утратой можно назвать и развод, когда прежние отношения с человеком становятся невозможными.

Завершая анализ утраты как жизненного события и как психологического понятия, еще раз кратко сформулируем наиболее важные идеи.

Событие смерти близкого человека обретает для утратившего название («уход», «утрата», «потеря», «горе») и определенные осознаваемые свойства (необратимость, значимость, независимость). С этого момента начинается осознание реальности утраты и осмысление его в рамках собственной картины мира.

Понимание смысловых оттенков часто употребляемых понятий, знание особенностей, которыми наделяет человек ситуацию утраты, необходимо психологу и может пригодиться тому, кто оказался рядом с утратившим. Все это помогает лучше понять особенности восприятия события человеком и правильно использовать (и обсуждать) понятия в разговоре с ним.

9.1.2. Утрата как травма

Когда умирает близкий человек, это событие с огромной силой вторгается как в жизненный уклад, так и во внутренний мир потерявшего, разрушая и привычный порядок жизни, и систему устоявшихся связей в системе мировоззрения. Это событие внешнее, чужеродное.

Должно пройти достаточно времени для того, чтобы оно было включено в жизнь, чтобы обрело свое место во внутреннем мире человека.

Внезапное и разрушительное вторжение в жизнь человека этого события имеет *травмирующий характер*. По аналогии с физической травмой под травмой психической понимается сильное воздействие, в результате которого повреждаются базовые структуры личности, аффективные и когнитивные системы вплоть до образа Я и картины мира. *Травма — это состоявшийся, свершившийся акт разрушения.*

Исследования, в которых изучается специфика травмирующего характера утраты, чаще всего носят клинико-психологический характер. В них *утрата* рассматривается в комплексе с другими сопутствующими травмирующими событиями. Например: вы-

«Мой прежний мир разрушен навсегда», «я сломан», «моя жизнь расколота на две части», «внутри меня как будто дыра», «той жизни больше нет, и меня прежней больше нет» — так говорят потерявшие близких, когда пытаются определить, что же произошло с ними после утраты.

нужденная миграция, техногенные и природные катастрофы, участие в боевых действиях, профессиональная деятельность, связанная с риском для жизни. Это ситуации, в которых, по мнению Г. У. Солдатовой и др. (2002), утрата близкого является одной из составляющих целого комплекса травматических событий, множественных утрат, угрозы собственной жизни. Потеря близкого в таких условиях обычно называется травматической утратой.

Роберт Лифтон считает, что результатом травмы является феномен «травмированного Я». Произошедшие события в мире Я автор называет «собственной внутренней символической смертью». Основные проявления ее: разрушение жизнедеятельности, разрыв линии жизни. Задача человека в переживании этой ситуации — «формообретение», развитие новых внутренних форм, включающих травматическое событие — поиск смысла в нем и включение его в свою жизненную историю. Формообретение приводит к установлению линии жизни на новой основе. Не решив эту задачу, человек остается погруженным в неразрешенные конфликты во всех областях: захвачен отпечатком смерти, подавлен виной смерти, погружен в психическое оцепенение и неконструктивный гнев (Лифтон Р., 2002).

Р. Янофф-Бульман (2002) рассматривает *травмирующий характер событий* через *описание разрушений* в системе *внутренних базовых убеждений* личности. Содержательно убеждения разделяются на три группы, каждая из которых может иметь позитивный или негативный полюс. Каждая группа касается определенной жизненной сферы человека: отношения к миру и людям вообще, отношения к себе и отношения к управляемости жизненными событиями.

Скрепляют данные убеждения *два закона: справедливость* («человек получает все заслуженно») и *контроль* («человек несет ответственность за свои поступки и их последствия»). Автор данной концепции рассматривает наличие позитивного полюса этих убеждений как норму.

В результате травмирующих событий они разрушаются, уступая место негативным. При этом наиболее сильным повреждением подвергаются убеждения, касающиеся позитивного Я-образа и справедливости мира.

Восстановление после травмы большинство исследователей видит как фазный процесс и рассматривает в терминах трансформации, реорганизации, интеграции. Р. Лифтон, например, в процессе адаптации к травмирующей ситуации выделяет три стадии: *конфронтация* (осознание необходимости трансформации), *перестройка* (трансформация с акцентом на преодолении вины) и *возрождение* (возвращение к нормальной жизнедеятельности на всех уровнях).

Травмирующий характер утраты близкого человека имеет специфику. Потеря близкого человека может нести разрушение многих сфер жизни. В первую очередь это касается системы отношений с ушедшим близким. Он недостижим физически: «мне теперь не прикоснуться к нему»; «она для меня недоступна»; «я скучаю по его присутствию». Близкий человек отсутствует и в привычных социальных и психологических ролях.

Смысловой акцент травмы может варьировать в зависимости от особенностей прошлых отношений с утраченным. Например, если отношения были противоречивыми, конфликтными, то болезненность травмы выражается в появлении противоречивых чувств, в развитии чувства вины за прошлые ошибки: «с ним было тяжело, но я мог бы быть терпимее». Если отношения были гармоничными, то болезненность травмы — в исчезновении этих ценных отношений: «такие доверительные и близкие отношения были возможны только с ней».

Изменения и разрушения в системе самоотношения проявляются в ощущении «смерти себя прежнего», очень часто в ощущении физического ущерба: «как будто часть тебя исчезла», «чувствуешь себя как инвалид, неполноценный». Оказываются неадекватными прежние модели поведения. Кардинально изменяется жизненный уклад.

Разрушению может подвергнуться и более глубокая область — область жизненных смыслов. Тогда разрывается жизненная картина на «до» и «после» утраты, разделяя жизнь на эти две половины. Само же событие утраты оказывается как бы выкинутым за ее пределы как нечто чужеродное, как произошедшее «не со мной». Смысл жизни, если он был прочно связан с существованием ушедшего близкого потерян: «если ее нет — мне незачем и не для кого жить». Разрушенными оказываются представления о доброжелательности мира, защищенности в нем и справедливости: «я больше никому не доверяю, розовые очки упали»; «я чувствую постоянную угрозу: если такое случилось с ним — теперь может произойти что угодно»; «мой прежний мир разрушен навсегда».

Области разрушения, степень и содержательные особенности в каждом случае глубоко индивидуальны. Именно с описания индивидуальной картины разрушений начинается процесс внутренней проработки события утраты. В дальнейшем и профессиональная психологическая помощь, и самостоятельная внутренняя работа утратившего будут направлены на то, чтобы устранить травмирующие последствия утраты.

Таким образом, утрата близкого человека как событие имеет определенные характеристики: необратимость, значимость, независимость от воли человека, травмирующий характер. Но одновременно на утрату важно посмотреть и как на процесс, поскольку она переживается, осваивается человеком, начинает преобразовываться, обрстать системой связей с другими событиями.

9.2. Утрата как процесс

9.2.1. Переживание утраты: основные характеристики

Переживание — это прежде всего способ освоения и осмысления событий. Этот процесс движется во времени и имеет динамические характеристики: начало и окончание, несколько участков — стадий, сложную уровневую природу. Переживание как психологический термин, описывающий активное установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, ввел отечественный психолог Л. С. Выготский. С точки зрения Ф. Е. Василюка (1984 г.), переживание — это особая деятельность, особая работа по перестройке психологического мира. Эта деятельность направлена на установление смыслового соответствия между внутренней реальностью (сознанием) и внешней реальностью (бытием). То есть произошедшее в жизни событие должно быть определенным образом структурировано, наделено смыслом и в результате представлено на внутреннем — субъективном — плане. Общей целью этой работы является, с точки зрения Ф. Е. Василюка, повышение осмысленности жизни в целом. Такой взгляд на переживание продолжает традицию Л. С. Выготского, определявшего переживание как динамическую единицу сознания и как внутреннее отношение человека к тому или иному элементу действительности.

Особенности переживания в пространстве утраты близкого проявляется следующим образом. Человек сталкивается с новой реальностью — отсутствием ушедшего, и с этого момента начинается долгий процесс освоения новой реальности, нового мира — мира без ушедшего. Такое освоение происходит за счет направления всей психической жизни на осмысление произошедшего, на приведение в соответствие внутреннего мира личности и внешней реальности, на регуляцию поведения в новой обстановке.

Процесс переживания обладает рядом характеристик. Прежде всего, переживание всегда предметно и пристрастно, а потому *субъективно*. Оно касается вполне определенного события жизни человека и его отношения к этому событию. Так, переживание смерти близкого становится центром внутренней жизни утратившего. Все психические процессы направлены на это событие (возникают яркие образы событий, анализируются связи между ними, появляются ассоциативные ряды и т. п.), отношения человека начинают изменяться, преломляться через смерть близкого особым, индивидуальным образом.

Регуляторная функция переживания воплощается в приспособлении к новой реальности. Этот непрерывный процесс соотношения сознания и жизненного мира

помогает человеку адаптироваться к отсутствию ушедшего, создать новую систему отношений без него, научиться жить без него во всех жизненных сферах.

Переживание *динамично* и по способу организации психической жизни, и по *временным* параметрам. В переживании утраты это особенно заметно в существовании стадий, переходящих одна в другую и имеющих свою содержательную специфику. Каждая новая стадия связана с новыми изменениями на внутреннем и внешнем планах: в эмоциях, в когнитивных установках, в системе ценностей, в отношениях с окружающими и т. п.

Переживание *многоуровнево*. В ситуации утраты это свойство проявляется в том, что переживание организует психическую жизнь на всех уровнях ее функционирования: от образов произошедших событий до поиска их смыслов и жизненных закономерностей.

Переживание утраты обладает *энергоинформационными* характеристиками.

Энергетическая характеристика выражается в преобразованиях психической энергии. Например, потеря энергии может происходить при разрушении идей, являвшихся жизненными принципами, так как необходимы энергетические затраты на поиск новых идей и создание новой структуры убеждений. Непроработанное чувство вины будет также вызывать у человека вполне осознанное ощущение истощения, так как много энергии уходит на конструирование психологических защит.

Ярким примером выхода энергии (разрядки) является катарсис, происходящий при внезапном осознании произошедшего и высвобождении сильных эмоций и чувств. А новая идея, открывающая для человека смысл и ценность отношений, может стать источником энергии для дальнейшей жизни, опорой в изменившемся жизненном мире.

Информационные преобразования заключаются в структурировании информации о событиях, сопровождающих утрату: о ситуации утраты, о собственных действиях, о состоянии близкого человека, о действиях окружающих. Фактическое отсутствие такой информации (например, если человека не было рядом с близким в момент его смерти) приводит к появлению белых пятен, постоянно привлекающих внимание своей незавершенностью. В этом случае у человека может появиться ощущение хождения по кругу, жизни в постоянном ассоциативном потоке, возвращающем человека к неясной и незавершенной ситуации. Продуктивный процесс переживания утраты предполагает максимальную открытость человека по отношению к новой информации. Это относится к информации как о внешних событиях, так и о внутреннем состоянии человека (например, признание противоречивых и негативных чувств и мыслей).

Кроме этого, информационная составляющая переживания — это и наличие опыта проработки тяжелых жизненных событий. Такой личный опыт подготавливает человека к тому, с чем он может столкнуться в данной ситуации: какими могут быть трудности, как можно справиться с ними.

Итак, основные характеристики внутреннего движения переживания утраты — это его субъективный характер, динамичность, многоуровневость, регуляторная функция и энергоинформационные свойства. Наибольшее количество споров и раз-

нообразии исследовательских концепций вызывают фазный, или стадийный, характер процесса переживания утраты и его уровневая структура.

9.2.2. Стадии переживания утраты. Отечественные и зарубежные исследования

Целостный путь переживания утраты имеет несколько последовательных стадий. Стадийные концепции переживания утраты можно объединить в три основных направления. Первое из них объединяет исследователей, которые сосредоточились на симптомах переживания утраты: эмоциях и чувствах, изменениях в поведении и в отношениях. Во второе направление входят исследования, где переживание утраты рассматривается как процесс последовательного решения утратившим нескольких универсальных психологических задач, помогающих адаптироваться к утрате. В третье направление включены исследования, где основное внимание направлено не на функциональные изменения, а на динамику трансформации отношений с ушедшим близким.

1. Переживание утраты как процесс с аффективными, когнитивными и поведенческими симптомами.

Чувства и эмоции, которые испытывает утративший, его размышления о произошедшем, изменения в поведении почти всегда заметны окружающим людям. У каждого есть определенные представления о том, как обычно ведет себя человек, потерявший близкого, есть и культурно обусловленные стереотипы поведения. То есть можно предположить, что в переживаниях утративших людей есть нечто общее. И прежде всего эта общность видится во внешних проявлениях переживания утраты: в эмоциях, в высказанных мыслях, в отношении к окружающим, в поведении.

Одним из первых исследователей переживания утраты и основным представителем обозначенного направления можно считать Эриха Линдемана. Он являлся представителем так называемой социальной психиатрии, работал в клинике и столкнулся с проблемой переживания смерти близких в 40-х годах XX в., т.е. во время Второй мировой войны. Переживание смерти близкого человека было обозначено им как синдром *острого горя*. Автор рассматривал симптоматику острого горя, исследовав его в различных ситуациях: смерть в клинике, гибель в катастрофе, гибель военнослужащих (статья Э. Линдемана появилась в переводе на русский только в 1984 г. в хрестоматии «Психология эмоций» под ред. В. К. Вилюнаса и Ю. Б. Гиппенрейтер).

Острое горе определяется автором как синдром с психологической и соматической симптоматикой, явной и неявной формой проявления и возможными искаженными реакциями. Основные симптомы *острого горя*: физическое страдание, поглощенность образом умершего, вина, враждебные реакции, утрата прежних моделей поведения. По поводу последнего симптома современные исследователи Д. Бром (D. Brom) и Р. Клебер (R. Kleber) считают, что человек, потерявший близкого, утрачивает множество моделей поведения, так как очень многие из них были связаны

с присутствием близкого человека, подкреплялись его присутствием. И потому, с их точки зрения, процесс переживания утраты в большей степени связан с попыткой построить новые поведенческие модели вместо разрушенных.

Естественно, если речь идет о симптоматике переживания, возникает логичный вопрос об особенностях и формах проявления этих симптомов. Ответом на него может служить определение нормальной и патологической форм течения горя. На основании исследований таких патологических или искаженных реакций, проводившихся психологами (Линдеман Э., 1984; Furnham A., Bochner S., 1986; Боулби Дж., 2004), можно составить их обобщенный перечень.

А. Искаженные реакции горя. Э. Линдеман считал, что это болезненные реакции, являющиеся искажениями *нормального горя*. В процессе психологической работы они трансформируются в нормальную форму течения горя. Большинство этих реакций носит явно защитный характер, связанный с нежеланием осознать реальность случившегося и неспособностью принять возникающие по этому поводу тяжелые и болезненные чувства. Примеры искаженных реакций:

- повышенная активность без чувства утраты, а скорее, с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни;
- деструктивная активность;
- утрата социальной активности;
- изменения в отношениях с близкими (повышенная раздражительность, социальная изоляция);
- появление симптомов последнего заболевания умершего;
- яркая враждебность по отношению к предполагаемым «виновникам» случившегося;
- «одеревенение» чувств из-за попыток утративших сдерживать агрессию и злость.

Б. Хроническое горе, или преувеличенное горе (по А. Фэрнхему и С. Бочнеру). Все симптомы усиливаются и затягиваются во времени, могут наблюдаться психопатические и невротические симптомы. Похожую форму описывал Дж. Боулби, называя ее *хронической печалью* и выделяя следующие ее причины на примере вдов и вдовцов:

- тесная привязанность к другому и зависимость ролевой идентичности от его присутствия;
- отсутствие близких отношений с другими членами семьи и невозможность компенсировать некоторые виды утраченных отношений;
- противоречивые чувства из-за подсознательного обвинения ушедшего;
- самоистязание из-за чувства вины перед умершим.

В. Отсроченное, или запаздывающее, горе (по Э. Линдеману; А. Фэрнхему и С. Бочнеру). Симптомы горя появляются намного позже факта утраты и далее протекают по нормальному сценарию. Такая форма горя особенно характерна для людей, которые выполняют роль стержня в случае семейной утраты и не могут себе позволить активного выражения болезненных переживаний. Эту форму можно объединить с так

называемым *подавленным горем*, так как отсутствие внешней симптоматики означает не отсутствие реакции вообще, а подсознательное переживание и риск выхода болезненных переживаний через соматические заболевания.

Г. *Подавленное, или сдержанное, горе* (по Э. Линдемону; А. Фэрнхему и С. Бочнеру). Симптомы горя маскируются и сдерживаются, проявляясь в результате в психосоматических заболеваниях. Именно эта форма горя, как считают авторы, характерна для случаев пропажи без вести. Американская исследовательница таких ситуаций П. Босс (Boss P., 1997) назвала эту форму «замороженное горе».

Д. *Предвосхищающее горе* (по Э. Линдемону; А. Фэрнхему и С. Бочнеру). Эта форма горя, обнаруженная у родственников военнослужащих, представляла собой типичную симптоматику острого горя, но возникающую до утраты. Призыв в армию и тем более пребывание в зоне военных действий сопряжены для семей военных с риском утраты, и потому близкие именно в такой форме переживают страх потери и мучительное ожидание возвращения.

В описании этих искаженных форм не хватает информации о возможных индивидуальных причинах, которые могли бы вызвать такую реакцию. Собственно, в этом и проявляется один из основных недостатков рассматриваемого подхода — слишком высокая степень обобщенности симптомов и отсутствие внимания к их индивидуальному наполнению и причинам.

Описание клинических показателей *осложненного горя* (Jacobs D., Mazure C., Prigerson H., 2000) — пример более корректного подхода, предлагающего дифференцирование симптомов в переживании утраты по нескольким группам.

Критерий А:

- навязчивые мысли об ушедшем;
- поиск ушедшего;
- глубокое одиночество после смерти близкого.

Критерий Б:

- отсутствие цели и чувство собственной бесполезности;
- чувство ошеломления, изумления, шока;
- неверие, затруднения в принятии смерти;
- чувство, что жизнь пуста и бессмысленна;
- чувство, что «умерла часть себя»;
- суженный взгляд на мир (потеря доверия, защищенности и контроля);
- проекция на себя симптомов умершего;
- сильное раздражение, злость.

Критерий В:

- длительность происходящего более шести месяцев.

Критерий Г:

- значительные расстройства в социальной, профессиональной и других сферах жизни.

Данное клиническое описание предполагает не только наличие симптомов, но и определенные временные рамки их проявления, а также степень дезадаптации человека в жизненных сферах. Ценность подобного описания состоит в том, что симптомы характеризуют не только реакции человека на факт утраты, но и изменения в разных сферах его жизни: в отношении к ушедшему и к факту его ухода; в аффективных и поведенческих реакциях; в преобразованиях во внутреннем мире человека.

Практическое приложение анализа форм осложнений в процессе переживания находит место в работе психолога-консультанта. Поскольку типология и описание этих форм основана на внешне регистрируемой симптоматике, для него не составит особого труда, во-первых, определить сам факт наличия осложнения, а во-вторых, определить тип осложнения. Дальнейшее отслеживание выявленных симптомов может стать способом оценки эффективности психологической работы с утратой.

Кроме подробного описания симптомов острого горя, представители этого направления уделяли внимание и динамической характеристике синдрома: последовательности проявления тех или иных симптомов. Обычно выделяют от 3 до 10 стадий в переживании горя. Классическим является разделение переживания горя на 4 стадии. Э. Линдеман, Д. Боулби, С. Паркес и Д. Хелл имеют сходные точки зрения на специфику и последовательность стадий переживания горя.

Шок. Утративший чувствует оцепенение, ошеломление, с трудом понимает, что происходит.

Протест и тоска. Вещи, люди, события постоянно напоминают об ушедшем. На этой стадии часто появляется феномен *ложного узнавания* — иллюзорное ощущение присутствия ушедшего среди людей, узнавание его шагов на лестнице и т.п. Кроме того, нарастают психологическое раздражение и напряжение.

Дезорганизация и страдание. Факт утраты хорошо осознается утратившим, и основным содержанием этой стадии являются депрессивные симптомы.

Отделение и реорганизация. Предполагается, что человек на этой стадии в состоянии окончательно отделиться от ушедшего и создать новые отношения.

В качестве признака, по которому авторы разделили весь процесс переживания утраты на эти стадии, был выбран превалирующий, основной симптом. Несмотря на большое количество спорных моментов и вопросов, это направление довольно часто используется в отечественной психологической практике. В симптоматологической концепции переживания утраты практикующий психолог имеет возможность описать картину переживания утраты у конкретного человека в терминах проявлений, общих для всех людей, — эмоциональных, когнитивных и поведенческих. Кроме того, можно довольно быстро определить степень нормальности переживания утраты данным человеком и диагностировать тип искажений этого процесса.

Однако эта информация носит лишь констатирующий, описательный характер. По большому счету она не позволяет определить, почему возникают осложнения в переживании утраты, за счет чего происходит процесс адаптации к сложившейся ситуации, на какие внутренние ресурсы человека можно опираться на каждой стадии и как в целом построить процесс психологической помощи. Часто упоминаемые чувства вины, страдания, печали и т.п. могут иметь самые разные причины и послед-

ствия. Они могут быть как разрушительными, так и целительными, очищающими человека от множества внутренних противоречий.

Для тех, кто оказался рядом с утратившим, и для самого утратившего информация такого рода может помочь лишь тем, что подтвердит нормальность тяжелых чувств, мыслей, раздражительности и душевной боли. Но сформулированные научным языком описания не продвинут утратившего в понимании того, что с ним происходит.

Основной недостаток описанного направления можно определить как отсутствие учета индивидуальных особенностей переживания утраты и тех внутренних перестроек и глубинных процессов, проявлением которых, собственно, и являются указанные выше симптомы.

Обратимся ко второму направлению, в котором перечисленные недостатки отчасти преодолены.

II. *Переживание утраты как последовательное решение психологических задач.*

Человек, переживающий смерть близкого, сознательно или неосознанно пытается в этой ситуации прежде всего выжить, привыкнуть к ней, приспособиться к жизни без утраченного. Но для этого утратившему приходится сначала осознать реальность смерти близкого, затем принять как данность то, что вернуть близкого человека невозможно и что жизнь теперь навсегда стала другой. Это постепенное продвижение по пути переживания утраты похоже на прохождение через несколько последовательных комнат: пока не пройдешь одну — не сможешь войти в следующую. То есть перед утратившим человеком стоит несколько последовательных психологических задач. Разрешение каждой из них является стадией адаптации человека к уходу близкого.

Исследования, объединенные в это направление, в основном проводились американскими психологами (Worden J. W., 1982), 1991; Hagmann J., 1995; Neeld E. H., 1992). Общая идея заключается в следующем: переживание утраты рассматривается как процесс последовательного решения психологических задач, а их разрешение или трудности в решении зависят от ситуации утраты и особенностей утратившего.

Имеются две наиболее распространенные концепции утраты как процесса решения психологических задач. Процесс переживания описывается Дж. Ворденом (см.: Malkinson R., Rubin S. S., Witztum E., 2000) как процесс решения утратившим четырех базовых психологических задач. С точки зрения автора, эти задачи являются универсальными для всех, а формы и способы их решения — индивидуальными. Нечто подобное предлагает и Э. Нилд (Neeld E., 1992): решение психологических задач определяются ею как выбор человеком адаптивной стратегии поведения на каждой стадии. Обобщая эти две концепции, можно выделить следующие психологические задачи в переживании утраты.

1. *Принятие реальности и необратимости утраты* (Worden J. W., 1991), или *Первый выбор: перенесение удара* (Neeld E., 1992).

Выполнение или невыполнение задачи являются признаком наличия или отсутствия у человека внутренних ресурсов. Если ресурсов достаточно, то человек в состоянии признать реальность произошедшего. Если нет — включаются психологические защиты, призванные оградить психику от сильных потрясений, и событие утраты тем или иным способом вытесняется из восприятия реальности человеком.

Невыполнение этой задачи будет выражаться в отрицании факта утраты, и проявления этого могут быть самыми разными. Например, так называемая «мумификация» — это такое поведение утратившего, когда жизненный уклад — от вещей в квартире до повседневных дел — сохраняется неизменным, как при жизни ушедшего. Таким образом утративший живет в иллюзии, что близкий человек жив и ничто в окружающем мире не напоминает о его смерти.

Иногда встречается и противоположная стратегия поведения утратившего человека, выполняющая, однако, ту же защитную функцию «не напоминать об утрате». Проявляется она в целенаправленном и максимально ускоренном избавлении от вещей умершего, в смене места жительства, отъезде.

Еще одно возможное проявление того, что человек не принимает реальность утраты, — отрицание ее значимости. Заключается это в том, что человек пытается уменьшить ценность утраченного, вспоминая и намеренно концентрируясь на его плохих поступках.

Наконец, нежелание осознать произошедшее может проявляться в отрицании необратимости утраты: человек не может смириться с тем, что никогда не увидит утраченного, и может, например, пытаться вступить с ним в контакт посредством медиумов.

Если же утратившему удастся справиться с описанной задачей, он приходит к осознанию реальности утраты и выходит из шокового состояния. При этом человеку необходимо найти в себе силы принять произошедшее, перенести удар, сохранив физическое и психическое здоровье.

2. *Переживание боли* (Worden J. W., 1991), или *Второй выбор: переживание сильной боли и необходимость социальной поддержки* (Neeld E., 2003).

Эта задача, наверное, самая неопределенная и самая трудная. Ее выполнение означает глубокое проживание случившегося, упорные попытки понять и принять тяжелые и болезненные переживания, научиться терпеливо относиться к ощущению внутреннего страдания, понимать, что оно необходимо для того, чтобы пережить полноту утраты. В этот период утративший особенно сильно нуждается к поддержке окружающих его людей.

Но для переживания боли нужны физические и психологические силы. И если их нет — остается попытаться избежать болезненных переживаний. Каждый делает это по-своему, но, как правило, люди пытаются избегать воспоминаний о случившемся, заглушают чувства скорби и печали, пытаются заполнить время массой отвлекающих дел и событий. Результат такой стратегии — блокировка переживаний и затягивание всего процесса.

3. *Принятие окружающего мира без утраченного* (Worden J. W., 1991), или *Третий выбор: переоценивание*, и *Четвертый выбор: поворот к жизни без утраченного* (Neeld E., 1992).

Выполнение этой психологической задачи означает осознание и принятие отсутствия утраченного во всех сферах жизнедеятельности. Прежде всего это касается исчезновения взаимных уникальных и социальных ролей, которые присутствовали в отношениях с утраченным. Кроме того, с ушедшим были связаны определенные области жизнедеятельности, быта. И утративший теперь должен проживать все привычные жизненные ситуации и события без него.

Если эта задача не разрешается, человек чувствует нежелание жить полноценной жизнью, полностью отрицает возможность нормального существования без близкого, фиксируется на факте потери, не в состоянии найти новые смыслы в настоящей жизни.

4. *Создание новых отношений с утраченным и желание продолжать жить* (Worden J. W., 1991), или *Пятый и шестой выбор: реконструкция и проживание* и *Седьмой выбор: интеграция* (Neeld E., 1992).

Когда человек смирился с отсутствием ушедшего в повседневной жизни, осознал и принял необратимость этого, у него возникает внутренняя необходимость переосмыслить отношения с ушедшим и создать его новый образ в настоящем. Выполнение такой задачи состоит в переструктурировании отношений с утраченным, переводе их в сугубо психологический план и поиске в них нового смысла, помогающего в жизни.

Невозможность решить эту задачу выражается в фиксации на связи с ушедшим, избегании новых близких отношений и попытках разорвать имеющиеся отношения. Кроме того, у человека возникает неосознанное желание исключить травмирующее событие из жизненной картины, что приводит к ощущению разорванности жизни.

Завершающим периодом переживания утраты как решения психологических задач является включение события утраты в общую картину жизни, восстановление целостности жизненного опыта и осознание его ценности.

В качестве индикатора окончания переживания горя в данном направлении предпочитают не формальную временную границу, а наличие определенных психологических особенностей, свидетельствующих о выполнении всех психологических задач. Например, Д. Вейс выделяет следующие особенности (см.: Malkinson R., Rubin S. S., Witztum E., 2000):

- способность переживать эмоциональную умиротворенность, отсутствие волн острой боли;
- способность вкладывать энергию в жизненную активность;
- чувство правильно выбранной стратегии жизни после утраты;
- оптимистичный взгляд на будущее.

Несомненной ценностью описанных концепций является их четкость и применимость для практикующего психолога: хорошо обозначены конкретные задачи

и результаты, которых должен достигнуть человек в итоге психологической работы на каждом этапе. Ясны критерии и описаны признаки выполнения и невыполнения каждой задачи. И для самого утратившего понятие психологической задачи вполне приемлемо и понятно. Если использовать ее в процессе психологической помощи, человек получает полезную для себя информацию: уже не просто констатирует собственные переживания, а пытается понять и осознать их функцию.

Тем не менее психологические задачи, предлагаемые в описанных концепциях, по большей части носят описательный характер. Основным содержанием стадий процесса переживания утраты является динамика отношений с ушедшим человеком.

III. *Переживание утраты как процесс трансформации связи с ушедшим.*

Психологическая суть утраты состоит прежде всего в том, что потерян значимый, близкий человек, потерян Другой. И все тяжелые чувства и мысли, изменения в поведении, невозможность сохранить прежний стиль жизни — выражение того, как переживается эта потеря близкого, как изменяются отношения с ним, как происходит поиск нового смысла существования без него.

Существуют несколько точек зрения на суть процесса переструктурирования отношений с ушедшим. Они иллюстрируют разные составляющие отношений утратившего и ушедшего (энергию либидо, модель привязанности, смысл отношений, взаимные роли), которые оказываются подверженными трансформации.

Психоаналитическое толкование «горевания по Другому» связано с понятием энергии, которую необходимо «оторвать» от утраченного объекта. Последовательность фаз, предлагаемых психоаналитиками, выглядит следующим образом:

- понимание, принятие и совладание с утратой и сопровождающими ее обстоятельствами;
- скорбь, характеризующаяся отходом от привязанности и идентификации с утраченным объектом (декатексис);
- возобновление эмоциональной жизни в соответствии с уровнем собственной зрелости, что часто включает установление новых отношений (рекатексис).

Такая последовательность стадий, предложенная еще в начале XX в. З. Фрейдом, демонстрирует некоторый универсальный для всех людей процесс отрыва психической энергии от любимого человека, недоступного для прежних форм отношений. Эту последовательность можно воспринимать как попытку выявить некоторые общие закономерности энергетических процессов.

Другую концепцию утраты, также включающую некоторые общечеловеческие закономерности переживания, предложил в 1960-е годы американский детский психолог Дж. Боулби. Утрату значимого близкого он рассматривал как утрату объекта привязанности. Автор теории врожденной привязанности считает, что «поведение привязанности» является формой инстинктивного поведения, которое развивается у людей в период младенчества и имеет в качестве своего стремления или цели близость к материнской фигуре (Боулби Дж., 2004). При этом привязанность явля-

ется естественным поведением и не носит негативного оттенка, присущего зависимости.

Именно поведением привязанности — попытками вернуть утраченный объект — Дж. Боулби объясняет чувство гнева, появляющееся в первое время у утративших. Во-первых, человек склонен обвинять кого-то из окружающих в произошедшем. Во-вторых, попытки других людей поговорить о случившемся препятствуют пребыванию в состоянии грез и воспоминаний о прошлом. У взрослых людей печаль, с точки зрения Дж. Боулби, проходит в несколько стадий, и вся симптоматика является отражением переживания человеком потери объекта привязанности — от попыток его вернуть до смирения с безвозвратностью потери.

Эти теории свидетельствуют о том, что на отношения с ушедшим человеком большой отпечаток накладывает личностный и жизненный опыт утратившего. И характер вложенной в отношения энергии, и опыт обретения и потери привязанности, в особенности в раннем детстве, влияют на то, как человек будет проживать утрату прежних отношений с близким.

С точки зрения отечественного психолога Ф.Е. Василюка (1991, 2002), психоаналитическое толкование утраты в большой степени представляет собой «парадигму забвения» — необходимость максимального отрыва, отторжения от образа утраченного. В качестве альтернативного варианта автор предлагает «парадигму памятования». Ее суть состоит в том, что весь процесс переживания утраты концентрируется вокруг двух основных составляющих: переструктурирования отношений с утраченным и формирования нового образа Я утратившего. Стадии, которые, по мнению автора, проходит человек, почти полностью совпадают со стадиями психопатологического направления: шок и оцепенение; поиск; острое горе; остаточные толчки и реорганизация; завершение. Но Ф.Е. Василюк не только констатирует некоторые эмоциональные реакции, характерные для каждой стадии, а объясняет их возникновение специфическими процессами. Эти процессы связаны с тем, что человек в переживании утраты как бы пытается осознать соотношение двух миров: мира, где ушедший был жив (это воспоминания о нем, в которых хочется находиться), и мира, где ушедшего нет (реальность, в которой ушедшему должно быть найдено место и роль).

То есть общий смысл «работы горя», с точки зрения Ф.Е. Василюка, состоит в постепенном переходе утратившего из психологического «пребывания в прошлом вместе с ушедшим» в состояние настоящего времени. Это предполагает поиск новой символической роли для утраченного в настоящем времени и нового смысла отношений с его образом.

В том же направлении рассуждает и американский психолог Т. Уолтер (Walter T., 1999), когда описывает возможные варианты новой роли ушедшего в мире живущего. С его точки зрения, ушедший может выступать для утратившего в качестве модели поведения как дающий советы в отдельных ситуациях своим предполагаемым примером; как символизирующий базовые жизненные ценности; как значимая часть биографии утратившего.

В исследованиях Ф. Е. Василюка и Т. Уолтера определены два ракурса отношений с ушедшим: ролевой и смысловой. Человек переживает утрату своей роли (отца, зависимого, авторитета, ребенка и т. п.) по отношению к ушедшему и роли, которую ушедший занимал в его жизни. Кроме того, потерянными оказываются смысл определенных жизненных составляющих. Например, смысл близких отношений. Естественно, что проживание утраты и трансформация отношений будут заключаться в поиске новых ролей (разумеется, уже на психологическом уровне) и новых смыслов.

Ценность такого взгляда на переживание утраты состоит в том, что, помимо внимания к процессу адаптации к ситуации смерти близкого («его здесь нет и не будет»), важную роль начинает играть и процесс активной психологической проработки прошлых отношений с утраченным («кем этот человек был для меня и кто он для меня сейчас»).

И для профессионального психолога, и для того, кто в своей жизни столкнулся с утратой, такой взгляд на утрату необходим, так как касается именно тех проблем, которые являются базовыми: как жить без ушедшего, что для утратившего значил ушедший, как можно сохранить связь с его образом, какое место он может занимать в настоящей жизни. Поиск ответов на эти вопросы может стать основой для психологической работы с потерявшим близкого.

Попытку соединить в одной модели симптоматические характеристики переживания утраты и трансформацию отношений с ушедшим предпринял С. Рубин (см.: *Traumatic and Nontraumatic Loss...*, 2000). Предложенная им «модель баланса: двунаправленная модель переживания утраты» сочетает в себе два блока. Один связан с функционированием человека (его жизнедеятельностью в процессе адаптации к утрате), другой — с тем, каким образом происходит перестройка отношений с ушедшим. Автор выделяет следующие компоненты, составляющие блок «Функционирование»: соматика, депрессивность, тревожность, смысловая структура, психиатрические симптомы, работа, самооценка, семейные отношения, межличностные отношения. В состав блока «Отношения с утраченным» входят: привязанность, конфликт, идеализация, стадии утраты, отношение к себе, дистанция, негативные и позитивные аффекты. Результат переживания утраты описывается соответственно в двух понятиях: «восстановление после утраты» как характеристика области функционирования и жизнедеятельности утратившего и «разрешение утраты» как характеристика переструктурирования отношений с утраченным.

Общие идеи этой модели сформулированы С. Рубиным следующим образом.

- Изменения в результате утраты происходят во всех сферах жизни утратившего: в биологической, внутриличностной, поведенческой и межличностной. Основная цель внутренней работы состоит в возвращении к нормальному функционированию и к глубокому переструктурированию отношений с ушедшим.
- Вне зависимости от наличия симптоматики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) утрата может носить травмирующий характер.

- Процесс переживания утраты проходит несколько стадий.
- В процессе переживания утраты происходит переструктурирование отношений с утраченным, и особенности этого процесса сугубо индивидуальны.
- После прохождения всех стадий (по времени длящихся до нескольких лет) жизнь утратившего реорганизуется. При этом происходят изменения в обеих областях — собственного функционирования и переструктурирования отношений с утраченным, чем и достигается сбалансированность.

Эта модель логически подытоживает проделанный анализ стадийальных концепций переживания утраты.

Многие авторы отрицают возможность разделения переживания на стадии, выбирая в качестве критерия концепции смысловые конструкты. Процесс восстановления смысловых конструктов и составляет суть переживания утраты, уникального в каждом случае и поддающегося обобщению лишь по ряду содержательных характеристик, с точки зрения противников стадийальных концепций.

В последние годы в отечественной психологии активно разрабатывается проблематика горя и утраты в рамках конструктивистской психологии, давно существующем в американской науке направлении. В нем утверждается универсальность способа внутренней обработки события утраты — процесса «смысловой реконструкции».

9.2.3. Переживание утраты как процесс «смысловой реконструкции»

Представители этой концепции предлагают новый взгляд на переживание утраты, в котором преодолеваются многие недостатки ранее изложенных исследований. Концепция «смысловой реконструкции» воплощается на практике в виде определенных стратегий терапевтической помощи и отдельных техник (Neimeyer R. A., 1999, 2000, 2001; Hendricks L. D., 1999; Silverman P. R., 2001; Browning D., 2001).

Специфика этого направления заключается в том, что переживание утраты относится к смысловой сфере и является процессом сугубо индивидуальным, не поддающимся разделению на общие для всех стадии. Кратко суть новизны данного подхода, с точки зрения одного из основных исследователей — Р. А. Неймеера (Neimeyer R. A., 1999), состоит в следующем:

- высказываются сомнения относительно универсальности эмоциональных реакций в процессе переживания горя и постулируется комплексность процессов адаптации;
- отрицается убеждение, что успешное завершение горя предполагает забвение ушедшего. Наоборот, утверждается, что создание символической связи с ушедшим имеет целительный эффект;
- считается важной не внешняя симптоматика, а процесс реконструкции смыслов и значений;

- утверждается, что переживание горя влияет на идентификацию и самоотношение утратившего;
- рассматриваются возможности развития духовности и «посттравматического роста» личности, обусловленные интеграцией «уроков утраты»;
- учитывается влияние семейной и культурной среды на индивидуальное переживание утраты.

Если придерживаться этой логики, то индивидуальность переживания утраты проявляется в следующем. Любой психолог выясняет то, каким образом человек переживает утрату, прежде всего из рассказа самого человека и работает именно с этой субъективной версией событий. Иногда делаются попытки выявить состояние человека с помощью тестирования. Представители конструктивистской психологии предлагают внимательнее отнестись именно к тому, как сам человек видит произошедшее, как структурирует внешние и внутренние события. Такой связанный общей идеей осмысленный рассказ (или написанная история) называется нарративом. Человек может иметь нарратив как отдельного события, так и нарратив целой жизни (или пренарратив, если речь идет о будущем).

Центральная идея данного направления состоит в том, что человек всегда имеет некоторый пренарратив собственной жизни: представления о течении своей жизни, ее закономерностях, возможных будущих событиях. Состоит он из ожиданий, надежд, базовых убеждений, мировоззрения и безусловно включает также и жизнь близких людей. Травматические события, в частности уход близкого человека, разрушают пренарратив или требуют его корректировки, включения в него осмысленной версии произошедших событий. Процесс смысловой реконструкции возможен только при условии осознанности переживаний и возможности их описать, т.е. создать новый нарратив — историю, которая отражает внутренний опыт. При этом смысловая реконструкция касается уровня фактических событий, социального уровня (системы отношений человека), психологического уровня (психологической связи с ушедшим, образа Я), уровня экзистенциальных проблем.

Представители данного направления используют описанные идеи в контексте психологической помощи утратившим близких (Neimeyer R. A., Keesee N. J., Fortner B. V., 2000).

1. *Смерть как событие может соответствовать или не соответствовать базовым смысловым конструктам*, с помощью которых человек структурирует свой опыт. Смысловыми конструктами является устойчивая система объяснений происходящих в жизни событий и жизненных закономерностей. Смерть — событие травмирующего характера, оно может разрушить существующие конструкты, но может быть и новым опытом, для осмысления которого конструкты отсутствуют. Таким образом, наличие хорошо сформированного конструкта дает возможность человеку объяснить произошедшее, осмыслить его, включить в свой жизненный опыт и тем самым избежать серьезных разрушений во всей смысловой структуре своего внутреннего мира.

Эта идея обращает внимание психолога на такую личностную особенность человека, как сформированность его мировоззренческой структуры, сквозь призму которой он сам для себя объясняет происходящие в жизни события. Неспособность человека осознать и определить для себя смерть как событие требует отдельной психологической работы. Результатом ее может стать осознание смерти как необратимого события вообще и осознание конкретного произошедшего события — смерти близкого.

2. *Горе — индивидуальный процесс*, внутренний, сложный и неразрешимый без переосмысления себя и своей жизни. Человек старается интерпретировать событие в рамках имеющегося у него образа себя и мира. Разрушение личных теорий, интерпретирующих жизнь и опыт, приводит к ощущению незащищенности, столкновению с незнакомой реальностью. Включение произошедшего события в собственную жизнь нуждается в ее переосмыслении. Процесс этот сугубо индивидуальный, требующий самостоятельной активной внутренней работы человека.

Таким образом, столкновение со смертью является не специфической отдельной областью опыта человека, а приводит к изменениям всей его внутренней и внешней жизни, вызывает необходимость перестройки всей мировоззренческой системы человека или отдельных ее элементов.

Особый акцент делается на индивидуальности процесса и недопустимости прямого вмешательства во внутренний мир человека. Роль психолога здесь — это роль поддерживающего и сочувствующего собеседника.

3. *Человек не включен в процесс переживания утраты, а осуществляет его сам.* Речь идет об осознанном и активном отношении утратившего к процессам, происходящим на внутреннем плане, а именно в сфере его чувств и попыток осмысления произошедшего. Такая позиция утратившего является более конструктивной, в отличие от желания избежать болезненных переживаний и сконцентрироваться на внешней адаптации к отсутствию близкого.

Главная идея, которую психолог, работающий в рамках данного направления, должен донести до человека, — это ответственность утратившего за способ переживания утраты. Человек должен понять, что психолог ничем не сможет ему помочь, если сам утративший не будет пытаться сам внутренне работать, т. е. глубоко проживать и осмысливать произошедшее, терпеливо перенося болезненность переживаний.

4. *Переживание утраты — это процесс реконструирования индивидуального смыслового пространства*, которое было трансформировано в результате утраты. Событие утраты в процессе смысловой реконструкции должно включаться в нарратив жизни, в систему представлений о собственной жизни, и наделяться определенным индивидуальным смыслом.

Это завершающее логическое звено процесса конструирования и реконструкции смысловой сферы. Если в предыдущих пунктах речь шла о конкретных областях опыта, для осмысления которых необходимо было создавать или восстанавливать конструкты (смерть, собственная жизнь — физическое и социальное пространство,

видение себя), то здесь речь уже идет об объединительном процессе: создании системной жизненной истории, нарратива, описывающего целостную картину собственной жизни.

5. *Аффекты являются показателями адекватности процесса смысловой реконструкции.* Представители этого направления рассматривают человеческий опыт как целостный, а не разделяемый на когнитивный и аффективный. По их мнению, чувства и эмоции человека характеризуют адаптивность, адекватность процесса осмысления человеком происходящего.

Например, *отрицание* рассматривается как невозможность принятия человеком смерти близкого: человек пытается приостановить на время неприемлемое событие (психологически приостановить столкновение с реальностью) до тех пор, пока не наступит его осознание во всей болезненной ясности.

Тревожность указывает на осознание человеком того, что смерть — событие, которое лежит за пределами его возможностей объяснения, предотвращения и контроля.

Вина интерпретируется как результат противоречия между реальным поведением и существующей на внутреннем плане психологической структурой идентичности человека.

Такая прямая причинно-следственная интерпретация возникших чувств является спорной. Ведь одно и то же чувство может возникать на разных стадиях осмысления утраты, относиться к разным аспектам опыта и иметь самые разные причины.

6. *Процессы конструирования и реконструкции смыслов обусловлены отношениями с окружающими.* Работа горя проходит в трех связанных системах: сам человек, семья и ближайшее окружение. При этом человек налаживает отношения как на символическом уровне (с ушедшим), так и на уровне реально существующих отношений с другими людьми. Кроме того, следует обращать внимание на культурно-религиозный аспект утраты — на принятые в данном обществе традиции отношения к утрате.

Важность этого пункта велика, так как психолог должен учитывать, что социальное и культурно-религиозное пространство влияет на мировосприятие человека вообще и в частности на то, каким образом будет переживаться и осмысляться смерть близкого через традиции и ритуалы.

В целом теоретическая ценность исследований этого направления несомненна и очевидна. Следует еще раз подчеркнуть три идеи, которые кажутся особенно важными в предлагаемой конструктивистами концепции утраты.

Прежде всего, это идея о *ведущей роли смысловой сферы* в переживании утраты. Человеку важно не просто привыкнуть к событию и принять его реальность, а нужно включить его в свою жизненную картину и найти его глубинный смысл. Далее, это утверждение, что *процесс смысловой реконструкции является сквозным* для всех сфер опыта человека. И наконец, предположение, что возможным результатом переживания утраты может быть *личностное развитие*.

Практическая ценность исследований заключается в разработке большого количества нарративных техник для психологической проработки утраты.

Изложенные концепции должны рассматриваться не как исчерпывающие или альтернативные, а как дополняющие одна другую. При описании процесса переживания утраты необходимо учитывать и симптоматику, и психологические задачи, и трансформацию отношений с ушедшим, и процессы в сфере жизненных смыслов.

Проблема состоит не в том, существуют стадии или нет (и то и другое является предположением), а в том, какой критерий выбирается для их разделения. Такой критерий явно должен учитывать максимум описанных граней переживания утраты, объединять их собой.

Основой для разделения переживания утраты на стадии должны быть изменения, связанные с переструктурированием и качественной переработкой произошедших событий. Переработка эта должна касаться как внешней, фактической сути события, так и смыслового его наполнения.

В суть внутренней работы, которая происходит на каждой стадии переживания утраты, можно проникнуть лишь при условии учета *многоуровневости* процесса переживания утраты.

9.2.4. Уровни переживания утраты

Когда речь идет об уровнях, прежде всего возникает два вопроса: каков принцип их выделения и какова их иерархия. «Уровни», о которых шла речь в конструктивистском направлении, — физический, социальный, психологический и духовный — на самом деле представляют собой жизненные сферы, в которых утрата существует. Это переживание физического отсутствия ушедшего, утрата определенного типа социальных отношений, опустошение уникальной ниши во внутреннем мире утратившего, переструктурирование системы жизненных ценностей.

В современной концепции американской исследовательницы Э.Пренд (Prend A. D. 1997) идея уровней является центральной. Автор именно через уровни переживания делает попытку создать более корректную стадийную концепцию. Анализ этой концепции поможет нам сформулировать несколько существенных вопросов по поводу природы уровней переживания и детально обсудить эту проблему с учетом результатов собственного исследования.

Концепция Э.Пренд является, во-первых, теоретическим обобщением информации, накопленной за годы психотерапевтической практики, а, во-вторых, дает практическим психологам конкретные стратегии психологической помощи потерявшим близкого. Две ключевые идеи автора состоят в следующем:

- а) процесс переживания утраты протекает параллельно на двух уровнях — психологическом и духовном;
- б) процесс переживания разделен на два больших этапа: первый — первоначальная адаптация и второй — развитие.

Первый этап обозначен автором как «первоначальное путешествие по горю» и представляет собой традиционно рассматриваемые стадии: шок, дезорганизацию и реконструкцию. Особый интерес представляет духовный уровень переживания на тех же стадиях.

Стадия шока существует на духовном уровне в виде состояния «Не нужно ответа». Оно заключается в том, что человек не может поверить в случившееся и постоянно задает себе вопросы: «Почему? За что? Как такое могло произойти?» Вопросы носят риторический характер, человек действительно не ждет ответа на них, так как задача данной стадии не в том, чтобы найти объяснение произошедшему, а в том, чтобы принять реальность утраты.

На следующей стадии — *дезорганизации* — человек проживает утрату близкого в разных жизненных сферах. На духовном уровне эти переживания выражаются в состоянии «быть потерянным». Утративший может столкнуться с тем, что его прежняя мировоззренческая система не может объяснить произошедшее и не помогает справиться с болью утраты. Именно для этой стадии характерным признаком является потеря религиозной веры.

Стадия реконструкции выражается на духовном уровне в состоянии «быть найденным»: идет продуктивная внутренняя работа, результатом которой является новое обретение веры, обнаружение новых жизненных смыслов.

Общим результатом первого этапа переживания утраты является адаптация к отсутствию близкого человека, восстановление или преобразование моделей поведения, системы отношений с окружающими людьми. Но на этом переживание утраты не заканчивается, а становится базой для возможности духовного развития.

Второй этап переживания утраты назван Э.Пренд «жизненное влияние горя». Он содержит две стадии: *синтез* и *трансценденция*. На *стадии синтеза* происходит интегрирование события утраты в жизнь, восстановление жизненной картины, глубокое осознание влияния утраты на внутренние процессы. *Стадия трансценденции* заключается в попытках найти закономерности в ситуации утраты и организовывать свою жизнь уже на новом уровне духовного развития. При этом автор подчеркивает, что «путь развития через утрату — это уникальный и развивающий путь контакта с Божественным духом» (Prend A. D., 1997).

Оригинальный авторский подход к осмыслению утраты — SOAR — заключается в формулировке следующих возможных индивидуальных путей трансценденции: «духовность» (*Spirituality*), «помощь другим» (*Outreach: helping others*), «отношения: здоровое мышление» (*Attitude: healthy thinking*), «реинвестирование: охватывая жизнь» (*Reinvestment: embracing life*). Человек может выбрать как один, так и все четыре пути. Автор описывает их следующим образом.

Предложенная Э.Пренд концепция вызывает ряд вопросов.

Во-первых, все четыре пути «трансценденции» являются выражением духовной работы. одни из них характеризуют внутренний пласт этой работы, остальные — его внешнее выражение в сфере жизнедеятельности. Поэтому категория духовности здесь должна быть не рядоположной остальным, а базовой. Возникает вопрос о сути духовного уровня. В чем различия психологической и духовной работы?

Во-вторых, действительно ли работа двух уровней переживания утраты строго параллельна?

Всегда ли вопросы, задаваемые на более высоком уровне, требуют как минимум признания реальности события? В переживании утраты человек имеет дело, с одной стороны, с фактическими событиями, связанными с утратой, а с другой — стремится к проникновению в жизненные закономерности, объясняющие эти события; с одной стороны, адаптируется к ситуации утраты, а с другой — становится способным на глубокие личностные изменения. Каким образом обозначить и описать эти уровни осмысления происходящих событий? Как они сосуществуют друг с другом?

«Духовность» и «отношения» — внутренне ориентированные процессы, требующие рефлексии и анализа. Через «духовность» развитие человека происходит в виде контакта с более высоким уровнем — с Божественным духом — как через наличие религиозных переживаний (например, молитву), так и через переживания единения с миром (например, глубокий контакт с природой).

Через путь «отношений» развитие происходит в появлении индивидуальной философии жизни и смерти: прорабатываются отношения к Богу, к тому, как устроен мир, к жизни и смерти. Автор выделяет различные виды отношений, которые осмысляются человеком, составляя его индивидуальную философию. Это «отношение нейтралитета» — принятие ценности любого опыта; «отношение принятия» — осознание необходимости прожить боль утраты; «отношение к себе» — взгляд на себя как на сильную личность; «отношение к жизни» — осознание ее ценности; «отношение к смерти» — формулировка ее индивидуального смысла; «отношение к перспективе» — общее отношение к жизненному пути; «отношение к страданию» — способность найти смысл в тяжелых испытаниях.

«Помощь другим» и «реинвестирование» — процессы, предполагающие жизненную активность, направленную вовне. «Помощь другим» предполагает активную вовлеченность человека, например, в социальную и волонтерскую деятельность. «Реинвестирование» — широкий термин, описывающий феномен обновления связи с жизнью, появления желания жить полноценной жизнью и видеть будущее. В качестве примеров путей «реинвестирования» автор описывает возникновение новой привязанности, любви, новую работу и креативные проекты или «реинвестирование в причину» (например, работа в общественных организациях «Матери против наркотиков» тех, у кого дети погибли от наркомании).

Центральным достоинством концепции Э.Пренд является подробный анализ процессов, происходящих на духовном уровне, и оригинальный авторский подход к психотерапевтической работе, где конечной целью является не адаптация к событию, а духовное развитие через него.

Многоуровневость и сложность предлагаемых к изучению явлений находится в традиции ленинградско-петербургской психологической школы, заключающейся в исследовании *многоуровневости* существования психического (наиболее яркими представителями этого направления являлись Л. М. Веккер и Н. А. Бернштейн). В современной психологии идею многоуровневости продолжает развивать В. П. Зинченко в контексте исследования структуры сознания. Автор определяет следующие *слои сознания*: *бытийный* (экзистенциальный), *рефлексивный* и *духовный*. Для каждого слоя он обозначил мир, который представлен сознанию в этом слое и в котором сознание реализуется. Очень важным здесь является определенное В. П. Зинченко специфическое содержание каждого слоя сознания — тот материал, который данным слоем прорабатывается (Зинченко В. П., 1991; Зинченко В. П., Моргунов Е. Б., 1994).

Ю. В. Заманаева на основе идеи В. П. Зинченко выделили *два основных уровня осмысления* жизненных событий: *событийный*, главным содержанием которого являются образы произошедших событий, и *духовный*, содержание которого есть смыслы событий. При этом внутренняя работа на обоих уровнях осуществляется с помощью рефлексивно-аналитических механизмов. Это означает, что рефлексивный план присутствует и на событийном, и на духовном уровнях, выступая общим для обоих уровней средством обеспечения осознанной внутренней работы человека (Заманаева Ю. В., 2007б).

Основным критерием для разделения уровней является обрабатываемое содержание — *событийное* или *смысловое*. Оба уровня функционируют на основании психологических закономерностей. А сам процесс переживания утраты имеет колебательный характер, т. е. не движется параллельно на двух уровнях, а непрерывно перемещается от одного к другому.

Уровни осмысления событий

Событийно-рефлексивный (фактический) уровень. Называние события, определение его особенностей, проживание его разрушительного влияния на разные сферы своей жизни — так начинается переживание утраты на данном уровне. Здесь человек открывает для себя существование отдельных событий, осознает их реальность. Все происходящее вызывает сильную эмоциональную реакцию. По мере развития и все более четкого проявления рефлексивных механизмов, события соединяются в отдельные группы, появляются связи между ними и осознаются определенные закономерности существования целых событийных комплексов. Например, обычно связываются в единую систему образов сама ситуация утраты и ряд событий, которые человек считает предвестниками смерти близкого.

Духовно-рефлексивный (интегрирующий) уровень. Основной материал духовного уровня — не фактические события, а их скрытые смыслы. В произошедшем откры-

ваются жизненные закономерности, поднимаются самые серьезные вопросы, связанные с жизненными смыслами и ценностями. Например, вопросы о причинности и смыслах происходящего; собственной ответственности; закономерностях жизненного цикла; о проблемах бессмертия души.

Этот верхний уровень в философии можно было бы назвать онтологическим, трансцендентным, экзистенциальным. Но в традиции российской культуры с учетом специфики понятий «духовность» и «духовное развитие» целесообразно назвать этот уровень именно духовным.

Рефлексивная составляющая каждого уровня имеет операциональный характер, т.е. обеспечивает *способ обработки информации*, определяет используемые человеком рефлексивно-аналитические механизмы осмысления событий.

Если на уровне событийном человек сталкивается с обилием жизненных событий, их разнообразием и слабой структурированностью, то на уровне духовном внешняя пестрота исчезает и остаются только самые основные и главные связи и смыслы.

Взаимоотношение уровней

Оба уровня безусловно представляют собой единое целое. Идея их разнесения, так же как и идея стадий, является концептуальным построением, необходимым для научного структурирования феноменологического поля утраты. В реальности живой процесс переживания непрерывно движется между ними, то поднимаясь до уровня смыслов событий, то опускаясь к фактической их стороне. Поэтому можно предположить, что в зависимости от конкретной задачи переживания утраты один из двух уровней становится ведущим. В том случае, когда необходима адаптация человека к отсутствию близкого, ведущим является событийный уровень. Это нужно для структурирования и обобщения конкретных жизненных ситуаций. Когда же утративший начинает обращаться к анализу жизненных закономерностей, тогда ведущую роль начинает играть уровень смыслов — духовно-рефлексивный. Поэтому можно допустить, что процесс переживания утраты имеет колебательный характер, перемещаясь с уровня на уровень в зависимости от стадии переживания.

Обычно уровни переживания утраты и направление переживания на каждом уровне не осознаются самим утратившим. Особенности события утраты начинают осознаваться, когда они формулируются человеком в виде словесных утверждений. Так же и направление переживания утраты существует на внутреннем плане в виде вопросов, на которые человек пытается найти ответ. «Как привыкнуть?» и «В чем смысл?» — вот два ключевых вопроса, где первый отражает задачу *приспособления к ситуации*, а второй связан с *проработкой сферы жизненных смыслов*. Можно сказать, что в этих вопросах заявлены те базовые психологические задачи, которые ставит перед собой утративший.

Основное направление переживания утраты на событийно-рефлексивном уровне состоит в *адаптации* утратившего к сложившимся обстоятельствам. Именно на этом уровне происходит обработка событийного ряда произошедшего и происхо-

дящего, структурирование образов, осознание эмоциональных реакций на события, поиск связей между событиями, осознание физических, социальных и психологических проявлений утраты, понимание того уникального места, которое занимал ушедший в мире утратившего. Все процессы, происходящие на этом уровне, направлены на осмысление ситуации утраты, на попытку сохранения психического и соматического здоровья и на возвращение к более или менее нормальной жизнедеятельности.

На духовном уровне основным направлением, в котором движется утративший, является расширение смыслового пространства утраты и как результат — *личностное и духовное развитие*. Поскольку материалом для переживания на этом уровне являются смыслы событий, человек пытается определить для себя экзистенциальные закономерности, выйти за рамки ситуации утраты в масштаб собственной жизни и жизни других людей, осознать непреходящую ценность отношений с утраченным, находя ему новое место в своей жизни.

*Регуляторные механизмы уровней,
приводящие к достижению целей адаптации и развития*

К регуляторным механизмам уровней переживания относятся психологическая защита и стратегии совладания.

Психологическая защита представляет собой обычно подсознательный механизм сохранения внешнего благополучия, избавления от рассогласованности побуждений, амбивалентности и болезненности чувств, тревоги и напряженности. Иными словами, психологическая защита ставит барьер между неблагоприятной реальностью и сознанием человека. Именно благодаря такому виду защиты, как отрицание, в первые дни после утраты человек может не осознавать реальности случившегося. Таким образом психика защищается от разрушений. В подобной ситуации эта реакция естественна и необходима. Но особенность психологической защиты состоит в ее ригидности, жесткости, блокировке развития. Вот почему такая защитная функция в дальнейшем может стать помехой для полноценного контакта с ситуацией и воспрепятствовать процессу переживания утраты.

Психологическая защита возникает как реакция на конкретные события и ситуации. Ее цель — помочь человеку выжить в конкретной ситуации, приспособиться к ней. Поэтому этот регуляторный механизм можно отнести к событийно-рефлексивному уровню переживания.

Совладающее поведение вообще и копинг-стратегии в частности представляют собой преимущественно сознательные усилия личности, которые обеспечивают активное приспособление к новой жизненной ситуации. Копинг-стратегии проявляются в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Этот регуляторный механизм помогает в определенном смысле изменить образ травмирующей ситуации, уменьшить степень ее воздействия через изменение отношения к ней, например: «она теперь не страдает»; «я должен жить дальше ради детей». То есть совладание действительно помогает приспособиться, адаптироваться к ситуации,

в отличие от защиты не отодвигет ее, а концентрируется на изменении отношения к ней. Данный регуляторный механизм принадлежит обоим уровням: он предполагает изменение в человеке отношения к собственным переживаниям, т. е. рефлексию, и поиск определенных смыслов в своем поведении.

Существует также и третий регуляторный механизм, принадлежащий духовно-рефлексивному уровню, — *проживание*. *Проживание утраты* предполагает осознанный, активный и глубокий контакт с событием утраты на смысловом уровне, когда человек не прячется, не приспособливается, а мужественно пропускает через себя травмирующий опыт, осмысляя его, изменяясь и развиваясь. Естественно, этот механизм является наиболее сложным и трудоемким, поскольку связан с проработкой надситуативных (высших) смыслов и ценностей.

Защита, совладание и проживание — конкретные способы переживания, специфические механизмы соотнесения бытия и сознания, внешней реальности и внутреннего мира человека.

Итак, психологическая защита в переживании утраты заключается в нежелании принять травмирующий характер события и в стремлении максимально исключить контакт с событием. Как, например, говорят утратившие: «я стараюсь жить, как будто ничего не случилось».

Совладание с событием состоит в его исследовании и приспособлении к нему с целью продолжать нормальную жизнедеятельность: «ведь могло быть и хуже»; «зато она не страдала».

В процессе проживания человек преобразует смысловое поле жизненных событий, включает утрату в свою жизненную картину, делает попытки вывести общие закономерности человеческого бытия. Способность признать в себе наличие тяжелых, болезненных чувств и мыслей, полноценный контакт с ними является основой для такого способа переживания утраты.

Построение стадийной концепции переживания утраты, учитывающей при этом уровневую структуру процесса, основывается на идее, заключающейся в том, что на разных стадиях переживания утраты ведущим может стать один из двух уровней. На первых стадиях обычно ведущим является событийный уровень, на последних — духовный.

Ю. В. Заманаевой предложена 8-стадийная модель переживания утраты, учитывающая уровневый характер осмысления событий.

В основу разделения на стадии положена последовательность психологических задач, решение которых сопровождается структурной перестройкой внутреннего опыта. Структурные изменения и последовательность стадий этого процесса являются общими для всех переживающих утрату близкого. Содержательное же наполнение стадий, эмоционально-чувственная и смысловая составляющие, темп переживания, остановки и продвижения — сугубо индивидуальны.

Кризисный характер переживания утраты, полностью переворачивающий жизнь человека, позволяет предположить, что завершение психологической работы над этим событием приведет к кардинальным изменениям в его внутренней и внешней жизни. Данные изменения осмысляются, систематизируются, образуя в результате

следующие три психологических новообразования: «психологический образ утраты», «психологическая связь с ушедшим», «осмысление утраты как жизненного испытания».

В основу 8-стадийной (или 3-этапной) модели переживания утраты положена последовательность психологических задач, решение которых ведет к структурной перестройке внутреннего опыта. Для утратившего человека эти задачи выражаются как своеобразные внутренние вопросы, на которые утративший осознанно или подсознательно пытается ответить.

На первых трех стадиях (первый этап) переживания утраты ведущим является событийно-рефлексивный уровень. Задачи, которые решаются в течение этого этапа: осознание реальности утраты; принятие реальности произошедшего; осознание происходящих в жизни изменений и того уникального места, которое занимал ушедший человек в жизни. Вся внутренняя работа в рамках данного уровня направлена на адаптацию утратившего человека к уходу близкого. Сам утративший переживает этот процесс как поиск ответа на внутренний вопрос: «Как привыкнуть?» *Четвертая и пятая стадии* (второй этап) являются переходными. На данном этапе ведущим становится то один, то другой уровень в зависимости от актуальных задач, ситуации и индивидуальных особенностей человека. Стремление человека в этот период состоит в том, чтобы понять и осознать суть происходящих изменений и на внутреннем плане, и в жизни. Основной вопрос, на который пытается ответить для себя потерявший: «Что изменяется?» *На последних трех стадиях* (третий этап) процесс практически полностью протекает на духовно-рефлексивном уровне переживания и направлен на поиск закономерностей и смыслов событий. Человек анализирует утрату как жизненное испытание, пытается найти индивидуальные смыслы, открывает для себя глубинные жизненные закономерности. Общий вопрос, которым задается утративший человек: «В чем смысл?»

Понимание различий в содержании событийного и духовного уровней переживания утраты и различие механизмов, которые присущи этим уровням, прежде всего необходимы психологу, так как это дает возможность лучше понять, каковы внутренние ресурсы человека, обратившегося за помощью, решение каких задач ему сейчас по силам, с разрешения каких вопросов правильнее начать процесс психологической работы.

Контрольные вопросы и задания

1. Как называют событие смерти близкого человека утратившие? Какой смысловой оттенок несут употребляемые человеком названия?
2. Назовите основные характеристики переживания утраты.
3. Какие основные направления в описании *процесса* переживания утраты вы знаете?
4. Назовите патологические формы течения переживания горя.
5. Что такое *отсроченное, или запаздывающее, горе*?
6. Опишите симптомы искаженных реакций на горе по Э. Линдемону.

7. Какие 4 критерия дифференцирования симптомов *осложненного горя* по Д. Джекобсу, К. Мазуру, Г. Пригерсону (D. Jacobs, C. Mazure, H. Prigerson) вы знаете?
8. Назовите 4 стадии динамики *острого горя* по Э. Линдеману. Опишите симптоматику каждой из них.
9. Какие психологические задачи последовательно решает человек при переживании утраты?
10. В чем специфика направления, рассматривающего переживание утраты как процесс *смысловой реконструкции*?

Глава 10

ПСИХОЛОГИЯ ЭМИГРАЦИИ

10.1. Психология миграционных процессов

10.2. Психологические особенности миграции XXI века

10.3. Проблемы психологической адаптации пятой волны
русскоязычных эмигрантов

10.4. Детерминанты сексуально-насильственных преступлений
в условиях чужой социокультурной среды

10.1. Психология миграционных процессов

10.1.1. Определения и общие понятия психологии миграции

Феномен миграции является одним из самых характерных и значительных явлений общественной жизни XX и XXI веков. В настоящее время более 160 млн людей живут не в тех странах, где они родились, т. е. являются мигрантами. Причины миграции могут быть самыми разными, поэтому мигранты имеют разный миграционный опыт и, соответственно, разные, специфические для каждой группы, психологические проблемы и переживания (Эплова П. Н., 2017).

Миграция — это не только перемена географического места жительства. Это изменение социального окружения, а также переход из одного общества в другое, из одной культуры в другую. Тем самым она является переломным событием в биографии человека. Миграция бывает добровольная и вынужденная. К добровольной миграции относятся следующие группы людей: мигранты, переехавшие на свою историческую родину — репатрианты; мигранты в рамках воссоединения семьи; европейские мигранты — желающие поменять свое место жительства на европейские страны; мигранты в рамках учебных программ, научно-профессиональных контрактов, бизнес-проектов; переселенцы в рамках государственных программ принимающих стран; сезонные рабочие и др. К *вынужденным* мигрантам относятся: политические беженцы и беженцы с мест военных действий; беженцы из регионов экологических, техногенных и гуманитарных катастроф; жертвы различных репрессий и т. д.

Миграция делится на *длительную* и *временную*. Однако границы между этими понятиями могут быть расплывчатыми. Например, репатрианты, переселенцы или европейские мигранты въехали в новую страну с целью длительного пребывания, но изменили по каким-то причинам свое решение и вернулись обратно на родину. В этом случае они относятся уже к категории временных мигрантов и называются ре-эмигрантами. И наоборот, сезонные рабочие или мигранты в рамках учебно-научных проектов могут откладывать свое возвращение на родину и в конце концов остаться в новой стране. В таком случае они входят в категорию длительной миграции.

Миграция понимается в двух значениях — *широком* и *узком*. Под миграцией в широком смысле понимается любое перемещение за пределы своего населенного пункта (например, переезд из сельской местности в город). Миграция в узком смысле — перемещение, связанное с изменением страны проживания.

Миграция также делится еще на два вида: *эмиграцию* (от *emigrare* — «выселяться») и *иммиграцию* (от *immigrare* — «вселяться») — в зависимости от того, относительно какой страны рассматривать перемещения людей. Так, люди, покидающие свою страну, будут по отношению к ней называться эмигрантами, но по отношению к новой стране — иммигрантами. Например, россияне, поселившиеся в Европе, для России являются эмигрантами, а для Европы — иммигрантами. Или сезонные рабочие из Средней Азии, находящиеся на территории России, называются в России иммигрантами, а по отношению к своей стране — временными эмигрантами.

Эмиграция — закономерное явление, элемент мировых миграционных процессов. Особенно сейчас, в условиях всеобщей глобализации. В этот процесс втянуты

десятки миллионов людей всех континентов. Эмиграция, в особенности массовая, — это всегда утрата страной активной части своего населения, обладающей определенным комплексом волевых усилий, черт характера, необходимых для принятия решения кардинально изменить свой образ жизни и место своего проживания.

Не является исключением и Россия, где процессы эмиграции происходили интенсивно, но неравномерно, начиная с 1917 года. История России и бывшего СССР на протяжении последних 100 лет насчитывает 5 волн русской эмиграции:

- *первая волна* — послереволюционная: 1917–1933 годы (примерно 2,5 млн человек),
- *вторая волна* — послевоенная: 1941–1945 годы (примерно 0,5 млн человек),
- *третья волна* — эмиграция инакомыслящих: 1970–1980 годы (примерно 0,7 млн человек),
- *четвертая волна* — «горбачевская», перестроечная: 1990–2000 годы (примерно 8 млн человек),
- *пятая волна* — бизнес-эмиграция: 2005 год — по настоящее время (примерно 1,5 млн человек).

Каждая из этих 5 волн эмиграции имеет свои исторические и психологические особенности. Так, *первая волна* эмиграции (Париж, Берлин, Прага, Белград, Харбин) — одна из самых многочисленных и самых творчески продуктивных. Писатели, поэты и литераторы Серебряного века, философы, художники, музыканты и знаменитые представители русского балета совершили подлинный духовный подвиг, спасая русскую культуру в изгнании.

Вторая волна эмиграции (Нью-Йорк, Торонто, Брюссель, Мюнхен) менее всего изучена. Своеобразие этой волны проявилось в ее крайней политизированности. Идеологическая окраска второй волны связана с судьбами многих

Русские ученые, художники и деятели культуры первой волны, оставаясь русскими, становятся в то же время деятелями культуры другого народа. Происходит не просто сосуществование, но и взаимообогащение культур. Эмиграция убедительно доказывает это (В. Набоков, П. Трубецкой, Н. Лосский, Л. Шестов, Н. Бердяев, Р. Якобсон, П. Сорокин, С. Дягилев, С. Лифарь и др.).

тысяч людей, оказавшихся на оккупированных территориях на положении перемещенных лиц. Многие из них так и не вернулись обратно, опасаясь репрессий. Некоторые перенесли в иммиграцию свои настроения, мысли и чувства (Р. Иванов-Разумник, С. Аскольдов, И. Елагин, О. Анстей, Б. Филиппов, Д. Кланевский, В. Юрасов, Б. Ширяев и др.).

Среди эмигрантов *третьей волны* (Нью-Йорк, Тель-Авив, Мюнхен, Париж) значительную часть составляла интеллигенция. Политическая окраска причин выезда или высылки этих эмигрантов была связана с инакомыслием и протестными настроениями многих из них. Третья волна отличается не только высоким профессионально-образовательным уровнем, но и значительностью вклада в мировую культуру (И. Бродский, Ф. Горенштейн, М. Барышников, М. Ростропович, А. Тарковский, П. Вайль, С. Довлатов и др.).

Четвертая волна (страны Европейского сообщества, США, Израиль) — самая массовая. Впервые люди получили право на добровольную, а не на вынужденную эмиграцию. Эта волна совпала с развалом СССР, поэтому основными причинами выезда были социально-экономические (будущее детей, общественный кризис, «зараженность» эмиграционными настроениями и т. д.). Многие мигранты этой волны отразили в своем поведении все те противоречия и социальные болезни, которые были свойственны постсоветскому обществу, переживающему тектонические потрясения.

Пятая волна — это «тихая эмиграция». Она принципиально отличается от предыдущих. Это бизнес-эмиграция, которая уезжает тихо, без коллективного и социального сопровождения, обеспечив себя предварительно всем необходимым в странах дальнего зарубежья. Люди мигрируют без «миграционной травмы» и свободно перемещаются по всем странам. При этом они всегда могут вернуться в свои российские дома и квартиры. Все это обеспечивает пятой волне совершенно другой психологический статус и практически отсутствие целого ряда миграционных неврозов.

Перечисленные волны эмиграции в научно-теоретическом отношении почти не изучены. Однако настроения, ценностные ориентации, душевные конфликты миллионов русских людей представляют бесценное поле исследования для профессиональных психологов, а не только литераторов, многие из которых воспроизвели тончайшие внутренние переживания этих людей.

Таким образом, возникла настоящая теоретическая и практическая потребность в исследованиях феномена эмиграции не только в историческом, политическом, но и психологическом аспекте — с точки зрения психологии кризисных и экстремальных состояний. Такие исследования имеют уникальную особенность — сотни тысяч людей переместились в чужеродную среду, все элементы структуры человека как индивида, как личности, как субъекта деятельности, как индивидуальности проявились у людей различных возрастов, характеров по-новому. Многие из них пережили тяжелые кризисы и экстремальные ситуации. История как бы поставила жестокий эксперимент, дав возможность изучить изменения в психической жизни большой массы людей, переместившихся со всеми своими генетическими и приобретенными свойствами, сформированными в одной среде, в среду совершенно иную.

10.1.2. Виды аккультурации

Попадая в чужую социокультурную и языковую среду, человек вынужден приспосабливаться к новым условиям существования. Начинается сложный процесс социально-психологической адаптации, который включает в себя ознакомление, обучение, усвоение новых норм и требований, контакты с незнакомыми людьми, обычаями, культурными кодами поведения и т.д. Происходит психологическая аккультурация, т.е. изменения, которые возникают в психике человека в результате взаимодействия с другой культурой. Канадский ученый Джон Берри выделяет 4 стратегии аккультурации: *ассимиляция, интеграция, сепарация, маргинализация*.

1. *Ассимиляция* — когда человек, приехавший в чужую для него страну, хочет как можно скорее усвоить язык и полностью раствориться в культуре этой страны. При этом он старается забыть прежнюю историю своей жизни и стать максимально похожим на коренное население новой страны. Вся его деятельность направлена на усвоение новых стандартов и правил поведения, новых традиций и праздников, повседневных контактов с новой культурой, людьми и языком. Очень часто такие люди отказываются от своего языка и переходят на чужой язык даже в общении с собственной семьей и детьми.

2. *Интеграция* — когда человек придает большое значение сохранению своей собственной истории жизни, своей культуре и языку, но при этом с уважением и любопытством относится ко всему новому и незнакомому. Он учит язык, расширяет круг социальных контактов, изучает историю и традиции новой страны, осваивает профессию или получает дополнительное образование и квалификацию. Как правило, такие люди, соединяя в себе две культуры, два языка и сохраняя свою самоидентификацию, значительно спокойнее и увереннее себя чувствуют по сравнению с предыдущей группой.

Марита Л., 48 лет, социальный работник, говорит, что многие российские мигранты не знают немецких праздников, с трудом к ним привыкают и продолжают отмечать свои праздники. Например, европейское Рождество не является их главным праздником. Для них главный праздник — Новый год, который здесь почти не празднуется. Таким образом, их праздничное настроение никогда не совпадает с праздничным настроением страны, в которой они живут.

Владимир О., 37 лет, из Свердловска: «...Во мне сидит какая-то агрессивность к местным немцам. Хотя не пойму — почему? Ведь они нас приняли. Все дали. Но я чувствую себя здесь бедным родственником в доме богатых хозяев, которые тебя за человека не считают. Вот я и злюсь».

3. *Сепарация* — когда человек максимально старается избежать взаимодействия с другой культурой и социальным окружением. Эти люди остаются в нише своей культуры, не желая усваивать новые традиции, язык и коды поведения. В качестве защитной реакции они часто иронизируют над коренным населением и подчеркивают исключительность культуры своей страны. Как правило, эти люди предпочитают жить в своем замкнутом «гетто», минимизируя, таким образом, все внешние контакты в стране иммиграции. Очень часто они чувствуют себя достаточно комфортно, так как находятся только среди своих, но при этом полностью лишают себя возможности интегрироваться в новом обществе. Для таких мигрантов характерна пониженная самооценка и постоянный страх взаимодействия с учреждениями и коренным населением чужой страны.

4. *Маргинализация* — когда человек старается уйти от своей культуры (например, из-за вынужденных обстоятельств ее потери), но и не может обрести новую культуру (часто по причине стигматизации или дискриминации). Он как бы застревает между двумя культурами. Такой человек часто равнодушен к происходящим событиям, у него понижена общая мотивация, для него характерны сложности в самоидентификации и потеря жизненных смыслов. Людям, относящимся к данной стратегии аккультурации, свойственны депрессивные настроения и деструктивные формы поведения.

10.1.3. Стадии психологической адаптации и культурного шока

Психологическая адаптация эмигрантов из разных стран и этносов, оказавшихся в условиях чужой языковой и социокультурной среды, как правило, подчиняется одним и тем же психологическим закономерностям (чувство малоценности, комплекс иностранца, кризис идентичности, переживание утраты, ностальгия, депрессия, разобщенность с детьми и т. д.). Эти переживания носят, видимо, такой же объективный характер, как и процессы развития человека, объясняемые законами естественнонаучных дисциплин.

Существует 5 стадий психологической адаптации мигрантов в условиях новой социокультурной и языковой среды (Хрусталева Н. С., 1996).

1. *Эйфорическая стадия* — радостные переживания мигранта, что наконец все формальности (оформление виз, документов, паспортов и т. д.), трудности со сборами и переездом закончились. На этой стадии не происходит какого-либо изменения активности человека, перестройки его поведения, изменения стратегий, планов, целей и задач деятельности. Для многих мигрантов характерна бурная эмоциональная реакция, связанная с *эффектом достижения цели*. Идеализация общества, в которое стремился мигрант, дополняет общее состояние эйфории.

2. *Туристическая стадия*, когда начинает приобретаться самая необходимая информация о внешней стороне незнакомого общества. Здесь происходит определенное осмысление этой внешней стороны: человек осваивает лишь видимую часть чужого общества (дома, транспорт, улицы, рекламы, уклад жизни и т. д.) и, как правило, оно ему очень нравится.

3. *Ориентационная стадия*, когда мигрант вынужден разбираться не только во внешнем, но и во внутреннем — бюрократическом, социально-политическом, экономическом и профессиональном устройстве нового общества. Эта фаза требует от мигранта определенной перестройки его ожиданий и установок, что часто связано с высоким напряжением, которое вызывает стрессовое состояние. На этой стадии адаптационного развития происходит постоянный процесс преодоления стресса, который заключается в разнообразных проблемных ситуациях разрыва между желаемым и действительным. Возникает много вопросов, на которые сложно получить ответ. Некоторые мигранты ощущают себя в роли «глухонемых безработных». Человек перестает чувствовать себя хозяином своей судьбы.

4. *Депрессивная стадия*. Как правило, эту фазу проходят все мигранты независимо от уровня успешности преодоления предыдущих трех фаз адаптации. Фаза депрессии наступает чаще всего как реакция на длительное действие различных видов психотравмирующих факторов: изменение привычного стереотипа жизни, переживание чувства разлуки и ностальгии, потеря привычного социального и профессионального статуса, деформация концепции собственного будущего, неудовлетворенность самореализацией в различных видах деятельности. Эти и другие причины, в зависимости от индивидуально-типологических и возрастных особенностей, могут порождать предневротические и невротические состояния: навязчивые мысли, заикленность переживаний, нарушение социальных связей и т. п.

5. *Стабилизационная фаза*. Характер преодоления депрессивной стадии мигрантом зависит в первую очередь от степени активности личности и уровня ее социальной адаптированности. Активность личности — это стремление к самореализации и включению креативного потенциала. Процесс самореализации опреде-

Инна С., 72 года, врач-терапевт из Москвы: «Сначала я думала, что у меня стенокардия. Потом поняла, что это болит душа».

ляет личностную динамику мигранта. Переход из депрессивной (оценочной) стадии в стабилизационную требует изменения направленности личности, ее мотивационной структуры, жизненных целей. Изменение направленности личности определяет, в свою очередь, изменение социального статуса, позиций, ролей и межличностных отношений в условиях эмиграции. Стабилизационная фаза свойственна, как правило, мигрантам с низким уровнем когнитивной и мотивационной ригидности, с адекватным уровнем притязаний. При этом самореализация личности может осуществляться в любом виде деятельности: трудовой, коммуникативной и познавательной.

В психологической литературе подробно описан феномен культурного шока, который испытывают эмигранты. Например, антрополог К. Оберг выделяет шесть аспектов культурного шока (Oberg K., 1960).

- 1) *Напряжение* — результат тех усилий, которые необходимы для достижения психологической адаптации.
- 2) *Чувство потери или лишения* привычных привязанностей, которые остались в прежней среде; это и статус, и ближайшее окружение.
- 3) *Чувство отверженности*, возникающее из-за неспособности установить нормальные психологические контакты с новым культурным окружением.
- 4) *Сбой*, который происходит из-за межкультурных различий в ценностях и стереотипах поведения.
- 5) *Неожиданная тревога* при осознании порой существенных различий между своей и иной культурой.
- 6) *Чувство неполноценности*, связанное с неспособностью понять новую культурную среду.

Описание культурного шока еще раз подтверждает перенасыщенность психики мигранта внешними воздействиями и раздражителями.

Как успешнее преодолеть этот культурный шок? Существует четыре варианта межкультурных контактов:

- когда человек отбрасывает, забывает свою культуру, в которой он родился и вырос. Порой даже стесняется или пренебрегает ею, с иронией и явным высокомерием относясь к стране исхода. При этом он выбирает чужую культуру. Этот тип людей английский исследователь С. Боккер называет *перебежчиками*;
- когда человек отбрасывает чужую культуру, демонстративно отказывается изучать и понимать ее. Абсолютизирует значимость собственной культуры (особенно в области духовной жизни и истории). Этот тип социальные психологи называют *шовинистами*;
- когда человек колеблется между двумя культурами, воспринимая часть поведенческих стереотипов и ценностей из одной культуры, а часть — из другой, не относя себя полностью ни к одной из них. Результатом являются, как правило, внутриличностный конфликт, путаница в идентификации (с кем

себя соотносить, к кому принадлежать?), неспособность удовлетворить требования двух культур. Этот тип называется *маргиналами*;

- когда человек синтезирует в себе две культуры, т. е. не отбрасывает собственную (и даже передает ее своим детям) и при этом с пониманием и уважением воспринимает и усваивает чужую культуру, становясь связующим звеном между культурами и народами. Таких людей психологи называют *посредниками*.

Как показывает анализ судеб эмигрантов предыдущих поколений, лучше всего себя чувствуют и имеют хорошее психическое здоровье посредники, которые сохранили свои корни, имея, таким образом, точку отсчета в культурном пространстве, и при этом совершенно позитивно взаимодействуют с чужой культурой. Это, как правило, образованные и гуманистически направленные люди. Они не страдают от постоянного внутреннего напряжения, агрессивности и нетерпимости по отношению к чужому образу жизни.

Но почему одни становятся маргиналами, а другие — посредниками, одни остаются шовинистами, а другие полностью растворяются в чужой культуре? Во-первых, очень многое зависит от той социальной и психологической поддержки, с которой встречается эмигрант в чужой стране. Во-вторых, многое зависит от желания, мотивации самого эмигранта интегрироваться. В-третьих — от широты кругозора и нравственных ценностей личности. К сожалению, существует несоизмеримо больше факторов, препятствующих успешной адаптации, чем способствующих ей. Это — этноцентризм коренного населения, защита своей системы ценностей и навязывание ее эмигрантам, чувство собственности по отношению к определенной территории. Существует и то, что называют утомляемостью от взаимодействия языковых и культурных различий. Другими словами, часть проблем связана с безразличием и даже враждебностью доминирующего большинства к подчиненному меньшинству.

Вхождение личности в новую культурную среду является для нее стрессогенным фактором, снижающим толерантность, т. е. терпимость по отношению к чужому образу жизни.

10.1.4. Объективные и субъективные факторы социально-психологической адаптации

Успешная социально-психологическая адаптация в чужом обществе зависит как от субъективных факторов, т. е. от психофизиологических и биографических особенностей самого человека, так и от объективных факторов, а именно от особенностей страны иммиграции и страны исхода. Рассмотрим субъективные и объективные факторы, влияющие на стратегию аккультурации и динамику интеграции личности мигранта в новой социокультурной среде.

Субъективные факторы. Здесь прежде всего речь идет о психологической структуре личности, в основании которой лежат психофизиологические функции и общие элементарные мотивы поведения. Важнейшим фактором являются *нейродинамиче-*

ские характеристики человека: тип темперамента, скорость протекания психических процессов и связанная с этим общая сенсорная организация человека, что влияет на скорость усвоения новой информации и иностранного языка. Следующий по значимости фактор — *когнитивная организация человека*, определяющая способы восприятия, мышления, запоминания, переживания, существенным образом воздействующие на протекание адаптационных реакций. Когнитивные функции определяют адаптационные формы поведения в условиях постоянной стрессовой ситуации, которую создает для эмигранта незнакомое общество. Значимым фактором оказывается также *сформированность мотивационно-потребностной сферы человека*: желание интегрироваться в новую среду и степень активности этого процесса; наличие установки на усвоение новых культурных феноменов; стремление к преодолению информационной изоляции; стремление к установлению коммуникативных связей с окружающей средой.

К важнейшим субъективным факторам относятся *личностные свойства*: коммуникативный потенциал, особенности интеллектуально-волевого комплекса, обучаемость, критичность мышления, готовность к изменению хода индивидуального развития, устойчивость к нервно-психическим перегрузкам, саморегуляция состояний, высокий уровень трудоспособности и жизнеспособности, а также *креативность личности*, так как мигранту постоянно приходится принимать нестандартные решения в ситуациях с высокой степенью неопределенности.

Кроме того, к субъективным факторам относится целый ряд *биографических данных*: возраст, пол, образование, семейное положение, круг интересов, личные навыки, круг друзей и знакомых и др. (Франкл В., 2001).

Объективные факторы. Объективными факторами являются:

- страна иммиграции со всеми ее особенностями: языком, уровнем правовой и экономической защищенности, характером культуры, религиозной структурой, климатом и географическим положением страны, этническим составом страны, отношением коренного населения к мигрантам, наличием поддерживающих структур (светские и религиозные общины, землячества, союзы, группы взаимопомощи, СМИ), спецификой системы образования и здравоохранения, укладом общества, традициями, праздниками, пищей и особенностями ее приготовления и др.;
- страна исхода, которая также влияет на успешность адаптации мигранта в новых условиях жизни. Чем больше общего в географических, климатических, социально-политических условиях страны исхода и страны иммиграции, тем успешнее протекает процесс приспособления к новым условиям жизни. И наоборот, чем дальше отстоят друг от друга культура и уклад жизни в странах исхода и иммиграции, тем сложнее мигрантам приспособиться к новым условиям.

10.1.5. Психические травмы мигрантов

Проблема переработки психической травмы и печали является одной из самых главных в жизни мигранта (Хрусталева Н. С., 2010б).

Что мы понимаем под психической травмой мигранта? Это перенасыщенность внешними воздействиями и раздражителями, с которыми эмигрант не может справиться и которые угрожают неприкосновенности его психики. Травма всегда является источником страха — как перед внешними опасностями (реальными или воображаемыми), так и перед внутренними (беспомощностью, покинутостью, незащищенностью).

Почему мигранты переживают психическую травму, несмотря на то что первые две фазы психологической адаптации — эйфорическая и туристическая — переносятся ими, как правило, достаточно легко? Они еще полны иллюзий и надежд на успешное будущее. Страна иммиграции еще воплощает в себе самое лучшее: стремления и мечты, которые остались нереализованными на родине. Но наступает третья фаза — ориентационная, когда иммигранты вынуждены разбираться во внутреннем устройстве общества. Знакомство с новыми учреждениями, нормами, правилами, требованиями вызывает чувство длительной психической перегрузки. На человека обрушивается лавина информации, которую невозможно переработать — начиная от правил пользования общественным транспортом, телефонных звонков в государственные ведомства, писем, почты и заканчивая поисками школы для ребенка, квартиры, работы. Обо всем нужна новая информация, всему нужно учиться заново, принимать новые решения. Нет ни одной привычной и стабильной сферы, где иммигрант чувствовал бы себя надежно и уверенно. Растет страх беспомощности, усиливается чувство растерянности, малоценности. Наступает четвертая фаза — фаза депрессии. И только спустя определенное время наступает пятая фаза — фаза деятельности (стабилизации, выздоровление

«Психология эмиграции... Впервые предметом научного исследования становится личность эмигранта. Какие психологические проблемы возникают у наших соотечественников? Состояние психологической раздвоенности, путаница в культурной и национальной идентификации, ощущение эмоциональной и экзистенциальной заброшенности, чувство малоценности, маргинальная напряженность, нарушение контактов с детьми, синдромы “социальной смерти” и “комплекса иностранца”, потеря смысла жизни, снижение либидо, агрессивность у подростков, переживание одиночества у пожилых, нарушение принадлежности к группе и многое другое...»

Из книги: Психологические проблемы русских эмигрантов в Германии (2001)

Ностальгия — это устойчивое психологическое состояние, отражающее эмоциональное и социальное неблагополучие и дискомфорт человека в чужом для него обществе. Этот дискомфорт возникает из-за отсутствия родной языковой и социокультурной среды, из-за нарушения всей совокупности привычных жизненных проявлений. Состояние ностальгии проявляется тогда, когда человек испытывает состояние утраты, разлуки со всем тем, что формировало его сознание. Ощущение утраты усиливается по мере того, как человек начинает полностью осознавать, что пути назад (даже временного) не существует.

личности). Однако пятая фаза наступает не у всех. Успешность преодоления кризисных явлений в условиях чужой среды — очень сложный процесс и зависит от того, как мигранты преодолевают психическую травматизацию и ее последствия. Рассмотрим основные психические травмы мигрантов.

А. Ностальгия как психическая травма мигранта

Одним из главных понятий психологии миграции является понятие ностальгии. Феномен ностальгии детально, с глубокой эмоциональной и психологической проникновенностью «препарирован» на страницах художественной литературы, в мемуарах, воспоминаниях, письмах эмигрантов. О ностальгии — тоске по Родине — написано много эмигрантских песен и поэтических строк. О ностальгии сняты прекрасные фильмы, наполненные сложнейшими психологизмами и экзистенциальными переживаниями. Создается впечатление, что о ностальгии сказано все, изучены все ее, казалось бы, самые невероятные проявления. Однако ностальгия как психологический феномен наукой почти не изучена (Хрусталева Н. С., 1996).

Совсем другое состояние наблюдается у человека, который, живя даже в другой части света, может в любой момент вернуться домой. Такой человек переживает качественно другое состояние: он может скучать по дому, стремиться в свой дом, но не испытывать ностальгии. Например, люди, пребывающие годами в зарубежных командировках, не ощущают какой-либо утраты, потери, надрыва. Но стоит им оказаться в положении иммигранта, как их психологическое состояние полностью меняется. Тоска по Родине может вызываться разлукой с привычными чувственными переживаниями (дефицит в новом обществе привычных для человека зрительных, звуковых, осязательных, обонятельных и вкусовых образов). Так, например, бурная реакция многих мигрантов на «свои» продукты, ресто-

раны, музыку, телевизионные передачи, театральные гастроли, иллюстрированные журналы еще раз подтверждает, что этих чувственных образов не хватает многим для счастливой жизни на чужбине.

Ностальгия по привычным ощущениям хорошо узнаваема по поведению тех мигрантов, которые на короткое время издалека приехали к себе на родину, например в отпуск или навестить близких. Они все время внимательно присматриваются, принимают, прислушиваются, притрагиваются, словно оживляя «потухшие» центры ощущений.

Глубина ностальгических переживаний зависит от:

- степени социального благополучия человека в новом обществе;
- индивидуально-типологических особенностей личности;
- вида профессии и возможности профессиональной самореализации.

На основании этих трех критериев удалось выделить 4 группы мигрантов, которые по-разному реагируют на ностальгические переживания. Условно эти группы мы назвали: «практичные», «космополиты», «рефлексивные» и «творческие».

Первая группа мигрантов — условно называемая «*практичные*» — отличается высокой удовлетворенностью материально-бытовыми условиями. Для этих людей в иерархической структуре ценностей очень значимыми являются: ощущение физической безопасности, возможность посмотреть мир, обеспечение семьи необходимыми товарами потребления. На социальное самочувствие в этой группе мигрантов, как правило, не влияют их низкий социальный статус и отсутствие профессиональной перспективы. Уверенность в завтрашнем дне часто связывается у них лишь с социальной и материальной защищенностью, которую им может в будущем предоставить новое общество. Мигранты этой группы имеют чаще всего невысокий уро-

Везде, где бы ни жили бывшие советские граждане, существуют русские магазины, где продаются настоящие русские продукты: греча и перловка, горчица и майонез, шпроты и килька в томатном соусе, конфеты «Кавказские» и «Мишка на Севере», баклажановая икра и питьевая сода, копченая колбаса и сыр «Российский», «Киевский» торт и торт «Наполеон», а также многое-многое другое. Там же могут продаваться русские коробки со спичками, настенные отрывные календари, лекарства: анальгин, цитрамон, валлидол, нитроглицерин, валерианка и т. д. Эти магазины существуют по всему свету, где живут наши эмигранты: в Чикаго, Бостоне, Минеаполисе, Вашингтоне, Сан-Франциско, Лос-Анджелесе, Нью-Йорке, Торонто, Париже, Лионе, Берлине, Мюнхене, Гамбурге, Тель-Авиве, Иерусалиме, Беер-Шеве, Хайфе, Сиднее, Кейптауне и во многих других городах.

Полемизируя на тему эмиграции в повести «Заповедник», Сергей Довлатов писал: «Для писателя это смерть. Слова — моя профессия. На чужом языке мы теряем 80 % своей личности. Мы утрачиваем способность шутить, иронизировать».

Марина Цветаева: «В России я поэт без книг, здесь — поэт без читателей»; «Из мира, где мои стихи кому-то были нужны, как хлеб, я попала в мир, где стихи никому не нужны». Александр Куприн: «Как вы хотите, чтобы писатель мог творить, когда все нити, связывающие его с родной почвой, порваны... Здесь, во Франции, писатель-эмигрант может писать только по-французски». Алексей Толстой в письме Корнею Чуковскому: «...эмиграция, разумеется, уверяла себя и других, что эмиграция — высококультурная вещь, сохранение культуры, неугашение священного огня. Но это так говорилось, а в эмиграции была собачья тоска: как ни задирались, все же жили из милости в людях».

вень личностных притязаний. Ностальгические переживания, как правило, не носят у них болезненного характера. Напротив, все их сравнения прошлого и настоящего — бытовые, социальные, материальные и даже психологические — заканчиваются в пользу нового общества.

Вторая группа — «космополиты» — часто имеют достаточно высокий уровень профессиональных и социальных притязаний. При этом им безразлично, в какой стране эти притязания могут реализоваться. Как правило, они конфликтны, не умеют «ухаживать» за своими дружескими и родственными связями и часто оказываются в психологической изоляции. Однако это не является для них сильным психотравмирующим фактором, так как степень их социального самочувствия зависит от статуса и роли, которые они приобретают в новом обществе. Учитывая, что «космополиты» хорошо и быстро ассимилируются в новой языковой и социокультурной среде, имеют высокие формальные умственные способности и достаточно быстро делают профессиональную карьеру, они почти не страдают ностальгией.

Третья группа — «рефлексивные». Им свойственно эмоциональное отношение к работе, коллегам, своему прежнему окружению. Они испытывают острое чувство социального дискомфорта, лишившись привычных дружеских, родственных и профессиональных отношений. Это, как правило, представители интеллигенции, которые не могут найти в чужом обществе работу по своей или близкой к ней специальности. Замена умственной деятельности на физический труд или переквалификация на репродуктивно-монотонную деятельность вызывает у них внутренний протест и потерю самоуважения. Удовлетворенность жизнью зависит у них не только от степени социально-профессионального благополучия. Огромную роль играет благополучие психологическое. И чем меньше они его испытывают, тем сильнее их ностальгические переживания.

И наконец, *четвертая группа* — «творческие». Это совершенно особая группа. Ее представители на уровне главного смысла жизни оценивают значимость своей работы. Это могут быть поэты, писатели, журналисты, музыканты, художники, певцы, танцоры, артисты, кинематографисты, педагоги, конструкторы, программисты и пр., т.е. люди любых профессий, для которых деятельность неразрывно связана с личностью. Если в результате эмиграции они лишаются работы как любимого дела, то пребывание в чужой стране теряет для них всякий смысл и ведет к личностному разрушению. Особенно это касается тех, кто работает со словом, для кого значимы корни и обратная связь с публикой. Творческим людям, находящимся в условиях эмиграции, почти невозможно идти на профессиональные компромиссы, если их работа — главное дело жизни и если она невозможна или затруднительна в условиях чужой языковой и социокультурной среды.

Б. Утрата социального статуса и чувства собственной значимости как психическая травма мигранта

Утрата социального статуса и чувства собственной значимости может являться причиной дестабилизации личности и потери мотивации, что часто приводит к состоянию *социальной смерти*. Под этим понимается такое состояние личности, которое, в силу исключенности ее из социальных и профессиональных связей, порождает дестабилизацию, деградацию или отмирание различных видов социальных ролей, привычных для данной личности. Социальная смерть резко понижает мотивационный уровень поведения и всех видов жизнедеятельности, что может привести к инволюционным изменениям в психофизиологических функциях.

На Западе не замечали виднейшего писателя Ивана Бунина даже и после того, как он получил в 1933 г. Нобелевскую премию. Во всяком случае, Британская энциклопедия его не упоминает. Иван Бунин, написавший в эмиграции классические свои произведения — «Митина любовь», «Темные аллеи», неоднократно говорил о бесперспективности эмигрантской литературы, подчеркивал, что беллетристов — новых и молодых — здесь быть не может. Стихи еще кое-как. Или статьи. Но, как передавала Зинаида Гиппиус его суждение, «беллетристов нет и не будет». Почти не был замечен на Западе и другой выдающийся русский писатель-эмигрант — Владимир Набоков, по крайней мере до того времени, когда в 1955 г. вышел его роман «Лолита», потрясший устои благопристойности.

Елена М., 38 лет, учительница истории: «Меня охватил ужас, когда я поняла, что мне до конца своих дней придется убирать чужие дома и квартиры!»

Галина З., 52 года, жалуется на полную потерю интереса к жизни: «Я словно отупела, вот так бы и сидела дома, не двигаясь. Я не хочу видеть витрины магазинов, слышать сирены, звонки по телефону. Да еще этот шквал писем, где одни только штрафы и счета».

Владимир Ш., 42 года: «Комплекс иностранца — это постоянное внутреннее напряжение, страх, что ты что-то сделаешь не так, и тебе при этом укажут на твое место, постоянное ощущение второсортности».

Ольга М., 38 лет: «Это такое состояние, когда ты нигде ни на что не имеешь морального права».

Григорий Е., 52 года: «Это постоянное чувство страха, что услышав твою речь, к тебе пренебрежительно отнесутся или усмехнутся».

Марина П., 29 лет: «Это постоянное нервное напряжение от того, что ты совершенно не защищен, и помочь тебе здесь никому».

Владимир С., 48 лет, вспоминает, какой он пережил сильнейший стресс, когда, попав в аварию на автобанае, он ничего не мог возразить, объяснить, возмутиться наконец! Водитель машины, по чьей вине случилась авария, стал на него кричать, что-то доказывать. Когда приехала полиция — Владимир тоже не смог ничего им толком объяснить».

Ирина Д., 48 лет: «У нас была прекрасная квартира, дача, машина, я работала преподавателем музыки, у меня было много учеников, нашу семью все очень любили и уважали, на дни рождения к нам собирались по 30–40 интересных людей... А что здесь?»

Петр М., 56 лет: «Я работал заместителем директора завода, у меня была машина с водителем, красивая секретарша, были такие связи, что я мог позволить себе все... А здесь я чувствую себя червяком».

В. Нарушение представлений о самом себе как психическая травма мигранта

Изменение социальных ролей и статуса, изменение социального окружения и образа жизни часто вызывают у людей чувство растерянности, паники, неуверенности в себе и стремление оказаться вновь там, где они были спокойны, устроены и защищены. Возникает так называемый комплекс иностранца — это устойчивое психическое состояние личности, сопровождающееся постоянным нервно-психическим напряжением и чувством психологического дискомфорта, страхом перед возможным нанесением урона достоинству личности и жизнеспособности организма в условиях психологической незащищенности. Поэтому многие мигранты как бы постоянно «возвращаются» на ранее пройденные этапы жизни, где они чувствовали себя спокойно и уверенно. Такое «возвращение» в уютные зоны прошлого является определенной формой психологической защиты — регрессией. Уход в мир иллюзий прежней жизни, который остался на родине, свойствен почти всем мигрантам, переживающим шок от столкновения с другими культурой, языком, общественным укладом.

Г. Потеря корней, истоков исхода, путаница в самоидентификации как психическая травма мигранта

Многие мигранты задают себе вопросы: «Кто мы теперь, где наша история, история нашей семьи и могил?» Это достаточно сложные вопросы для тех, кто пытается вытеснить из своего сознания страну исхода и все, что с ней связано.

Так, некоторые мигранты часто оказываются в состоянии «общественного небытия», так как не знают, кем себя считать: русскими, евреями, немцами, американцами, канадцами, французами и т. д.

По законам науки культурной антропологии считается, что человек независимо от его национальности принадлежит, к той культурной

группе, в которой сформировались его сознание и язык.

Ностальгия как устойчивое психическое состояние была свойственна российской эмиграции первой волны в значительно большей степени, чем эмигрантам последующих волн. Однако травма самоидентификации была у них выражена в значительно меньшей степени. Это объясняется следующими причинами:

- наличие устойчивых духовных ценностей, воспитанных в традициях монархизма, патриотизма и христианства. Подобные духовные ценности в силу идеологических, исторических и политических причин почти не наблюдаются у эмигрантов последних волн;
- восприятие самого процесса эмиграции как ряда действий, предпринимаемых в условиях стихийного бедствия, в связи с чем у многих мигрантов отсутствовало чувство острой персональной обиды на страну исхода;
- наличие чувства сопричастности с лучшими классическими образцами русской культуры, т. е. чувства культурной идентификации с Россией;
- отсутствие современных технических средств связи (телефон, интернет и т. д.), оперативных средств массовой информации (телевидение, интернет, радио), быстрых средств транспортного сообщения (самолеты, поезда, автомобили и т. д.), что создавало картину географической, информационной и эмоциональной удаленности от Родины и заброшенности и, в свою очередь, привносило дополнительное внутреннее эмоциональное напряжение;
- отсутствие реальной возможности вернуться на Родину, даже в качестве туриста, из-за тоталитарного режима и политических репрессий в СССР.

Эмигранты первой волны, будучи шоферами, официантами, мойщиками посуды, музыкантами в маленьких ресторанчиках, продолжали считать себя офицерами, чиновниками различных классов, артистами столичных театров. Они собирались на свои праздники, отмечали памятные российские годовщины, устраивали литературные и музыкальные вечера, надевали сохранившиеся мундиры и платья. Многие, несмотря на бедность, жили напряженной интеллектуальной жизнью, к которой привыкли в Москве и Петербурге. Такое раздвоение личности было не только источником тоски и неврозов, вызванных подлинной ностальгией, но и служило для большинства из них опорой, придавало цель и смысл жизни.

В 1920 г. в рассказе «Ностальгия» Тэффи писала: «Приезжают наши беженцы, изможденные, почерневшие от голода и страха, отъедаются, успокаиваются, осматриваются, как бы наладить новую жизнь, и вдруг ГАСНУТ. Тускнеют глаза, опускаются вялые руки и вянет душа, душа, обращенная на Восток. Ни во что не верим, ничего не ждем, ничего не хотим. Умерли. Боялись смерти большевистской — и умерли смертью здесь. Вот мы — смертью поправили! Думаем только о том, что теперь ТАМ. Интересуемся только тем, что приходит ОТ-ТУДА».

Многие немецкие переселенцы, приехавшие в Германию, не знают, кто они. В России они были немцами, а в Германии их считают русскими. 22 % из опрошенных переселенцев либо принципиально не относят себя ни к какой культурной группе, либо вообще затрудняются определиться. Это говорит о том, что они оказываются в достаточно маргинальной ситуации: пытаются уйти от российских корней и российской культуры, но прийти к культуре немецкой еще не могут. Ощущение «общественного небытия» переселенцы пытаются компенсировать за счет создания своих колоний и поселений, чтобы чувствовать свою сопричастность хотя бы к этой малой группе. Более 30 % переселенцев по-прежнему идентифицируют себя с привычными им культурными и этническими группами: русской, украинской, казахской и др.

Д. Чувство вины как психическая травма мигранта

Расставание с Родиной — это всегда травма, потеря, обрывание корней, утрата, распад целостной картины мира. У мигрантов должна начинаться новая история жизни. При этом многие из них испытывают чувство покинутости и желание вернуть утраченный мир. Как правило, переживание утраты и потери близких людей сопровождается чувством вины: человеку кажется, что он что-то не сделал, не сказал, что-то упустил, в чем-то был неправ. Похожие переживания свойственны многим мигрантам; они ощущают вину бросившего или вину выжившего. Особенно остро чувство вины переживают те мигранты, которые оставили на Родине своих детей или родителей.

Чувство вины мигранты пытаются компенсировать телефонными звонками, письмами, подарками, продуктами, одеждой, денежными переводами, просьбами ухаживать за родителями, за оставленными могилами. Чем тяжелее мигрант переживает чувство вины перед оставшимися, тем больше подарков и денег он пересылает и тем чаще пытается (если есть такая возможность) приехать на Родину. Очень часто такие поездки, подарки, переводы, телефонные разговоры совершенно разорительны для мигранта, но он продолжает это делать, так как они носят искупительный характер.

Чувство вины мигранты, как правило, начинают остро ощущать в четвертой (депрессивной) фазе адаптации, когда они оказываются психологически наиболее уязвимыми и переживают тяжелый экзистенциальный кризис. По мере стабилизации психического состояния мигранта понемногу ослабевает чувство вины бросившего. Постепенно начинают формироваться новые смыслы жизни и ответственность за собственную судьбу в чужом обществе. Человек понимает, что он может быть опорой для других, если сам справился с кризисом и крепко стоит на ногах. Коли-

чество подарков и денежных переводов начинает уменьшаться, но возникает другая, более важная деятельность: обустройство в новой стране, создание более высокого качества собственной жизни и преодоление расколотой картины мира. Все это позволяет мигранту уже на другом уровне заботиться о себе и близких. Выздоровление от чувства вины характерно для пятой (стабилизационной) стадии адаптации.

10.1.6. Принципы организации социально-психологической помощи мигрантам

Главным принципом организации социально-психологической помощи мигрантам является принцип использования родного языка. Это связано с тем, что, во-первых, мигрантам помощь требуется срочно (до того, как они станут понимать чужой язык) и, во-вторых, социально-психологическая помощь на родном языке во много раз эффективнее. Социально-психологическая помощь может быть построена по следующим направлениям (Хрусталева Н. С., 2006).

А. Психологическое консультирование (индивидуальное и групповое). При психологическом консультировании мигрантов чаще всего затрагиваются следующие темы:

- депрессии и неврозы при адаптации в условиях новой социокультурной и языковой среды;
- супружеские конфликты и их профилактика в условиях адаптации;
- конфликты между детьми и родителями в семьях мигрантов;
- учебная и профессиональная ориентация детей в новых условиях;
- проблема общения в семьях эмигрантов и их детей;

Марина, 32 года, постоянно думает о своей матери, которая осталась в Алма-Ате вместе с ее младшим братом. Билет из Берлина в Казахстан очень дорогой. У нее нет возможности самой полететь на Родину или пригласить мать в Германию. Она постоянно испытывает вину перед мамой, часто представляя ее больной, одинокой, несчастной, без денег. Иногда ей кажется, что мама умрет, а брат даже не сообщит ей об этом, так как он живет своей жизнью, со своей подружкой, и почти не бывает дома. Марина часто представляет, как мама ночью умирает, как соседи будут организовывать похороны, как будут проходить поминки (без нее). Как она придет на могилу матери. Утром она звонит матери. Дозванивается, немного успокаивается, а потом снова думает: если бы она умерла, я бы себе этого никогда не простила...

- проблема социальной смерти и резкое падение жизненной активности мигрантов в условиях безработицы;
 - проблема ностальгии, потери жизненных ориентиров;
 - проблема одиночества;
 - суицидальное поведение мигрантов;
 - снятие напряжения и страха у эмигрантов и переселенцев из-за роста враждебного отношения к иностранцам.
- Б. *Социологические исследования по проблемам адаптации мигрантов.* Такие мероприятия позволяют изучить профессионально-образовательный уровень мигрантов, а также их половой, возрастной, культурно-религиозный состав и мотивационные установки на будущее, перспективы, оценки. Кроме того, разработка анкет и проведение социально-психологических опросов для мигрантов на их родном языке даст возможность исследовать профессиональную занятость, проблемы взаимоотношения детей и родителей, причины девиантного поведения среди подростков и т. д. Публикация полученных социально-психологических данных и отдельных проблемных статей в изданиях массовой медиа на родном языке мигрантов поможет им лучше разобраться и адаптироваться в условиях нового общества, провести сравнение с собой и оценить проблемные области своего существования.
- В. *Телефон экстренной психологической помощи для мигрантов на их родном языке.* Эта служба позволит круглосуточно отвечать на возникшие вопросы и оказывать помощь в решении сложных жизненных ситуаций.
- Г. *СМИ (газета и информационный канал телевидения) для этнической группы мигрантов на их родном языке* помогут быстро доводить до сведения мигрантов оперативную полезную информацию на родном языке по вопросам быта, трудоустройства, школьного воспитания, проведения досуга и т. д., а также формировать нужные установки и формы поведения мигрантов. Полученная информация способна понизить психологическое напряжение мигранта и более оптимально решить актуальные проблемы. Особенно важным является организация регулярных ответов на письма, вопросы, звонки мигрантов по их жизненно важным проблемам.

Особенности психологического консультирования мигрантов

Психологическое консультирование может иметь следующий график работы:

- а) два раза в неделю проводится прием в кабинете психолога;
- б) три раза в неделю проводится работа на выездах: в общежитиях и домах, где живут мигранты, так как, находясь в подавленном или пассивно-инертном состоянии, не все могут приехать на прием к психологу.

Психологи, работающие на родном языке мигрантов, должны иметь постоянную связь с социальными работниками, в ведении которых находятся семьи мигрантов.

При работе с мигрантами основным психодиагностическим методом является клинико-психологический, который может включать в себя метод наблюдения, клинико-психологической беседы, глубинное клинико-психологическое интервью, биографический метод, нарративные техники в работе с переживанием утраты. При этом следует использовать все виды нарративов: экстернальные, интернальные, рефлексивные, так как, наряду с психодиагностическими функциями, они выполняют функцию коррекции эмоционального состояния.

При отборе методик, направленных на оценку стрессовых состояний, травматических переживаний, стратегий совладающего поведения, стрессоустойчивости, проявления тревоги, нервнопсихического напряжения, постстрессовых расстройств, личностных характеристик и т. д., следует исходить из того, в рамках какого психологического направления работает психолог (бихевиорально-когнитивное, психодинамическое, гуманистическое).

При оказании психологической помощи мигрантам на их родном языке профессионалы должны использовать любые из известных методов психотерапии, которые могут оказать практическую помощь.

10.2. Психологические особенности миграции XXI века

10.2.1. Понятие «текущего» общества как катализатора миграционных процессов

У многих немецких переселенцев, приезжающих в Германию из районов Поволжья, Сибири и Казахстана, получивших немецкое гражданство и имеющих немецкие имена и фамилии, наблюдается *кризис идентичности*. Они не могут идентифицировать себя со среднестатистическим немцем постиндустриального общества. Не случайно на вопрос: «Кем вы себя ощущаете?» — многие отвечают: «Русакими». То есть, это и не русский, и не немец, а нечто среднее.

Кризис идентичности у немецких переселенцев первого поколения вполне закономерен. Во-первых, они оказались в условиях других социально-психологических и общественных отношений. А во-вторых, в самом принимающем обществе за последние 30 лет произошли принципиальные изменения, к которым не могут еще привыкнуть и сами коренные жители.

В связи с произошедшими изменениями многие ученые говорят о «квантовом скачке», последствия которого — это уход от предопределенности в сторону свободного выбора. Иначе говоря, сегодня в современном обществе перед человеком стоит целый ряд вызовов: изменения в привычном укладе и образе жизни, изменения в семейных стереотипах и традициях, изменения в полоролевых взаимоотношениях, изменения в критериях нормальности и отклонения от нормы, изменения в социальной толерантности, критериях карьерного роста, принципах образования и получения новой информации, изменения в вере в Бога. То есть нарушаются привычные жизненные стереотипы, меняется общая картина мира, и человек сам должен выбрать, что ему подходит, а что — нет.

Американский профессор Питер Бергер отмечает, что «...в условиях современного плюрализма человек не только может выбирать, но и обязан это делать. Поскольку все меньше и меньше явлений представляют собой нечто само собой разумеющееся, человек не может больше прибегать к прочно установившимся образцам поведения и мышления, а вынужден волей-неволей выбирать для себя одну из возможностей. <...> Таким образом, его жизнь превращается в проект. А точнее, в серию проектов — таких, как его мировоззрение и идентичность (Бергер П. Лукман Т., 1995).

В научной литературе все чаще и чаще упоминают феномен «текущее общество», которое является альтернативным по отношению к традиционному обществу. Так, профессор Мюнхенского университета Хайнер Койпп дает следующие характеристики «текущему обществу»: плюрализация, деконструкция половых ролей, индивидуализация, изменение ценностей, утрата традиционности, глобализация, дигитализация. *Главные черты «текущего общества»* следующие:

- 1) *утрата границ* (безграничность виртуального пространства, плюрализм ценностей, генная инженерия, пластическая хирургия);
- 2) *слияние* (работа и свободное время: мобильный офис, классическая культура — попкультура, конвергенция медийных технологий);
- 3) *проницаемость* (электронная коммерция, дистанционное воздействие в реальном времени, публичность: вебкамеры, изменения фаз жизни — «старые — молодые»);
- 4) *меняющиеся конфигурации* (гибкая организация труда, смешанные семьи — сообщества на время, модульные концепции в технике, воздействие изменяющейся рекламы — моды — музыки) (Кеурр Н., 2012).

Одной из самых сложных задач в «текущем обществе» является задача управления социально-психологическими границами, которые по-прежнему должны оставаться для нормальной регуляции жизни в социуме. Поэтому в общественной жизни принимающего общества наблюдается так много компромиссных решений, а уровень толерантности и плюрализма превзошел ожидания многих жителей XX века.

Британский профессор З.Бауманн, описывая свою концепцию «текущего общества», считает, что со всем статичным и стабильным можно распрощаться. Человек должен быть готов к постоянным переменам (что следует из логики рынка труда), уметь подстраиваться к экономическим сетям и не надеяться на длительный срок принадлежности одному предприятию. Все возрастающая мобильность, выражающаяся в частой перемене места проживания, также является типичным маркером «текущего общества» (Бауман З., 2008).

В социально-психологической литературе появляется еще один новый термин — «гибкий человек». Так, американский профессор Ричард Сеннет подчеркивает, что человек должен не только акцептировать стремительно меняющуюся картину XXI в., но и быть очень гибким, т.е. успевать активно к ней приспособливаться (Sennet R., 2012).

10.2.2. Особенности адаптации мигрантов: синдромы возрастающей мобильности, социальной изоляции, изменения ценностных ориентаций

Русскоязычные мигранты, приезжающие сегодня в страну постиндустриального общества, сталкиваются, наряду с общими классическими трудностями адаптации в условиях новой социокультурной и языковой среды, с рядом специфических особенностей.

Эти особенности психологической адаптации связаны с изменениями, которые произошли в традиционном укладе общества. Уклад общества перестал быть традиционным, в отличие от стран бывшего СССР, в условиях которого родились, выросли и социализировались русскоязычные мигранты. Изменения ценностных ориентаций, возрастающая мобильность, индивидуализация и плюрализм, свойственные «текущему обществу», вызывают ряд дополнительных трудностей в общей картине психологической адаптации.

Рассмотрим более подробно некоторые синдромы изменений в принимающем обществе и реакцию эмигрантов на них.

Синдром возрастающей мобильности

Привычные образцы мышления и поведения эмигрантов первого поколения в условиях «текущего общества» перестают быть эффективными. Например, требования к постоянным изменениям как в бытовой, так и в профессиональной сфере заставляют многое менять в укладе их жизни. Русскоязычные эмигранты первого поколения отличаются определенной ригидностью и привыканием к «насиженному гнезду». Уклад их прежней жизни практически исключал переезды и частые смены места работы. Иногда несколько поколений жили в одном и том же доме с одной и той же мебелью и вещами.

Оксана С., 54 г.: «Сейчас мы должны менять квартиру на более дешевую, так как квартплата выросла за 4 года на 460 евро. Для меня это ужасно, так как я привыкла к своей квартире, обустроила ее под себя. Подружилась с соседями. Как теперь я буду в другом районе? Что делать с мебелью и цветами?»

Эдуард Е., 42 г.: «Я электрик. Получил здесь подтверждение. Работаю по отдельным заказам-проектам. Мы переезжаем уже пятый раз. Я заказываю одну и ту же фирму грузчиков. Они аккуратно таскают мебель. А что делать? Слава Богу, что хорошие электрики требуются в разных землях. Правда, жена и дочка взбунтовались, тяжело им привыкать-отвыкать, учитывая еще и школу. Да я их понимаю — только прикрутишь полочки-шмолочки, уже надо все снимать и заштукатуривать».

Галина Д., 25 л.: «Я поменяла уже два раза университет и свою специализацию. Кроме того, два семестра я проучилась в других странах — в Швеции и Португалии. Нужно успевать за новым опытом. Хочется, чтобы профессия обеспечивала жизнь. Я хочу быть менеджером в сети отелей Hilton. Сейчас на три месяца полечу в Америку, а потом пишу работу по сетевому маркетингу отелей. Информация меняется каждый день. Ничего не успеваешь! В постоянном стрессе! Даже некогда нормально пообщаться с родителями».

Марина М., 32 г.: *«Я работаю на складе электротоваров через посредническую фирму "Zeit Arbeit". Эта фирма подбирает, а затем дает в аренду разным компаниям сотрудников. У меня небольшая зарплата, но зато есть медицинская страховка и социальный пакет. Сколько времени я буду работать на этом складе — никто не знает. В любой момент меня могут перебросить на какое-то другое место. На работе почти никто не общается. Во-первых — некогда. А во-вторых — люди часто меняются, не успеваешь привыкнуть. В обед я обычно хожу в кафе и ем свои бутерброды с кофе».*

Илья З., 32 г.: *«Мне повезло — меня взяли на работу в Брауншвайге на "Volkswagen". Уже три месяца мы сидим в одном экологическом проекте, но шеф недавно сказал, что через пару месяцев его переводят в другой проект, а нас раскидают по филиалам. Нужно будет снова быстро въезжать в тему и знакомиться с людьми».*

Анна К., 55 л.: *«Я не понимаю, зачем с таким размахом устраиваются эти Лав-парады? Секс — дело интимное. Зачем это с таким грохотом демонстрировать?»*

Это определяло свои микро- и макрогруппы социальных контактов, чувство стабильности. При этом работа, как правило, была связана с определенным предприятием или учреждением и не требовала разнообразных курсов повышения квалификации, переквалификации или многочисленных проектов по определенной тематике. Уклад жизни эмигрантов был относительно привычным. В условиях «текущего общества» они вынуждены подвергаться постоянным изменениям.

Эмигранты второго поколения, воспитанные в стране эмиграции и окончившие там школу, чувствуют себя значительно увереннее. Однако у некоторых из них — в случае культурологического конфликта с родителями и со страной исхода — наблюдается ощущение оборванных корней.

Синдром социальной изоляции

В связи с тем, что привычные формы жизни и трудовой деятельности в принимающем обществе изменяются, а новый уклад жизни и порядок не успевает складываться, эмигранты оказываются в полной растерянности.

С одной стороны, они переживают ожидаемую невостребованность на рынке труда, а с другой стороны — страх из-за потери привычных жизненных стандартов и непредсказуемости будущего.

Многие немецкие ученые говорят о процессе «радикальной индивидуализации», когда человек постоянно должен подстраиваться под краткосрочный, незащищенный опыт работы, под постоянные риски. При этом рушатся структуры, которые были основаны на долгосрочности и длительности.

Возникает масса сетеподобных структур, в которых человек должен гибко приспосабливаться на короткое время и вновь искать себе рабочее место.

Такие формы трудовой деятельности создают совершенно другой стереотип межличностных отношений, когда не успевают складываться профессиональные и человеческие контакты на работе. Все это вызывает дополнительные трудности в процессе социально-психологической адаптации русскоязычных эмигрантов, ориентированных, как правило, на эмоциональную и социальную поддержку коллег по работе. Таким образом, несмотря на наличие работы, многие эмигранты испытывают социальную изоляцию.

Синдром изменения ценностных ориентаций

Начиная с середины 80-х годов XX века произошла смена парадигм, изменилась структурная общественная динамика, вызванная процессами индивидуализации, плюрализации, миграции, глобализации и всеобщей информатизации. Смена парадигм привела к смене ценностных ориентаций, которая выражается в девальвации традиционного набора ценностей: семейные устои и полоролевые нормы поведения, воздержание, скромность, прилежание, аккуратность, трудолюбие послушание, вера в Бога и т. д.

Благодаря процессам плюрализации, возникли новые представления о нормальности и отклонении, о правильной и доброй жизни.

Подобное изменение ценностей предъявляет повышенные требования и к отдельным индивидуумам, ожидая от них толерантности, понимания и принятия новых норм поведения и общественных устоев. Невыполнение этих обязательств может привести к конфликтам, стигматизации и социальной изоляции.

Русскоязычные эмигранты чаще всего являются представителями традиционного общества и традиционных ценностей, поэтому они отстают, как правило, от представлений о нормальности и отклонении, существующих в современном постиндустриальном обществе. Это

Ольга Н., 27 л.: «Вот уже больше года я работаю в “BlockHaus”. Это такой мясной сетевой ресторан, где всегда полно народу. Но нас почему-то уже несколько раз перебрасывали с места на место, причем в разные районы. Наверное, чтобы мы форму не теряли и не расслаблялись. Не успеваешь даже толком завязать контакты. А на днях я решила рассказать своей коллеге, что бросила своего друга и даже поменяла номер телефона. А она мне говорит: “Почему я должны слушать все это? Если тебе нужно выговориться — иди к психологу. Он за это деньги получает”. Ну нормально, а?»

Владимир Ш., 60 л.: «Я — немец-переселенец. Даже у нас в Саратове были свои семейные традиции — дети воспитывались в послушании и порядке. Каждый знал свое место и время. А сейчас — это, видишь ли, нарушение прав личности. Не скажи ему ничего. Они — в свободной стране. Для них родительский авторитет вообще ничего не значит!»

Софья А., 47 л.: «Моя дочь уже 2 года снимает общую квартиру с тайландкой. Говорит, что “это проще, чем строить отношения с мужчинами”. Я этого никак не могу понять, а она говорит, что я — отсталая и чтобы я не вмешивалась в ее жизнь. А ведь я же уезжала из Воронежа из-за будущего своих детей. Если бы знала, что у нас столько будет скандалов — ни за что бы не эмигрировала».

часто вызывает внутреннюю конфронтацию, конфликты с детьми и также ведет к социальной изоляции мигрантов.

10.3. Проблемы психологической адаптации пятой волны русскоязычных эмигрантов

10.3.1. Психологические особенности третьей и четвертой волн российской эмиграции

Еще в 70-х годах XX века человек, решивший эмигрировать в дальние страны, должен был пережить сложный экзистенциальный кризис, или шок расставания: сдать жилплощадь, распродать имущество, лишиться гражданства, выйти из партии, подвергнуться жесткому осуждению, уволиться с работы, сдать паспорт, закупить «набор эмигранта» (по списку, который ходил по рукам). И после бурных проводов, полных боли и драматизма, человека провожали в аэропорт. Тогда думали, что навсегда.

Действительно, эмигранты третьей волны, т. е. покидавшие родину в 1970-е годы, переживали глубокую психическую травму из-за невозможности в будущем вернуться домой, а также из-за стигматизации образа эмигранта как предателя Родины. Отсюда — тяжелейшие ностальгические переживания, депрессии, потеря смыслов, психические расстройства личности и т. д.

Эмиграция четвертой волны — «горбачевская, или перестроечная эмиграция» (конец 80-х годов XX века) — выглядела уже иначе. Люди, которые направлялись в США и Израиль, должны были пройти все болезненные процессы покидания родины так же, как и эмигранты предыдущих трех волн. Однако они уже не подвергались такому жесткому осуждению и стигматизации. Кроме того, уже существовала надежда приехать домой или повидаться с родственниками (в обществе 80-х годов активно шел процесс горбачевской перестройки!).

Совсем по-другому уезжали эмигранты четвертой волны в Германию, которая после падения в 1990 году Берлинской стены стала принимать всех. Оформив визу по приглашениям от знакомых, люди просто садились в поезд, оставляя квартиры с невыключенными холодильниками, и «сдавались» в пунктах приема эмигрантов. Это была первая группа в истории советской эмиграции, которая имела реальный выбор: остаться или вернуться. Ведь они выехали как бы на разведку. Мосты не были сожжены: документы, квартиры, работа, вся сеть межличностных контактов — оставались. Люди как бы выезжали в гости или в отпуск-поездку. А затем уже они предпочли остаться в Германии. Спустя несколько лет Германия строго упорядочила правила приема. Эмигранты и переселенцы переезжали уже по-настоящему, без спонтанных «импровизаций». Но и без шока расставания, так как на Родине у многих (на всякий случай) оставался неразрушенный быт, дружеские и профессиональные связи. Это была своеобразная квазиэмиграция.

В этом и состояло главное отличие эмиграционного потока в Германию от аналогичных потоков в США и Израиль, которые шли почти одновременно. Эмигранты

из четвертой волны, приехавшие в Германию, оказались интересным феноменом в истории российской эмиграции и имели переходный характер в общей психологической картине по сравнению с предыдущими волнами эмиграции. Четвертая волна отразила процесс падения «железного занавеса», а также право свободного выезда из бывшего СССР, что явилось одним из главных достижений постсоветской России.

В целом, четвертая волна эмиграции («горбачевская») отличается значительным улучшением психологического самочувствия. Эти эмигранты, как правило, уже не испытывали такой безысходности и трагичности. Однако они пережили все сложности и страдания процесса психологической адаптации в новой стране. Им тоже нужно было приживаться, устраиваться, закрепляться, искать работу, оформлять пособия и т. д. Они тоже прошли свой тернистый путь. Многие из этой волны живут за рубежом уже более 25 лет, чувствуют себя старожилками и вполне определились. Постоянно проживая в эмиграции одни получили гражданство новой страны, другие — постоянный вид на жительство. Среди эмигрантов даже возник мелкий и средний бизнес, предпринимательство (такси, фирмы по уходу за пожилыми, парикмахерские, отели, турбюро и т. д.), постоянная работа в компаниях.

10.3.2. Методы изучения социально-психологических особенностей пятой волны эмиграции

Первые три волны российской эмиграции были изучены с помощью контент-анализа: дневники, письма, мемуары, периодическая печать, книги и т. д. (Фрейнкман-Хрусталева Н. С., Новиков А. И., 1995). Четвертая волна эмиграции профессионально проанализирована с помощью социально-психологических исследований (Психологические проблемы русских эмигрантов в Германии, 2001).

Изучение особенностей эмиграции пятой волны базируется на методах включенного наблюдения, глубинного интервью, анкетирования, беседы, сбора экспертных оценок, на методиках и тестах по психодиагностике смысложизненных ориентаций, а также на анализе семейных и детско-родительских отношений.

Преимуществом при изучении пятой волны эмиграции является то, что полученный эмпирический материал современен, актуален и отражает в режиме онлайн состояние проблемы. При этом современные способы коммуникации делают доступными различные виды интервью и использование качественных методов.

10.3.3. Понятие и феноменология пятой волны российской эмиграции

В начале 1990-х годов в России право свободного выезда стало набирать силу. А через 10 лет, т. е. в начале первого десятилетия XXI века, интернет и общая информационная прозрачность стран позволяли уже людям делать выбор, где жить, учиться, работать; куда вкладывать деньги. Все зависело от материальных, профессиональных и интеллектуальных ресурсов человека. И конечно, от его установок. Так стала фор-

мироваться новая, пятая волна эмиграции, которая имела принципиально другие возможности и условия для выезда. На протяжении последнего десятилетия (2005–2015) ясно выделились группы людей, составившие новые виды эмиграции.

1. *Эмиграция первых состоятельных людей, «новых русских».* Они переехали в конце 90-х — самом начале 2000-х на ПМЖ в США, Канаду, европейские страны в рамках своих бизнес-интересов и бизнес-проектов. Они не входили в состав массовой эмиграции и не охватывались специальными государственными программами по интеграции иностранцев. Эта группа эмигрантов предпочитала стратегию индивидуализма, где главное — собственный индивидуальный вклад и инвестиции. Самыми толерантными к ним странами оказались Англия, США, Канада.

2. *Академическая миграция студентов, аспирантов, молодых ученых* в университеты США, Канады, Европы. Они выезжали в рамках академических обменов, совместных программ, по грантам, стипендиям, на практики, стажировки и т. д. Наиболее одаренные и востребованные, как правило, оставались. Самыми обучающими и принимающими странами оказались Англия, США, Германия.

3. *Эмиграция специалистов, людей творческих профессий, бизнесменов, чиновников* и их семей, живущих на две страны. Этот вид эмиграции начался примерно с 2005 года, когда тема зарубежной недвижимости стала актуальной. Недвижимость, как правило, покупалась, но многие владельцы оставались жить и работать в России. В любой момент они или их дети имели возможность переехать в зарубежную квартиру. Это направление мы назвали «потенциальной бизнес-эмиграцией», так как их бизнес оставался, как правило, в России или странах СНГ, но при этом они выстраивали свои потенциальные психологические и экономические отношения в странах ЕС, США и Канаде.

В настоящее время это самая популярная форма неявной, «потенциальной», замаскированной эмиграции. Она не вызывает внутреннего напряжения, так как отсутствует чувство оторванности от Родины. Даже наоборот, подобная замаскированная эмиграция для многих «потенциальных» эмигрантов как сетка для канатоходца — страхует на всякий случай их планы на будущее. «Потенциальная» эмиграция даже обрела механизм социальной моды: сейчас модно и престижно иметь свой дом, квартиру или дачу в странах Прибалтики, Финляндии, Черногории, Болгарии, на юге Испании, на побережье Франции, в горах Италии, Чехии, Австрии, в Германии, Англии, США, Канады и других странах. Страны Европы для многих комфортнее, так как позволяют мобильно управлять и пользоваться своей недвижимостью.

Перечисленные три группы людей и составляют новую, пятую волну эмиграции. Эту волну можно в целом назвать «бизнес-эмиграцией». *Почему «бизнес-эмиграция»?*

Во-первых, каждая из этих трех групп людей характеризуется экспортом какого-то бизнес-капитала: валютного, профессионального, творческого, интеллектуального. Любой их этих вывезенных капиталов составляет основу бизнеса эмигранта. Для бизнесмена — это деньги, для специалиста — профессия, для творческих людей — их таланты, для академической молодежи — их знания, для российской буржуазии — материальные и психологические инвестиции.

Во-вторых, представители всех трех перечисленных групп едут не в рамках традиционной массовой эмиграции. Каждый из них — это индивидуальный проект, рассчитывающий на свой ресурсный капитал, а результатом, как правило, являются бизнес, инвестиции, обучение, карьера, удобные условия жизни за рубежом.

Как происходит эмиграция этой волны?

Пятая волна бизнес-эмиграции уезжает тихо, непублично, по-деловому, без шока расставания, экзистенциальных кризисов, эмигрантской травмы, которая всегда связана с болью и тяжелыми переживаниями. Не случайно ее иногда называют тихой эмиграцией.

У эмигрантов пятой волны совершенно другая картина психологического состояния потому что:

- у эмигрантов есть выбор — вернуться домой или остаться в стране эмиграции, либо поочередно жить здесь и там;
- кроме того, они не стигматизируются обществом на своей Родине, а даже наоборот, такое положение является признаком успеха;
- и наконец, они не зависят в материальном плане от принимающего общества, т. е. им не приходится переживать ряд психологических унижений, связанных с получением денежных пособий, социальной помощи, медицинских страховок и других форм оказания поддержки эмигрантам.

10.3.4. Отличие пятой волны эмиграции от четвертой

Русские эмигранты пятой волны обнаруживают значительные преимущества в психологической адаптации по сравнению с эмигрантами других волн.

Принципиальные отличия пятой волны от всех предыдущих:

- 1) *возможность* не только эмигрировать без эмиграционной травмы, которая была присуща всем волнам российской эмиграции, но и *свободно передвигаться по большинству стран мира*;
- 2) *широкие адаптационные возможности* эмигрантов благодаря их высокому материальному уровню и социальному статусу;
- 3) *информационное сопровождение*. Эмигранты едут теперь не наугад, как четвертая волна. Гостевые и туристические поездки, научные конференции, интернет, социальные контакты, круг друзей и знакомых сделали свое дело. Русские уже могут ехать туда, где хотели бы жить, работать, отдыхать, вкладывать деньги в недвижимость;
- 4) *возможность возвращения на Родину*. Потенциальная или реальная возможность приехать в страну исхода, вернуться в свой город, не потерять контакты с друзьями и родственниками — важнейшая составляющая психологического самочувствия эмигранта. Многие из них поочередно живут в разных странах: на родине и за рубежом;
- 5) *хороший психологический статус* благодаря свободе выбора и передвижения, отсутствию чувства утраты и потери корней, отсутствие изматывающих (травматических) ностальгических переживаний (см. табл. 10.1).

Таблица 10.1. Различия между четвертой и пятой волнами эмиграции

Русская эмиграция	
4-я волна	5-я волна
Основные черты	
Как и три предыдущие волны, представляет собой массовое явление в принятии решения («все поехали, и мы тоже поехали»), в оформлении выездной документации, в использовании государственных программ по интеграции и адаптации эмигрантов в принимающей стране и т. д.	Не представляет собой массового явления. Состоит из отдельных индивидуалов, которые все решения принимают самостоятельно. Отсутствие для них каких-либо государственных программ и языковых курсов в принимающих странах. Все условия проживания люди создают себе сами
Потери	
Лишение гражданства, сдача жилплощади, общественная стигматизация	Возможность сохранения гражданства, своей жилплощади, отсутствие общественной стигматизации
Ограничения	
Условия оформления эмиграционного статуса в соответствии с национальной принадлежностью. Классическая эмиграция по еврейской, немецкой, греческой, украинской линиям	Бизнес-эмиграция вне национальных рамок
Причины отъезда	
Будущее детей. Общая нестабильность. Эмиграция как социальная мода	Безопасность детей. Угрозы бизнесу. Поиск внутренней свободы
Социальная компетентность (знание о стране, язык)	
Низкая («прыжок в космос»). Отсутствие информации о стране и особенностях адаптации	Высокая. Полная информация о стране, а также возможность подготовки к эмиграции и выбору страны
География	
Германия, США, Израиль	Европейские страны, США

Близкое окружение	
Мотивированная адаптация, поддержка большой семьей, друзей, знакомых	Значительная разобщенность, индивидуальный образ жизни
Психотравматические переживания	
Культурный шок, ностальгия, комплекс иностранца, синдром социальной смерти, стартовые возможности	Внутрисемейные проблемы. Проблемы, связанные с занятостью и смысловой наполненностью
Размер российского бизнеса	
Малый бизнес	Средний бизнес. Крупный бизнес
Возраст	
Все возрастные группы	Молодой возраст (в среднем 38 лет)
Вид аккультурации	
Ассимиляция Интеграция Маргинализация	Сегрегация (эффект «закапсулированности»)
Стадии адаптации	
Полный цикл 5 стадий: эйфорическая, туристическая, ориентационная, депрессивная, стадия деятельности	Неполная психологическая адаптация. Проживаются, как правило, только две стадии: эйфорическая и туристическая. Депрессивные переживания имеют природу, отличную от классической депрессии эмигранта
Природа депрессивных состояний	
Реакции на адаптацию в новом обществе: кризис самоидентификации, ностальгия, комплекс иностранца, социальная смерть, безработица и т. д.	Реакция на одиночество, бессобытийность; саморазрушительное поведение, различные виды зависимости, семейные проблемы

Эмигранты четвертой и пятой волн по-разному выживают в новых для них странах — с новыми порядками, новым языком, новыми праздниками, новым устройством жизни и т. д. *Одни* усваивают язык, культуру, уклад жизни новой страны и достигают профессиональных успехов. *Другие* испытывают напряжение, хронический стресс, незащищенность и комплекс неполноценности. *Третьи* отторгают новую культуру, язык, порядки, праздники, раздражаясь по любым поводам и тоскуя по утраченному на Родине. *Четвертые* быстро приспосабливаются, используя все бытовые и социальные преимущества новой страны, живут сегодняшним днем, не задумываясь о будущем и не ностальгируя о прошлом. *Пятые* страдают от скуки, бессобытийности, депрессий и размытости смыслов жизни. *Шестые* выстраивают свою индивидуальную программу занятости и живут в равной мере между двумя странами: страной эмиграции и страной исхода. *Седьмые*, имея в собственности комфортабельные условия жизни в другой стране, переселяют туда своих близких, а сами, как правило, постоянно живут и ведут бизнес у себя на Родине или в других странах, полностью обеспечивая семью в эмиграции.

Позитивное влияние «потенциальных» эмигрантов пятой волны на страну исхода.

«Потенциалы» — это уникальная социальная группа мигрантов, обладающая, как правило, высоким профессиональным и деловым потенциалом, материальными ресурсами, свободным перемещением и обеспеченным материально-бытовым тылом в европейских странах.

В истории России не было подобных социальных групп — мигрантов, обладающих такими высокими возможностями и такими свободой и скоростью передвижения. Это отдаленно напоминает дореволюционную миграцию дворян и творческой интеллигенции из России в Европу и обратно. Но серьезное отличие от дворянской эмиграции — в скорости передвижения, возможностях коммуникации и взаимоотношениях с коренным населением европейских стран, а также в отношении к стране исхода.

Какая польза для России от «потенциалов»? Перемещаясь туда и обратно, «окультуриваясь» и быстро обучаясь в европейской социально-бытовой среде, они мотивированы в сохранении и развитии своего дела, привносят в Россию новые элементы малого и среднего бизнеса, а также социальных навыков поведения.

10.3.5. Проблемы, возникающие у эмигрантов пятой волны в процессе психологической адаптации

Несмотря на независимое положение и возможность постоянно бывать на Родине, общаться с родственниками и коллегами, эмигранты пятой волны испытывают также целый ряд психологических трудностей, переживают глубокие кризисы, связанные с особенностями их адаптационного синдрома в условиях новой социокультурной и языковой среды.

Описанные выше преимущества эмигрантов пятой волны: беспроблемный переезд в новую страну и отсутствие классических травм эмигрантов, не освобождают их от целого ряда факторов, влияющих на их психологическое благополучие.

Как правило, эти факторы носят экзистенциальный характер и влияют как на внутрисемейные отношения, так и на взаимоотношения с новым обществом.

Как чувствуют себя эмигранты пятой волны и члены их семей за границей? Какие существуют общие психологические закономерности в кризисных переживаниях во взаимоотношениях между мужем и женой? Что происходит с детьми? Каковы проблемы занятости и распределения ролей? Как переживаются проблемы утраты, печали, скуки и общения? Какие могут возникать виды зависимостей? Эти и многие другие вопросы включает в себя понятие «психология эмиграции пятой волны».

Социально-психологические факторы, влияющие на удовлетворенность жизнью бизнес-эмигрантов пятой волны, состоят в следующем.

1. Высокая анонимность жизни и отсутствие круга друзей, соседей и коллег в условиях нового общества. *Эффект «закапсулированности».*
2. Механизмы *гиперкомпенсации психологического самочувствия* эмигранта.
3. *Внутренний конфликт*, связанный с несоответствием высокого уровня притязаний и реальных возможностей эмигрантов пятой волны в принимающем обществе.
4. *Амбивалентность чувств* по отношению к стране исхода и информационная зависимость от нее.
5. Уровень знания языка, социальной компетентности и психологической включенности в новое общество.
6. *Проявление конформизма* и психологического механизма моды в установках потенциальных эмигрантов.
7. *Вид психологического статуса* в процессе освоения нового общества.
8. *Детско-родительские отношения*. Синдром «коттеджных детей», усиленный социальной изоляцией семьи в новом обществе.
9. *Психология семейных отношений* эмигрантов пятой волны.

Кратко остановимся на перечисленных факторах, неразрывно связанных друг с другом.

10.3.6. Эффект «закапсулированности». Высокая анонимность жизни и отсутствие круга друзей, соседей и коллег в условиях нового общества

Эмигранты пятой волны не вызывают неприятия в новом обществе: они ведут себя достаточно цивилизованно, не требуют социальных пособий и усилий социальных работников, более того, переносят за собой в страну эмиграции высокие материальные возможности (покупка недвижимости, банковские вклады, приобретение автомобилей, товаров долговременного пользования, одежды, продуктов питания, оплата налогов, бензина, услуг и т. д.). Государство, в которое они приехали, за них не отвечает: не выплачивает никаких социальных и детских пособий, медицинских страховок, пенсий. Эти эмигранты живут полностью за свой счет. Они не включены ни в какие коллективные мероприятия, где соприкасались бы длительное время

Юлия Н., 38 л.: «Да, большая квартира, деньги есть, все могу себе позволить. Но я живу как в крепости, за которую лучше не выходить — там все чужое. Смотрю целыми днями TV или перезваниваюсь с Москвой. Дети тоже какие-то унылые. Муж приезжает — отдает семейный долг и скоропалительно отчаливает... Сколько я так еще выдержу?»

Алёна С., 38 л.: «Мы с мужем купили квартиру в Германии — 4 тыс. евро за один м². Причем это новая квартира, первый въезд, с полной отделкой. Сдавать мы ее не собираемся. Пусть стоит. Только дорожает. Дети подрастут — может, учиться будут в Европе».

с другими эмигрантами. Например, совместное проживание в общежитии, посещение специальных государственных языковых курсов и совместное обучение, совместные поиски работы и т. д. То есть они не включены в те мероприятия и события жизни, где в эмиграции завязываются дружеские связи, где происходят важные для людей встречи соотечественников, которые имеют принципиальное значение для дальнейшей жизни семьи и их детей.

Эмигранты пятой волны ведут, как правило, замкнутый образ жизни, живут по своей индивидуальной программе. Они не переживают вместе со своими соотечественниками сложные события жизни, связанные со становлением личности в новом обществе, с обретением себя в этом обществе.

В жизни же эмигрантов предыдущих волн эмиграции происходило постоянное отражение людей друг в друге.

На этапе социализации и вхождения в новое общество необходима социальная поддержка себе подобных. Это помогает человеку осознать свое новое качество — состояние эмигранта, который должен все начинать с новой стартовой черты (независимо от предыдущего социального статуса в стране исхода), напрягая для этого весь ресурс своей личности. Благодаря этому часто возникают очень интересные новообразования в психике эмигрантов.

Эмигранты пятой волны, как правило, не проходят все стадии адаптации в новой социокультурной среде. Многие «застревают» на туристической стадии (восприятие внешней стороны общества), не проживают следующие болезненные стадии — ориентационную и депрессивную. Таким образом, не происходит экзистенциального кризиса от столкновения с новой жизнью, люди не переживают культурный шок все муки самоидентификации и интеграции, в результате которых человек переходит на новую ступеньку личностного развития. Эмигрант, однако, не может быть свободным от об-

щества, в котором он живет, поэтому ему необходимо прожить сложные процессы самоидентификации, интеграции и социализации. Ему необходимо пройти все сложности привыкания, притирания и адаптации к новому обществу.

10.3.7. Механизмы гиперкомпенсации психологического самочувствия эмигранта

Остановившись в своем эмигрантском развитии на второй, туристической стадии адаптации, многие эмигранты пятой волны чувствуют определенную социальную и психологическую ущербность, которую стремятся компенсировать покупкой недвижимости и ее комфортабельным обустройством.

Русские эмигранты, в отличие от эмигрантов из других стран, стремятся в первую очередь купить недвижимость. Это обосновано следующими причинами:

Во-первых, для русского человека после закрытых на протяжении 70 лет границ такое свободное перемещение до сих пор остается непривычным. Многим не верится, что все так просто, и хочется закрепить свою «заграницу» материальной недвижимостью, которая всегда будет гарантом такой связи. Недвижимость за границей значительно повышает самооценку российского человека и его оценку в глазах семьи, родственников и друзей.

Во-вторых, это понижает тревогу и напряжение; помогает почувствовать себя защищенным; создает некоторую независимость; позволяет создать в собственных стенах собственный мир, который поддерживает человека на чужбине; ощутить себя хозяином в своей приватной капсуле.

В то же время владельцы этих прекрасных квартир, не имея в новой стране серьезного статуса для проживания и работы, нередко чувствуют себя неуверенно. Так, если люди в странах Западной Европы не обладают постоянным или временным видом на жительство, они не являются стабильной частью общества. Многие русские «потенциальные» эмигранты, владея собственностью, но не имея вида на жительство в странах ЕС, чувствуют нестабильность своей ситуации и стараются компенсировать ее уютным обустройством купленного дома или квартиры: «мой дом — моя крепость». Это является своеобразной психологической формой защиты от нестабильности своей социальной ситуации.

Со временем многим «потенциальным» эмигрантам удастся получить вид на жительство, что позволяет оформить детей в школу и почувствовать себя более уверенно.

10.3.8. Внутренний конфликт, связанный с несоответствием высокого уровня притязаний и реальных возможностей эмигрантов пятой волны в принимающем обществе

Высокий уровень притязаний часто объясняется высоким материальным положением эмигрантов. При этом отстающие реальные возможности связаны с недостаточным знанием языка и кода поведения, с недостаточным соответствием нормам,

Господин Н., 35 л., менеджер автосалона «Мерседес-Бенц»: «У нас на русских держится основной бизнес. Такой же “мерс” они бы могли купить и в Москве, и даже дешевле, но они заказывают здесь, так как считают, что здесь надежнее сборка».

Доктор М., 59 л., немецкий врач-терапевт из Мюнхена, владеет русским: «Ко мне постоянно обращаются состоятельные русские. Я могу им выписать приватные рецепты и направить к узким специалистам. Оплачивают визит они наличными, сдачу и квитанцию не берут. Многие говорят, что это смешная оплата — за клинический анализ, кардиограмму или медикаменты. К тому же они спокойны за качество таблеток».

требованиям, взглядам и менталитету принимающего общества. Иначе говоря, несмотря на материальные возможности и иногда хорошее владение языком, многие мигранты испытывают комплекс иностранца, страх перед новым обществом, малоценность собственной личности.

А пока они компенсируют свою внутреннюю неуверенность и беспокойство большими чаевыми, неоправданной роскошью, «русским размахом», стремлением всех переплюнуть, возможностью приобретать самые дорогие и престижные вещи, ощущая себя хозяевами жизни и удивляя этим официантов, продавцов, риелторов. Некоторые авторы считают, что это синдром тех, кого долго унижали и не давали «наиграться» хорошими вещами. В этом поведении отражается реакция гиперкомпенсации и самоутверждения. Кроме того, они уверены, что покупать дорогие вещи за границей, это престижно и обеспечивает надежное качество.

Очень интересно в этой связи проанализировать поведение некоторых эмигрантов пятой волны в странах Западной Европы.

Среди эмигрантов пятой волны наблюдается достаточно большая прослойка людей, у которых образовательный уровень значительно отстает от уровня материального. Они, как правило, громко и демонстративно ведут себя в отелях, ресторанах и магазинах. Они сразу же выделяются на общем фоне и отражают те социальные болезни, которые были им свойственны и у себя на Родине. Не случайно некоторые отели во Франции и Италии отказывают русским, ссылаясь на то, что, несмотря на очень высокие цены, все номера заняты. Поведение таких эмигрантов часто носит черты гиперкомпенсации, когда несоответствие европейским нормам и требованиям компенсируется либо бравадой, либо дорогими покупками, либо слишком большими чаевыми.

Кроме эпатажных вариантов поведения, свойственных, как правило, образу «нового русского», наблюдаются совершенно социабельные формы поведения русскоязычных эмигрантов,

обладающих также высоким материальным статусом, которые ведут себя достаточно корректно. При этом они тоже могут осуществлять дорогие покупки, но в их действиях сквозит другая тема: доверие русских к качеству товаров и услуг. Более низкие цены, больший выбор, но главное — надежность качества.

Такое доверие к качеству товаров, услуг и европейской жизни создает чувство защищенности, понижение напряженности, тревожности, ощущение праздника жизни.

Многие бизнес-эмигранты и молодые люди, переехавшие в Европу с целью получения образования или по рабочим контрактам, либо творческая интеллигенция совсем иначе себя ведут. Их код поведения и уровень знания языка часто совпадает с принятыми общеевропейскими нормами. У коренного населения о них складывается очень хорошее впечатление. Так, одна сотрудница испанского музея Прадо отметила, что получила огромное удовольствие от общения с несколькими молодыми людьми, приехавшими на стажировку в Барселону.

Молодые эмигранты пятой волны знают, как правило, английский язык и владеют информационными технологиями. Они значительно спокойнее и менее напряжены благодаря отсутствию комплекса «второсортности», несмотря на то что за граница была практически недоступна четырем поколениям русских людей. Кроме этого, они имеют социальный опыт путешествий, навыков общения за рубежом. Их поведение менее импульсивно и более социабельно.

Синдром бывшего «железного занавеса» мешает многим органично и естественно себя чувствовать. Навыки общения с границей еще только вырабатываются. Даже такой тонкий знаток мировой культуры, как П. Вайль, описавший лучшие места планеты, эмигрант третьей волны, впервые в жизни увидел заграничный город в 1977 г. Что же говорить об эмигрантах и туристах четвертой и пятой волн, «массовый исход» которых за границу происходит лишь

Госпожа М., 38 л., продавец парфюмерного магазина «Дуглас»: «Богатые русские — наши постоянные клиенты. С ними приятно работать. Они скупают сразу все наши новинки декоративной косметики и дорогие крема по уходу за кожей по 200–300 €. Оказывается, у нас намного дешевле, чем в России. А главное, они уверены, что если покупают “Диор”, так это действительно “Диор”».

Господин З., 52 г., официант сети ресторанов и отелей «4 времени года» (Милан): «Сейчас русские ведут себя лучше, чем 8–10 лет назад. Во-первых, много молодых. Многие хорошо говорят по-английски. Во-вторых, не так высокомерны и не так обращают на себя внимание, разбираются в винах и закусках. А чаевые оставляют тоже хорошие».

Господин М., 45, продавец магазина модной мужской одежды «Hermes» (Эрмес): «Наши клиенты из России приезжают на субботу — воскресенье. Поэтому мы с ними работаем, как правило, по субботам. В конце недели делаем хороший план. На уцененные товары они, как правило, время не тратят. Покупают сразу дорогие и качественные. Говорят, здесь дешевле в несколько раз, чем там».

в последние 25 лет. Знакомство с границей только началось. Это возраст всего одного поколения.

Интересно восприятие работниками музеев российской интеллигенции за рубежом, которая в качестве туристов посещает многие города и страны. Также представляет интерес мнение обслуживающего персонала в отелях, магазинах и ресторанах европейских стран, которые наблюдают российскую интеллигенцию. И те и другие отмечают, что многие русские — очень милые и деликатные люди. Только их совсем не видно.

Сегодня остается большая прослойка российских туристов, которые впервые выезжают в незнакомую страну. Многие из них чувствуют себя тревожно и неуверенно. Отсутствие спокойного и естественного поведения проявляется часто в следующих трех типах поведения наших соотечественников:

- 1) напряженный — нелюбезный — неулыбчивый, концентрирующий только на своей группе или партнере, никого не замечающий;
- 2) заискивающий — постоянно кивающий;
- 3) пребывающий постоянно в баре — для снятия напряжения.

Так, один метрдотель турецкого отеля заметил: «...немцы к нам уже почти не едут, так как программа “все включено” обеспечивает наплыв русских, которые с утра уже в баре. Многие из них ни с кем не общаются, никуда не ездят, только “расслабляются”».

Возможно, должно пройти время, чтобы российские граждане естественно чувствовали себя за рубежом. Это может достигаться двумя путями: осознанием ценности собственной личности и снижением в сознании русских стандартов недостижимой прежде границы. И тогда русские не будут так выделяться.

10.3.9. Амбивалентность чувств по отношению к стране исхода и информационная зависимость от нее

У многих эмигрантов четвертой и пятой волн наблюдается внутренний конфликт со страной исхода, мешающий им полноценно ощущать свои корни и поддерживать в детях преемственной связи с родной культурой и русским языком. Это принципиально отличает их от эмигрантов первой волны, для которых чувство Родины являлось большой ценностью и поддерживало их в годы тяжелых испытаний за рубежом.

До сих пор встречаются потомки эмигрантов первой волны, которые, находясь в очень преклонном возрасте, великолепно говорят на литературном русском языке. Потомки русских эмигрантов первой волны, проживающие сегодня в Австралии, Франции, Чехии, Аргентине, Канаде, Китае, США и других странах, за счет сохранения очагов русской культуры в дальнем зарубежье (многочисленные воскресные церковные школы, литературные и музыкальные салоны и т. д.) до сих пор идентифицируют себя с высокими образцами русской культуры.

С другой стороны, эмигранты четвертой и пятой волн, как правило, полностью находятся в информационном пространстве своей Родины. Их интересуют все но-

ности и события, происходящие там. В настоящее время почти у всех есть спутниковое телевидение, по которому они смотрят новости и передачи, используют также Интернет-ресурсы для получения актуальной информации о событиях в своей стране. Многие находятся в полной информационной зависимости от событий, происходящих на Родине: анализируют, дискутируют, думают, не соглашаются, возмущаются, интересуются, восхищаются и т. д. Подобная информационная зависимость от страны исхода всегда вызывает сильные эмоции и не оставляет эмигрантов равнодушными к происходящему.

При этом они часто остаются совершенно равнодушными к светским новостям и социально-политическим событиям, происходящим в стране эмиграции. Например, мало кто интересуется результатами политических выборов, составом политических партий, выступлениями политиков или общественных деятелей принимающего общества. Возможно, это связано с тем, что у них отсутствует избирательное право в этой стране, либо недостаточные социальная компетентность и знание языка не позволяют им хорошо разбираться в новостях и политике нового для них общества. Однако чаще всего такое отношение связано с эмоциональным равнодушием к чужому обществу.

Какие бы причины ни лежали в основе переезда в другую страну, эмигрантам следует очень осторожно оформлять «развод» со своей страной. Причем это важно для обеих сторон: как для эмигранта, так и для страны исхода.

Почему это важно для эмигранта?

После эйфорической, туристической и ориентационной стадий адаптации начинается самое главное — идентификация, т. е. поиск собственного Я и экзистенциальный кризис, или поиск новых опытов и смыслов. Человек при этом должен чувствовать свои корни и не стесняться их. Если у человека конфликт с Родиной — это равносильно глубинному конфликту с родителями. Мы не можем изменить факт своего рождения в своей стране, так же как и не можем изменить своих родителей и свой генотип. С родителями, как и со страной, где мы родились, развестись невозможно. Если это происходит, то сопровождается невротизацией на протяжении всей жизни.

Сложные и сильные эмоциональные настроения — злость, ненависть, раздражение — проходят за границей в течение первых нескольких лет. Затем начинается состояние эмоционального оправдания, прощения и идеализации образа Родины. Этот механизм привязанности к своим корням свойствен практически всем волнам эмиграции. Например, у лучших представителей русской интеллигенции первой волны — писателей, поэтов «Серебряного века», проживавших в Париже, — все время звучало «здесь мы не дома», «здесь мы чужие». В творчестве В. Набокова и И. Бунина, Георгия Иванова, В. Ходасевича, Д. Мережковского, З. Гиппиус, А. Куприна, Н. Тэффи, Б. Зайцева и многих-многих других деятелей искусства и культуры звучит тема утраты и ностальгии.

Сознание любого эмигранта сформировалось в условиях родного языка и родной культуры. И какие бы слои других культур и языков ни накладывались в будущем, то, что сформировано в детстве, остается всегда с человеком. Не случайно немецкие

Надежда Р., 40 л.: «Недавно была на собрании собственников квартир нашего дома. Не поняла ничего — из-за чего весь сыр-бор. Потом оказалось, что из-за системы вентиляции кафе на первом этаже. А до этого была на родительском собрании — там все обсуждали поездку класса. Тоже не поняла ничего. Сидела, кивала: дура-дура. Потом три дня переживала, что все, наверное, принимают меня за полную идиотку. Больше не пойду ни на какие собрания и ни с кем не хочу общаться».

Галина К., 32 г.: «Местное население смотрит на нас, как на богатых жлобов. Это меня постоянно напрягает. Поэтому квартиру мою убирает восточная немка, а за общее мое хозяйство отвечает её муж. Они у меня бегают как миленькие. А куда они денутся? Кто им еще будет столько платить? А то — жлобов нашли!»

Мария С., 38 л.: «Я не знаю — кто мы. Эмигранты? Нет, не эмигранты. Эмигранты здесь устраивают свою жизнь — ищут работу, устраиваются, дети учатся. А мы совсем другие. Мы не колотимся, как они. У нас вроде и проблем нет никаких — есть свой дом, поездки, все можем себе позволить. Но создается ощущение, что мы — на затянном курорте. И живем какой-то карнавальной жизнью... Я не знаю, — где мы — там или здесь? У эмигрантов, хоть и труднее, но жизнь понятнее».

психотерапевты направляют русскоязычных эмигрантов к русским психологам, так как у них прослеживаются свои особенности в менталитете и в восприятии картины мира.

Если развитие человека до трех лет имеет такое влияние на всю последующую жизнь, то развитие и формирование человека на Родине на протяжении нескольких десятилетий кардинально определяет его менталитет и код поведения.

10.3.10. Уровень знания языка, социальной компетентности и психологической включенности в новое общество

Некоторые эмигранты пятой волны и члены их семей, достаточно обеспеченные, но социально некомпетентные, считают, что им необязательно спешить вживаться в новое общество, изучать его уклад жизни и язык, так как условия их жизни являются достаточно комфортными. Они как бы оказываются в башне из слоновой кости. При этом они испытывают дискомфорт, сталкиваясь регулярно с коренным населением страны. В качестве компенсаторного поведения, как мы уже писали выше, может проявляться чувство высокомерия и подчеркивание своих материальных возможностей.

Очень часто в качестве компенсации социального дискомфорта наблюдается реакция избегания сложных ситуаций, связанных с общением и поддержанием социальных контактов.

У многих создается ощущение, что они проживают какую-то ненастоящую жизнь, так как практически нет никакой связи с реальным социумом. Это может вызывать серьезную депривацию и внутреннее напряжение у многих членов семьи эмигрантов.

10.3.11. Проявление конформизма и психологического механизма моды в установках потенциальных эмигрантов

В поведении потенциальных эмигрантов пятой волны очень часто наблюдаются реакция конформизма и психологический механизм моды, который выражается в следующих установках: «все поехали, и мы тоже поехали»; «все покупают недвижимость, и мы тоже должны купить»; «все отправляют детей учиться за границу, и мы тоже должны своих отправить»; «многие живут на две страны, и мы можем так же жить»; «иметь свой дом или квартиру за рубежом — это модно и престижно, и мы тоже хотим иметь»; «многие имеют дачи в Финляндии, и мы тоже приобретем»; «путешествовать по Европе — это модно и престижно, и мы тоже этого хотим».

Итак, недвижимость за рубежом имеет два аспекта: экономический и психологический. Исследуя психологический аспект, мы обнаружили следующие изменения в психологическом статусе потенциальных эмигрантов:

- повышение самооценки;
- повышение значимости в глазах друзей, знакомых, родственников;
- ощущение защищенности;
- ощущение уверенности и свободы.

Все это формирует похожие желания и установки среди людей, которые могут позволить себе купить зарубежную собственность. Социальный механизм моды и конформизма помогает многим быстрее принять решение о «потенциальном» проживании в другой социокультурной и языковой среде, открывая при этом новую страницу своей жизни.

Оксана Б., 31 г.: «Недвижимость в Европе — это престижно. Только современные и продвинутые могут себе это позволить».

Валентина Т., 53 г.: «Наши друзья в Чехии подобрали нам дом в горах. Всего 250.000 €. Метраж — 200 м², земли — 12 соток. Ухоженный. И главное, на машине за 3–4 часа можно попасть в любую страну Европы».

Илья З., 38 л.: «Дача у меня в Финляндии. Это дешевле и надежнее, чем дом под Зеленогорском. Никто не взломает. Когда я пересекаю границу — я сразу же чувствую себя европейским человеком. Начинаю себя уважать, тепло по душе разливается».

10.3.12. Вид психологического статуса в процессе освоения нового общества

Еще раз возникает вопрос: какой психологический статус соответствует «потенциалам». Психологический статус туристов, эмигрантов, беженцев, переселенцев, командировочных?

Как выяснилось в наших предыдущих исследованиях, проводившихся в период с 1989 по 2007 годы, эти ментальные статусы достаточно сильно отличаются друг от друга. Например, туристы и люди, находящиеся в длительных служебных командировках, не болеют ностальгией, так как могут всегда вернуться домой. Совсем другая картина, как уже было неоднократно выше отмечено, наблюдается у эмигрантов — переселенцев-беженцев. Они достаточно тяжело и травматично переживают отрыв от корней и утрату своего прежнего окружения. Для первого поколения — это тяжелая психологическая травма, так как меняется весь стереотип жизни и привычный ход событий. Реальные эмигранты должны полностью «врастать» в новую почву. Как сказал один пожилой израильтянин из Беэр-Шевы, покинувший СССР 46 лет назад, «даже дерево болеет три года, когда вы его пересаживаете. А что вы хотите от человека?»

«Потенциалы», как показывают наши исследования, не только не болеют ностальгией, но и испытывают эйфорию, приезжая в свой заграничный дом. Такой эйфорический психологический статус, как правило, соответствует туристам, которые на подъеме, которым все интересно, которых не утомляют трудовые будни и скучная каждодневная действительность. Эйфорическо-туристическое самочувствие «потенциалов» отражает не настоящую эмиграцию из России, а эмиграцию «понарошку»: на выходные, в отпуск, на праздники, на каникулы и т. д. Это эмиграция не «по-взрослому»: здесь не нужно искать работу, учить языки, соответствовать всем требованиям общества, не нужно иметь дело с бесчисленными государственными учреждениями и сложной бюрократической системой, не нужно решать школьные проблемы, вникать в налоговую и социальную системы, систему страхования и т. д.

Приехать — хорошо провести время — уехать — это, конечно, пока не эмиграция. Восприятие новой страны через собственную недвижимость и выстроенный уютный быт формирует положительную установку праздника. У людей возникает эмоциональный настрой потенциально принять эту страну и переехать в нее по-настоящему, если понадобится.

«Потенциалы» живут в основном в европейских странах, что связано со следующими обстоятельствами:

- краткосрочность пребывания;
- высокая мобильность (частые приезды — отъезды);
- удобство использования автомобильного транспорта;
- удобство управлять ситуацией с недвижимостью;
- относительная идентичность культурологических норм в жизни коренного общества;
- меньшие экономические и временные затраты на передвижение.

10.3.13. Детско-родительские отношения. Синдром «коттеджных детей», усиленный социальной изоляцией семьи в новом обществе

В России за последние 20 лет появилось много детей из состоятельных семей, которых педагоги и психологи называют «коттеджными». Это поколение детей выросло под гиперопекой нянь, телохранителей, гувернанток. Часто они совершенно не приспособлены к реальной действительности, которая начинается за забором их коттеджей.

Эти дети, как правило, испытывают дефицит общения со сверстниками, у них не вырабатываются навыки межличностного общения в детских группах. Большую часть времени они проводят со взрослыми: гувернантки, учителя, водители.

Как правило, они ходят в частные школы, где в классе по 10–15 человек, таких же «коттеджных детей» — с нарушенными процессами социализации.

«Коттеджные дети» отличаются от обычных тем, что находятся в ограниченном социальном пространстве, в практической изоляции от внешнего мира. Поэтому психологи проводят с ними коммуникативные тренинги, имитирующие различные реальные жизненные ситуации, и развивают социальные навыки. Из-за ограниченного круга контактов и постоянной занятости родителей у таких детей страдает неформальное общение, у них мало настоящих друзей, им трудно проявлять самостоятельность или отстаивать свое мнение.

Многие состоятельные эмигранты пятой волны вывозят своих детей в новую страну вместе с нянями и гувернантками. Семейный уклад жизни практически остается прежним. Дети продолжают общаться со своим обслуживающим персоналом, так как родители заняты совершенно другими делами — бизнесом, налаживанием связей и контактов, обустройством «нового гнезда» и т. д. При этом у детей редуци-

Виктор М., 43 г.: «Я взял двухкомнатную квартиру за 100.000 € не глядя. У нас в Москве один гараж столько стоит. А тут квартира в центре Берлина: шопинги, медицина дешевая, друзья могут приехать, да и отходной вариант, если что».

Господин Б., 56 л. немецкий нотариус из Потсдама: «Квартиры до 200.000 € русские покупают не глядя. Многие говорят, что убивают несколько зайцев: без риска вкладывают деньги, есть куда приехать на выходные, построены "пути отступления"».

Людмила С., 40 л.: «Многие из нашего окружения купили квартиры в Вене. Всего 3 часа полета. На выходные можно слетать, сходить в Оперу, пройтись по магазинам, в кафе посидеть. Уютно. Мы тоже собираемся там что-нибудь приобрести».

Михаил З., 30 л., водитель: «Мне жалко сына моего шефа. Я его вожу в школу и по разным делам. Он из машины смотрит на людей и реальную жизнь, пока стоим в пробках. Ему бы лучше погонять мячик во дворе с ребятами или поиграть в какие-нибудь казаки-разбойники. Нет, свое детство я бы не променял на его. Хотя и денег не было».

Марианна, 29 л., учительница начальных классов московской частной школы: У моих учеников — повышенный уровень тревожности, многие из них могут срываться в истерику по любому пустяку и требуют, чтобы няня ждала их в коридоре во время урока. А недавно один мальчик спросил, была ли я когда-нибудь в метро? И как там ездят люди?»

Оля С., 14 л.: «У меня совсем плохо с языком. Одноклассники разговаривают со мной медленно, нараспев протягивая каждое слово. Создается впечатление, что я глухая или совсем тупая. Да и они иногда теряют всякое терпение со мной, начинают грубо подшучивать. Однажды на экскурсии в городе они столпились возле ларька, где продавали спортивные майки. Я подошла тоже. Мальчишки тогда громко вслух говорят: “Смотрите, вот та майка с блондинкой (я тоже блондинка и у меня голубые глаза) точно для нашей русской сделана!”. И я увидела черную майку с кукольной блондинкой. На майке написано — “Говорите медленно, я блондинка”. Все хохотали, а мне было очень обидно».

Галина М., 41 г., жалуется на постоянное угнетенное состояние, особенно по утрам, когда она с ужасом осознает, что впереди целый день, который ей предстоит прожить. Но больше всего ее беспокоит дочь, которая учится в 6-м классе. Девочка постоянно зажата, всех боится, говорит, что неуверенность мамы в магазине, на улице, у врача действует и на нее. Она тоже всех опасается, а особенно соседа на втором этаже, который два раза ей сделал замечание за то, что она громко включала музыку, хотя музыку включала не она, а соседка с четвертого этажа.

ругаются еще и контакты со своими прежними немногочисленными друзьями, так как ребенок меняет страну и попадает в новую языковую среду.

Из-за того, что у многих «коттеджных детей» существуют проблемы высокой тревожности и умения выстраивать социальные контакты в детском коллективе, им особенно тяжело дается психологическая адаптация в новой иностранной школе.

В условиях эмиграции дети подвергаются бóльшим психологическим нагрузкам, чем взрослые, так как их вывезли до завершения процесса социализации. Им было бы проще, если бы социализация прошла при стабильных условиях в культурном, семейном и социальном плане.

У детей эмигрантов часто происходит прерывание общего социального и культурного процесса обучения, общего развития личности и отдельных сторон психического развития. Это затрагивает не только отношение к внешнему миру, но и отношение к родителям. Отношения ребенок — родители подвергаются из-за миграции разнообразным нагрузкам.

Перечислим некоторые из них.

1. Эмиграция является зачастую причиной эмоциональной разлуки детей с их родителями. Родители-эмигранты, как правило, не имеют достаточно времени для полноценного общения с детьми. Родители заняты вживанием в новое общество и процессом адаптации. На детей остается очень мало времени.

Причиной эмоциональной заброшенности и отчуждения детей-эмигрантов необязательно должна быть чрезвычайная занятость или ориентация на труд и успех их родителей. Может быть другая причина — депрессия и печаль родителей, которая часто выражается в малой способности любить и уделять им внимание, в недостаточном участии к людям и потере интереса к внешнему миру.

Довольно часто такое состояние может переживать мать ребенка, которая от бессобытийности, от отсутствия структурированного дня,

от чувства одиночества (из-за отсутствия супруга, работающего на родине), из-за общей печали и депрессии не может дать достаточную любовь и эмоциональную заботу детям. Находящиеся в состоянии депрессии родители, особенно матери, неосознанно переносят свое отсутствие жизнерадостности и свою малую волю к жизни на детей.

2. Родители-эмигранты поднимают слишком высокую планку для своего ребенка.

Они постоянно недовольны его успехами в школе, они хотят, чтобы их ребенок был самым успешным, гениальным, ловким, приспособленным. Такое желание родителей совершенно понятно: им хочется таким образом защитить будущее своего ребенка в чужой стране и иметь надежду на его успешную карьеру. К тому же они сами, как правило, успешные люди. Но здесь сразу же появляются две проблемы:

а) *дети все время должны соответствовать образу успешных родителей.* Поэтому дети находятся в постоянном напряжении. Установленная планка и уровень требований, как правило, слишком высоки, и дети должны изо всех сил стараться взять эту планку, чтобы не разочаровывать своих родителей. При этом у многих детей наблюдается пониженный общий синдром адаптации к условиям новой школы;

б) *завышенные требования родителей и постоянное недовольство достигнутыми результатами формируют у ребенка чувство перфекционизма, малоценности, постоянной неуверенности и повышенное чувство вины.* Все эти личностные особенности, в свою очередь, могут привести к различным формам зависимости: игровой, интернет-зависимости, зависимости от другого человека и др. Кроме того, у детей с такими особенностями часто наблюдается неприятие своего Я и образа своего тела.

3. Родители-эмигранты не понимают трудностей адаптации своих детей. Они считают, что трудно только им. Им кажется, что дети автоматически входят в новое общество, быстро схватывают язык и развиваются. На самом деле сложнее детям. По двум причинам: во-первых, детский коллектив, будучи более натуральным, естественным, требует от ребенка-эмигранта полной идентификации с ним. Иначе начинаются достаточно жесткая, а порой жестокая критика, шутки, оскорбления и т. д.

Во-вторых, социализация ребенка в новом обществе происходит, как правило, с большими трудностями: перепады настроений у родителей, изменения в семейных ролях, переживание неустойчивости мира (разлука с близкими и друзьями, разлука с привычным домом, со школой или с детским садом).

4. У ребенка еще нет и не может быть *рационального или эмоционального объяснения, почему семья переехала.* Ему нужно приспособливаться без таких форм психологической защиты, как, например, интеллектуализация и рационализация.

5. Ребенку приходится значительно быстрее вписываться в новое общество, чем взрослому, причем точно воспроизводя все коды поведения детей. Иначе он будет находиться среди изгоев и подвергаться постоянному унижению и стигматизации. Поэтому дети так много времени проводят у экрана телевизора и компьютера, как бы

сканируя поведение коренного населения, особенности общения людей, а также их внешнее оформление: одежду, обувь, прическу и т. д.

6. У детей еще не сформировался свой ресурс личности, который есть у взрослых родителей. Именно личностный ресурс (высокая самооценка, профессиональное самоутверждение, социальный опыт, эмоциональные контакты, опыт преодоления кризисов и сложных жизненных ситуаций и т. д.) помогает человеку успешно адаптироваться в новой социально-культурной среде. Поэтому ребенку-эмигранту значительно сложнее адаптироваться в новом классе, в новой школе и в новой стране.

Будущий личностный и профессиональный ресурс ребенка-эмигранта зависит от его психического и физического здоровья, а также психологического, социального и экономического ресурса семьи. Материальный ресурс, т. е. экономический, — самый неустойчивый. Семья может обанкротиться, деньги обесцениться, все материальные богатства и накопления могут быть утеряны вследствие каких-то революций, природных катастроф, судебных исков и т. д. Как показывает история человечества, *самым устойчивым ресурсом оказывается психологический ресурс семьи*. От него во многом зависит будущий личностный ресурс ребенка-эмигранта, его самостоятельность и креативность в обществе, уровень его профессиональной и социальной самореализации в новой среде.

Многие состоятельные родители отлично понимают, что для ребенка главное — не накопления в банке и недвижимостью, а здоровая, сбалансированная психика. Дети-невротики потребуют огромного вложения сил — духовных и материальных, чтобы стать жизнеспособными, конкурентоспособными, социально компетентными, счастливыми людьми.

Для детей-эмигрантов очень важно сохранение их «корневой системы», способности идентифицироваться со своими родственниками, истоками, страной исхода, языком и культурой. Очень важно, чтобы из-за внутреннего конфликта родителей со страной исхода или страной эмиграции, не нарушалось бы внутреннее равновесие ребенка. Внутренний культурологический конфликт родителей детей-эмигрантов может вызвать трудности в процессе самоидентификации. Внутренний конфликт родителей со страной *исхода* вызывает у ребенка деформацию его корневой системы, а со страной *эмиграции* — циничное отношение к стране проживания. И тот и другой вид культурологического конфликта родителей со странами исхода и эмиграции могут отрицательно сказаться на адаптации ребенка в новом обществе (Антипов А. А., 2008).

10.3.14. Психология семейных отношений эмигрантов пятой волны

Среди русскоязычных эмигрантов пятой волны, оказавшихся в разных странах, больше 80 % составляют семейные люди. Как мы уже отмечали, пятая волна — это материально обеспеченные люди, зрелые личности с состоявшимся экономическим или профессиональным и семейным статусом. Кроме того, в условиях эмиграции семья

является морально-психологической и бытовой защитой человека. Однако в этих семьях достаточно часто возникают конфликты, ссоры и непонимание друг друга. Некоторые супруги даже идут на разрыв отношений, хотя каждый нуждается в близком партнере в условиях чужого общества. Рассмотрим несколько причин, влияющих на нестабильность семейных отношений эмигрантов пятой волны.

1. *Профессиональная незанятость многих женщин* (жен бизнесменов). После определенного периода адаптации, устройства быта, распределения семейных ролей, после ознакомления со всеми представляющими интерес учреждениями, врачами и магазинами — многие женщины «затишают». Они не знают, чем заполнить день: фитнес, бассейн, парикмахерская, встречи со знакомыми? Но этого мало. Многим хочется большей осмысленности жизни: русское телевидение, интернет, звонки на родину. Но и это не добавляет событийности.

Если муж находится все время рядом и не работает, то у него, как правило, такая же жизнь — не наполненная экзистенциальными смыслами. Супруги начинают уставать друг от друга, становится скучно говорить об одном и том же, ездить в одни и те же рестораны, встречаться с одним и тем же узким кругом людей.

Несмотря на широкие материальные возможности, супруги начинают терять интерес к жизни. Отсутствие реальной деятельности и слишком много проводимого вместе времени притупляют остроту отношений, что часто приводит к кризису совместного существования.

2. Семейная ситуация, когда *жена с детьми* остается в *зарубежной квартире*, а муж — «крутится» на родине, в своем бизнесе.

В этом случае мы часто имеем дело с недовольством со стороны жены, которой становится скучно одной в эмиграции. Многие жены начинают контролировать по мелочам своих мужей. Возникают подозрения, упреки, ревность, скандалы.

Мужчины-бизнесмены, как правило, предпочитают модель жизни именно на две страны, так как это дает им творческую свободу и свободу от бытовых семейных ежедневных обязанностей. Но за это они должны полностью обеспечивать свою семью за границей.

Многие мужчины ощущают комплекс вины, так как не участвуют в реальной каждодневной жизни детей и жены. Поэтому они стремятся компенсировать свой комплекс вины дорогими подарками и дополнительными «бонусами», в то время как детям и жене нужен реальный отец и муж.

Многие мужчины понимают, что другого варианта жизни своей семье они обеспечить не в состоянии. Поэтому они начинают злиться на свою жену, обвиняя ее в отсутствии чувства благодарности за предоставление семье такой великолепной возможности жить на Западе.

Взаимные упреки и скандалы часто приводят к обесцениванию семейных отношений, что ведет порой к появлению новых встреч и связей с той, «которая его ценит и понимает».

3. Существует еще один блок причин, связанный с общей неудовлетворенностью жизнью в условиях эмиграции. *Постоянное напряжение и комплекс иностранца*, ко-

Оксана М., 34 г.: «Если так будет продолжаться, то семья наша развалится. Чем он там занимается — неизвестно. Говорит, что круглыми сутками работает. Ему некогда нормально со мной поговорить. Я чувствую, что мои звонки его напрягают. Особенно ночью...»

Лилия С., 37 л.: «Я уверена на 100 %, что у него кто-то есть. Он очень изменился. Стал какой-то холодный. Прилетает один раз в месяц, все время ведет какие-то переговоры "по бизнесу". Говорит, что я застряла в своем образе, что стала агрессивной, что не развиваюсь».

Мария М., 36 л.: «Изображает из себя деда Мороза — подарки, поездки по Европе, рестораны, — а потом уезжает. Как будто откупается от нас...»

Илья Ц., 42 г.: «Я вылетаю на выходные к семье. Привожу им кучу подарков — дети завалены разными игрушками, айфонами. Жену уже тоже ничем не удивишь. Рвуть на куски. А они опять всем недовольны: то им скучно, то нечем заняться, то общаться не с кем, то бесконечные доставания — почему я улетаю? А кто им такой "коммунизм" будет устраивать, если я не буду в Москве?»

Борис Л., 44 г.: «Я все время чувствую себя каким-то виноватым: меня обвиняют, что им тут скучно, а мне в России весело — работа, друзья, тусовки... девочки. Подозрение, недоверие, контроль, постоянный напряг — надоело. Живут как сыр в масле, — что еще от меня нужно?»

торый испытывается одним из супругов, часто передается другому. Чувство разочарования часто находит свой выход в выплескивании своей злости на жену и детей. Неудовлетворенность жизнью может также постоянно выражаться в капризном, раздражительном или сварливом поведении. Агрессивность любого рода (вербальная или физическая), возникающая в семейных отношениях, может привести к глубокому семейному кризису.

4. В супружеских отношениях после эмиграции иногда многое меняется. Это связано с возможными новыми ролевыми изменениями в отношениях мужа и жены. Например, жена может неожиданно найти себя в каком-либо деле, а муж должен будет взять на себя все обязанности по дому. Или дети, пройдя все ступени социализации, полностью уйдут в другую, новую культуру, не имея времени нормально пообщаться с родителями.

Семьи, выезжающие в эмиграцию, должны быть готовы к разным семейным сценариям, так как в новом обществе семья испытывает совсем другие воздействия со стороны социума, и динамика семейных отношений может значительно измениться. Однако психологическое самочувствие семьи все-таки зависит в первую очередь от индивидуально-типологических особенностей, воспитания и эмотивности ее членов.

Сегодня во всем мире проживает более 12 млн наших соотечественников. Эмигранты пятой волны в силу ряда уникальных особенностей представляют для психологического исследования особый интерес.

Подобные миграционные процессы происходят во всем мире. Миграционные настроения свойственны жителям почти всех стран. Эти процессы вполне закономерны и связаны с общей картиной глобализации мира.

Меняются концепции миграции. Раздвигается социальное пространство потенциальных мигрантов. Классическая миграция перемешива-

ется с туризмом и гостевыми рабочими. Современная картина общего миграционного движения на планете очень динамична, трудно предсказуема и порой непонятна даже экспертам. Поэтому психология миграционных процессов является сегодня одним из самых актуальных направлений в современной психологической науке.

10.4. Детерминанты сексуально-насильственных преступлений в условиях чужой социокультурной среды

Проблемы адаптации к новой социокультурной среде могут проявляться не только на уровне социально-психологического функционирования, но и выражаться в конфронтации с законодательными нормами принимающей страны. Экономические и политические процессы, происходящие в российском государстве в последние десятилетия, радикально изменили ситуацию: динамично развивались межгосударственные связи; открылись старые и появились новые границы, что обусловило активизацию миграционных процессов, увеличило количество иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в Россию. При этом миграционная ситуация в России в отдельных случаях может приобретать чрезвычайный характер и получать значительный резонанс у местного населения крупных городов. В частности, такие события, как убийство жителя Москвы осенью 2013 года и последовавшие за этим погромы в Бирюлёво, демонстрируют быстроту развития межнациональных отношений по самому неблагоприятному (деструктивному, силовому) сценарию.

По мнению специалистов, социальная острота миграционных проблем во многом связана с определенным несовершенством практики приема иностранных трудовых мигрантов, хлынувших на территорию России преимущественно из среднеазиатских республик бывшего СССР. До последнего времени приток мигрантов усиливался год от года, при этом до сих пор высок процент так называемой нелегальной миграции, когда мигранты находятся на территории РФ без оформления соответствующих документов, а их жизнедеятельность в РФ оказывается мало контролируемой российскими законами. Выпадая из правового пространства, мигранты часто сами становятся жертвами не только удручающей социальной несправедливости (например, трудовая эксплуатация с ущемлением в оплате труда, бедность и плохое жилье, отсутствие медицинской помощи, невозможность отправить детей в детские сады и школы и т. д.), но и жертвами преступлений (таких как убийства по мотивам расовой, национальной или религиозной ненависти или вражды).

Одновременно с этим высока криминогенность самих мигрантов, которые при определенных условиях могут являться источником опасности для местного населения. На протяжении последних 10–15 лет в РФ наблюдается устойчивый рост преступлений, совершаемых мигрантами и лицами без гражданства. Преступления указанной категории лиц крайне разнообразны, при этом отмечается рост количества убийств, случаев насилия (включая сексуальное) в отношении детей и подростков.

В соответствии с данными Следственного комитета РФ количество преступлений, совершенных мигрантами, возрастает примерно на 7,5% за год, при этом в Москве каждое седьмое убийство и почти половина изнасилований совершены нелегальными мигрантами.

Учитывая многоаспектность проблемы криминогенности мигрантов, была принята попытка анализа детерминант сексуально-насильственных преступлений мигрантов (граждан Узбекистана и Таджикистана), квалифицируемых в соответствии со статьями 131, 132, 134, 135, 105, 111 Уголовного кодекса РФ, с целью чего исследовались материалы уголовных дел, в рамках которых на основании постановления следственных органов проводились комплексные судебные психолого-психиатрические или сексолого-психолого-психиатрические экспертизы. При производстве судебных экспертиз использовались клиничко-психопатологический метод оценки психического состояния и его динамики, метод анализа материалов уголовного дела и самоотчета подэкспертного при производстве экспертизы, а также экспериментально-психологический метод исследования когнитивной и личностной сфер подэкспертного.

По результатам анализа указанных материалов проведена систематизация проблемных ситуаций, на фоне которых разворачиваются сексуальные преступления мигрантов или насильственные преступления, связанные с сексуальными отношениями (парасексуальные преступления, т.е. преступления, в которых сексуальные отношения провоцируют преступления другого, несексуального характера). Мы выделяем несколько криминальных паттернов сексуального и парасексуального поведения мигрантов.

1. *Изнасилования, связанные с неправильной интерпретацией мигрантом стереотипа полоролевого поведения незнакомой или малознакомой жертвы, принадлежащей к иной культуральной и конфессиональной среде.* Указанные преступления, как правило, на слуху, т.е. они получают широкий общественный резонанс. Этот криминальный паттерн составляют изнасилования (или их попытки), совершаемые мигрантами вследствие неправильного «считывания» стереотипа полоролевого поведения жертвы. Как правило, жертвами этих преступлений становятся женщины на стадии знакомства с будущим насильником. Суть психологических механизмов, обуславливающих реализацию преступного замысла, состоит в том, что обвиняемые часто неправильно интерпретируют поведение будущей жертвы, руководствуясь собственными культурными стереотипами о приемлемом и неприемлемом поведении женщины. Стереотип, в значительной степени обусловленный нормами ислама, предполагает отсутствие провокативного поведения женщины, которая должна находиться в сопровождении родственника мужского пола, максимально закрывать своё тело, не вступать в контакт (даже зрительный) с посторонним мужчиной, а в случае инициативного завязывания этого контакта женщиной предписывается резко обрывать его. При рассмотрении данного криминального паттерна мигрантов неизбежно воз-

никает вопрос о виктимном, провоцирующем поведении жертвы, поскольку нередко происходит недооценка жертвой (женщиной) того провокативного влияния, которое возникает вследствие ее взаимодействия с мужчиной-мигрантом. Другими словами, важнейшим криминогенным фактором является несовпадение культурального стереотипа — причем как нападающего (мигранта), так и жертвы (как представителя местного населения).

2. *Насильственные сексуальные действия, совершаемые мигрантом в результате сепарации и сексуальной депривации, сопряженной с растормаживающим влиянием алкоголя, непосредственно в юридически значимый период.* Как правило, при данном криминальном паттерне отсутствует фактор культуральной специфичности. Можно предположить, что активизация сексуального паттерна происходит в связи с сепарацией мигранта с привычным для него окружением, что усугубляется растормаживающим влиянием алкоголя. Таким образом, в качестве криминогенного механизма выступает констелляция психосексуальных и социальных факторов, проявляющихся, во-первых, в том, что мигранты могут длительное время не иметь сексуальных контактов (не будучи одновременно с этим физически изолированными от общества). Во-вторых, мигранты находятся в условиях повышенной для них сексуальной стимуляции, что обусловлено естественным поведением лиц женского пола из числа местного населения. В-третьих, мигранты, как правило, живут, социализируются и воспитываются (до приезда в РФ) в культуре, где индивидуальное поведение гораздо в большей степени контролируется и предписывается нормами местности и непосредственного социального окружения. При попадании на территории РФ в мегаполис у мигрантов, вероятно, формируется некоторая иллюзия полной анонимности существования и, соответственно, чувства безнаказанности (например, один из мигрантов, совершивших изнасилование молодой девушки на территории Санкт-Петербурга, на вопрос эксперта о мере его наказания за аналогичное преступление на своей родине (в Таджикистане) ответил: «А дома меня бы убили за это»). Как правило, жертвами таких криминальных ситуаций являются не только случайные женщины, застигнутые мужчиной-мигрантом врасплох (в темное время, в укромном и безлюдном месте), но и малолетние и несовершеннолетние, выбираемые в качестве объектов сексуальных посягательств не столько в силу их возрастной специфичности (как это наблюдается при парафилиях — педофилии, эфебофилии), сколько в силу физической незащищенности и неспособности жертвы оказать сопротивление насильнику. В любом случае запретный характер насильственной сексуальности, как правило, полностью осознается насильником-мигрантом. Указанному криминальному паттерну есть аналоги преступных деяний и среди местного населения, когда сексуальные преступления совершаются с выездом в другой района мегаполиса, отдаленную местность, другой город. Но с психологической точки зрения наблюдаются отличия в положении ми-

гранта-насильника и местных насильников, поскольку мигранты-насильники рано или поздно должны вернуться в свой родной регион, где контроль и оценка индивидуального поведения в значительной степени осуществляются под протекцией рода, общины. Совершая сексуально-насильственные преступления в условиях высокой анонимности на территории РФ, мигранты ситуативно (в момент совершения правонарушения) могут не принимать во внимание возможные социальные оценки своим действиям со стороны представителей своей культуры. Однако непосредственно после изобличения и ареста преступное событие, как правило, получает огласку среди земляков и родственников (в том числе и тех, кто проживает на родине). Указанное обстоятельство зачастую является мощным психотравмирующим фактором, приводящим к регрессу механизмов психологической защиты мигранта-насильника, что выливается в примитивных формах симуляции (несмотря на достаточный интеллект) по типу предъявления тотального запечатывания своих действий в момент совершения инкриминируемого деяния. Кроме того, можно предполагать эффект двойной стигматизации мигранта в тюремной субкультуре. Во-первых, возможно отторгающее отношение осужденных к мигранту как представителю иной национальности и культуры, но и, во-вторых, как к лицу, обвиненному по презираемой («непочетной») даже в тюремном сообществе статье Уголовного кодекса.

3. *Насильственные преступления (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений) в результате трагического расхождения культурально обусловленных ожиданий мигранта и реального полоролевого поведения партнерши, обнаруживающего себя в процессе последующего совместного проживания (сожительства). Актуализации указанного криминального паттерна, как правило, предшествуют эмоционально насыщенные, конфликтные взаимоотношения с жертвой и ее родственниками. Нередко те особенности поведения женщины (контактность, доступность в общении, легкость знакомства с мужчинами, склонность к праздному времяпрепровождению и распитию спиртных напитков), которые способствовали ее сближению с мужчиной-мигрантом на первых этапах знакомства, в последующем, при установлении устойчивых отношений и сожительстве расцениваются этим же партнером как неприемлемые, грубо оскорбляющие его достоинство, позорящие его перед земляками и родственниками. При указанном криминальном паттерне жертвы из числа местного населения (женщины и их родственники) становятся жертвами не собственно сексуальных, а насильственных преступлений (убийство, тяжкие телесные повреждения). Физическая агрессия мужчин-мигрантов провоцируется жертвами в результате игнорирования (или недопонимания) ими того обстоятельства, что наряду с сожительством и получением материальной поддержки от мужчины-мигранта должны приниматься в расчет его представления и ожидания о приемлемости поведения близкой для него женщины.*

4. *Изнасилования или попытки изнасилований, совершаемые внутри мигрантского сообщества вследствие нарушения баланса внутренних культурально заданных норм взаимодействия мужчин-мигрантов и женщин-мигрантов.* Указанные «перекосы» во взаимодействии возникают на фоне попыток адаптации мигрантов к новым для них социальным, материально-бытовым условиям мегаполиса (сокращение физической дистанции вследствие скупенного проживания посторонних друг другу людей и семей на одной площади в условиях предельной бытовой открытости; возможность и необходимость поддерживать бытовые контакты гораздо большего объема, чем это задается культурально; осознаваемое или неосознанное стремление женщин-мигрантов воспроизводить внешние поведенческие паттерны местного населения). Другими словами, не только и не столько родовые и культуральные факторы определяют статус и положение мигранта в новой среде мегаполиса. На первый план выходят факторы, связанные с ситуативной успешностью адаптации мигранта к чужой среде, что, в свою очередь, обостряет факторы внутригруппового взаимодействия, когда лица с лидерскими чертами могут проявлять свою доминантность над земляками, в том числе посредством сексуального посягательства на близких им женщин. О наличии половых преступлений (или их попыток) внутри мигрантского сообщества, как правило, становится известно в связи с последующими за ними насильственными преступлениями (убийствами). Другими словами, сексуальные проблемы, как правило, остаются скрытыми внутри мигрантского сообщества, если только вслед за ними не происходит каких-либо тяжелых последствий, например убийства или покушений на убийства. Возможно также, что часть женщин из числа мигранток, проживающих в мегаполисе, стремятся приспособиться к новой среде, в связи с чем неосознанно или осознанно воспроизводят внешние поведенческие паттерны местного населения. Тем самым нарушается их баланс взаимодействия с мужчинами-мигрантами, который ранее был обусловлен исламской культурной традицией. Таким образом, вследствие нарушения баланса внутренних, культурально заданных норм взаимодействия мигрантов-мужчин и мигрантов-женщин появляется возможность совершения изнасилований (их попыток) внутри мигрантского сообщества.
5. *Парасексуальные насильственные преступления (убийство, нанесение телесных повреждений), происходящие внутри сообщества мигрантов вследствие сексуального посягательства на женщину.* В данном случае преступник выступает как представитель рода (семьи), на которого возлагается ответственность за сохранение и восстановление чести рода. Причем объектами убийств (попыток убийств) становятся уже мужчины-«обидчики». Парасексуальные преступления внутри диаспоры мигрантов совершаются на фоне увеличивающегося объема сексуального поведения (которое следует понимать в широком смысле, например и как кокетство, и как проявление

инициативы между мигрантами разного пола) в тех формах, которые противоречат заданным культуральным стереотипам, которые большинство мигрантов продолжают разделять, несмотря на проживание вне родной страны. В этом случае культуральная норма несения ответственности оказывается транспространственной, т. е. возникает диссонанс: мигранты живут в другой стране, но нарушаются свои культуральные нормы, и в этой связи мужчины хотят и вынуждены отвечать за нанесенное их роду оскорбление по тем законам, которые предписывают культуральные нормы. Когда происходит сексуальное (может быть, и насильственное) посягательство или взаимодействие женщины с кем-либо вне брака, и это становится известным, то мужчина — представитель рода (к которому принадлежит женщина) — обязан реагировать соответствующим образом. В противном случае возникает риск потери статуса, важного не столько и не только в данной ситуации проживания на территории РФ, сколько в контексте взаимодействия с земляками на родной территории.

Следует отметить, что по результатам судебных психолого-психиатрических (или сексолого-психолого-психиатрических) экспертиз у обвиняемых-мигрантов не выявлено хронических, временных психических расстройств, слабоумия, иного болезненного состояния психики, которые лишали бы их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения преступлений. Лишь в единичных случаях диагностировались нарушения непсихотического регистра, согласно критериям МКБ-10 (F07.8, F10, F11, F12). Также не выявлено сформированных нарушений сексуального предпочтения (парафилий). Указанное позволяет утверждать, что клинико-психопатологический фактор не является определяющим в генезе сексуально-насильственных преступлений, совершенных мигрантами на территории РФ. Одновременно с этим анализ выделенных криминальных паттернов позволяет рассматривать факторы социально-психологического уровня как существенные в механизме формирования сексуально-насильственных действий мигрантов на территории РФ. К числу этих факторов относятся:

- конфессионально обусловленное различие в оценках допустимого полоролевого поведения;
- общекультурное различие в степени дифференцированности представлений об индивидуальных вариациях поведения;
- различие в градиенте (степени) внешнего социального контроля: «анонимность» мегаполиса — родовой, клановый уклад жизни на родине.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое миграция? Виды миграции.
2. Какие волны российской эмиграции наблюдались в последние 100 лет и в чем их отличие друг от друга?

3. Что такое психологическая аккультурация? Виды стратегий аккультурации.
4. Перечислите стадии психологической адаптации.
5. Перечислите основные аспекты культурного шока и четыре варианта межкультурных контактов.
6. Какие факторы среди субъективных и объективных предпосылок являются главными в процессе адаптации мигранта?
7. Что такое психическая травма мигранта? Перечислите основные психические травмы мигрантов.
8. Что такое ностальгия? Причины ностальгии.
9. Что такое синдром социальной смерти и комплекс иностранца?
10. Почему мигранты переживают чувство вины по отношению к оставшимся на Родине?
11. Какие принципы организации социально-психологической помощи следует использовать при работе с мигрантами?
12. Раскройте понятие «текущее общество» и опишите основные характеристики этого феномена.
13. Проанализируйте, какие характеристики «текущего общества» помогают успешной адаптации эмигрантов, а какие препятствуют.
14. Как отражается синдром возрастающей мобильности на эмигрантах первого и второго поколения?
15. Проанализируйте, какие последствия для психологического благополучия эмигрантов может иметь синдром социальной изоляции.
16. В чем выражается синдром изменения ценностных ориентаций эмигрантов?
17. Перечислите основные отличия пятой волны эмиграции от предыдущих волн. В чем состоят принципиальные отличия четвертой и пятой волн эмиграции?
18. Какие группы эмигрантов можно выделить в пятой волне эмиграции?
19. Почему эмигрантов пятой волны называют бизнес-эмигрантами, или «потенциальными» эмигрантами («потенциалами»)?
20. Охарактеризуйте основные психологические проблемы «потенциальных» эмигрантов.
21. Перечислите факторы, влияющие на удовлетворенность жизнью эмигрантов пятой волны, и определите, как они связаны с адаптацией эмигрантов к новым социально-психологическим условиям.
22. По каким причинам развивается эффект «закапсулированности» в жизни «потенциальных» эмигрантов?
23. В чем состоит и проявляется механизм гиперкомпенсации у эмигрантов пятой волны?
24. Как «потенциальные» эмигранты проходят фазы адаптации к новой социокультурной среде? Какие отличия прослеживаются по сравнению с предыдущими волнами эмиграции?
25. В чем выражается амбивалентное отношение эмигрантов пятой волны к стране исхода?

26. Опишите специфику внутреннего конфликта, связанного с несоответствием высокого уровня притязаний и реальных возможностей эмигрантов пятой волны в принимающем обществе.
27. Каким образом проявляется конформизм и психологический механизм моды в установках «потенциальных» эмигрантов?
28. Основные причины семейных кризисов в жизни эмигрантов. Приведите примеры.
29. Как развиваются детско-родительские отношения в условиях эмиграции пятой волны?

Глава 11

ПСИХОЛОГИЯ АГРЕССИИ

11.1. Актуальность исследования агрессии

11.2. Термин «агрессия» и подходы к его определению

11.3. Связанные термины

11.4. Теории агрессии

11.1. Актуальность исследования агрессии

Отмечаемый в последнее столетие значительный рост агрессии и насилия в мировом сообществе повлек за собой проведение большого количества исследований и создание теоретических концепций, предлагающих объяснение этого феномена. Высокая правовая, социально-психологическая и морально-этическая значимость последствий агрессивного поведения, а также общественная опасность криминально-агрессивных форм поведения неизбежно повышают актуальность создания превентивных программ, направленных на предотвращение и снижение риска агрессии. Указанное невозможно без комплексной целостной оценки природы агрессии, что, в свою очередь, определило междисциплинарный характер изучения агрессии и агрессивного поведения. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения от 1996 г. прямо указывает, что агрессивное поведение и насилие нуждаются в комплексном изучении. При этом каждая из сфер научного знания (психология, психиатрия, биология, социология, юриспруденция и т. д.) предлагает собственный ракурс рассмотрения природы агрессивного поведения.

По нашему мнению, актуальность изучения феномена человеческой агрессии определяется целым рядом факторов, лежащих далеко за пределами закономерностей функционирования отдельно взятого индивида.

1. На протяжении жизни человечество неизменно сопровождали междоусобные войны, вооруженные конфликты и насильственные преступления. Трудно найти какую-либо социальную, экономическую, религиозную или этническую группу населения, в которой бы отсутствовали те или иные формы насилия и агрессии — от бытового хулиганства до применения тяжелого вооружения. Другими словами, можно говорить о хронификации, повсеместности и разнообразии существующих форм агрессии.

2. Наблюдаемое на фоне научно-технического прогресса совершенствование средств убийства и драматическое усиление средств массового уничтожения ведут к тому, что в руках отдельно взятого человека концентрируются доселе невиданные возможности уничтожения других людей. При этом созданы такие средства массового уничтожения, которые могут нести угрозу планетарного масштаба, т. е. вплоть до угрозы существования человечества. В этой связи от личностных качеств людей, приобщенных к принятию решений и управлению этими средствами массового уничтожения, зависит жизнь несоизмеримо большего количества людей, чем это могло быть ранее.

3. Срыв, деактуализация традиционно существовавших в обществе механизмов контроля агрессии (таких как семейные узы, религиозные традиции, нормы взаимодействия в дворовом пространстве или в сельском поселении). Виной тому, *во-первых*, мощные демографические процессы, происходящие во всем мире, урбанизация и миграция, на фоне которых большое количество людей оказывается оторванным от своих привычных условий существования, т. е. условий, в которых происходил процесс формирования норм социального общежития. При этом процесс разрушения, стирания привычного уклада жизни людей следует рассматривать в том числе и под

призмой растворения тех норм и правил, которые определяли стандарты и границы проявления агрессии и насилия. Важно подчеркнуть, что эти прежние стандарты и границы проявления агрессии были строго регламентированы и соотнесены с этическими, общепринятыми и правовыми постулатами, признаваемыми в социальном пространстве. Во-вторых, в современном обществе констатируется разрушение религиозных и ценностных аспектов контроля агрессии, причем в этом процессе наблюдаются две полярные тенденции. С одной стороны, следует говорить о потере влияния традиционной религиозной догматики (*десекуляризация*) в сознании и поведении современного человека, в то время как, например, Десять Божиих заповедей регулируют не только религиозную, но и гражданскую жизнь, определяя те границы, которые нельзя преступать, не поколебав основ общественной жизни. А с другой стороны, отмечается нарастающая *радикализация* религиозного сознания, наблюдаемая во многих регионах мира. В результате описанных процессов все большее значение приобретает проблема аномии, впервые введенной в научный оборот Э. Дюркеймом для объяснения отклоняющегося поведения и означающей потерю связи индивидуального сознания и групповых ценностей.

Так или иначе, выбор ценностных ориентиров, в том числе и касающихся возможностей и границ применения агрессии, становится преимущественно *индивидуальным* выбором. Кроме того, этот индивидуальный выбор чаще чем ранее детерминируется *ситуационно* (т.е. факторами возникшей ситуации) и зачастую слабо соотнесен с такими надситуационными факторами, как культурные обычаи, традиции родительской семьи и т.д. Средства массовой информации, транслируя множественные альтернативные способы и нормы существования, присущие различным культурам, способны драматично и непредсказуемо осложнять по-добный индивидуальный выбор. Кроме того,

- В годы наивысшего подъёма испанской инквизиции (1420–1498) многие тысячи мужчин, женщин и детей были сожжены заживо на кострах за ересь и другие «преступления» против церкви и государства (цит. по: Бэрн Р., Ричардсон Д., 1997).
- У народностей джебьюси в Папуа-Новой Гвинее на убийства приходится более 30 % смертей среди взрослого населения (Кнафт, 1985; цит. по: Бэрн Р., Ричардсон Д., 1997).
- Почти 43 тыс. убийств за год совершается в Индии, 41 тыс. — в Бразилии, 10 тыс. — в России, 13 тыс. — в Китае, более 14 тыс. — в США (по состоянию на 2011 год, данные UNODC — Управления ООН по наркотикам и преступности).
- Бомбардировки немецкого города Дрездена, осуществленные 13–15 февраля 1945 года военно-воздушными силами Великобритании и США, унесли жизни 25 тыс. человек.
- В результате взрыва в центре Осло и нападения на молодежный лагерь 22 июля 2011 года, осуществленных норвежским националистом Андерсом Брейвиком, погибли 77 человек и 151 были ранены.
- Две атомные бомбы, сброшенные 6 и 9 августа 1945 года на японские города Хиросима и Нагасаки, привели к гибели около 140 тыс. человек в Хиросиме и 74 тыс. человек в Нагасаки (без учета умерших впоследствии от лучевой болезни).

Согласно Э. Дюркейму, аноμία проявляется в виде таких нарушений как:

- расплывчатость, неустойчивость и противоречивость ценностно-нормативных предписаний и ориентаций, в частности расхождение между нормами, определяющими цели деятельности, и нормами, регулирующими средства их достижения;
- низкая степень воздействия социальных норм на индивидов и их слабая эффективность в качестве средства нормативной регуляции поведения;
- частичное или полное отсутствие нормативного регулирования в кризисных, переходных ситуациях, когда прежняя система ценностей разрушена, а новая не сложилась или не утвердилась как общепринятая.

современное интернет-пространство создает анонимное и одновременно безответственное виртуальное пространство, в котором могут проигрываться любые агрессивные фантазии индивида, отражаясь в искаженном «зеркале» (в оценках, похвалах, мнении) приверженцев самых разных морально-ценностных ориентаций.

Следовательно, в современном обществе такие явления, как глобализация, урбанизация, миграция, массмедиа, затрагивают повседневную жизнь большого количества людей, изменяя стереотипы жизненного уклада, меняя само окружение человека и неизбежно привычные нормы взаимодействия с окружением. В настоящий момент общим местом является констатация срыва, трансформация и даже разрушение идеологических, религиозных, морально-этических и ценностных норм, которые традиционно являлись механизмами контроля агрессии.

В современном мире наблюдается разноплановое и разноуровневое разрушение форм контроля агрессивного поведения.

4. Можно говорить также о нарушении в современном обществе не только механизмов контроля агрессии, но и форм канализации агрессии. В традиционных монокультурных или культурно гомогенных сообществах обработка психического напряжения и агрессии осуществлялась в достаточно очерченных формах. Иначе говоря, традиционное общество на протяжении своего существования вырабатывало определенные ритуалы, в которых агрессия могла выражаться в относительно безопасных для участников формах (например рыцарские поединки, кулачные бои, драки стенка на стенку до первой крови и т.д.). С другой стороны, общественная мораль не только позволяла, но и зачастую требовала от человека применение или угрозу при-

менения насилия к лицам, открыто попирающим общепринятое, будь то религиозная догма, форма одежды, норма взаимодействия с представителем противоположного пола или представителем другой возрастной страты. Следствием таких социальных ожиданий являлись, например, дуэли, инквизиторские костры с сожжением «ведьм», требование уступить место пожилому человеку или инвалиду и т. д. Таким образом, агрессивный ритуал оказывался вплетенным в сложную социальную канву жизни сообщества (например, городского поселения, деревни, религиозной общины и т. д.) и обеспечивал баланс конструктивного и деструктивного как на уровне индивидуальной психики, так и на уровне группы.

Драка стенка на стенку позволяет:

- отрабатывать, т. е. периодически сбрасывать накопленное негативное напряжение;
- дифференцировать собственное окружение по степени социально значимого качества, например такого, как храбрость;
- формировать индивидуальные ролевые позиции, исходя из групповых требований;
- тренировать навыки полного торможения своего агрессивного действия и/или синхронизации его с действиями других.

Таким образом, в современном постиндустриальном обществе явно измененным оказался баланс агрессивности и форм ее контроля. В связи с этим важной социальной задачей является поиск новых механизмов, обеспечивающих восстановление утраченного равновесия. Указанное определяет актуальность проблемы усиления и создания мер контроля агрессии, среди которых важное значение приобретают не только социальные, политические, но и психологические факторы, требующие понимания и учёта закономерностей индивидуальной и групповой агрессии.

11.2. Термин «агрессия» и подходы к его определению

Термин «агрессия» является сложным вариативным понятием, распространенным во многих научных дисциплинах. Вопрос о существовании единого и общепринятого термина «агрессия» не получил однозначного решения среди ученых-исследователей, и определение его является крайне сложной задачей. В практической области дела обстоят похожим образом. Отметим: каждый человек использует слова «агрессия», «агрессивный», «агрессор», подразумевая различные значения. Достаточно вспомнить словосочетания «агрессивная реклама», «агрессивная среда», «агрессивный метод ведения торговли», «агрессивный руководитель» и другие примеры подобных словосочетаний, чтобы понять, каким широким и сложным является использование данного термина.

Первоначально термин «агрессия» происходит от латинского «ag-gressio» и переводится как «нападение», «приступ». Термин «агрессия» в английском языке имеет схожее значение — «нападение», а во французском языке «agression» — «нападение», «посягательство с применением насилия». В политике агрессией обозначается неправомерное посягательство одного государства на территорию или политику другого. Под прямой агрессией принято также понимать вооруженные действия военных формирований, включающие уничтожение имущества или живых людей.

В психологии с понятием агрессии связан ряд терминологических сложностей. Как уже упоминалось, исследователи расходятся в подходах к определению агрессии. Соответственно, возникает путаница с пониманием того, агрессивен ли тот или иной поступок. Например, совершает ли агрессию человек, замахивающийся на другого человека ножом. Естественно, нам хочется ответить утвердительно. Скорее всего, мы не изменим своей точки зрения даже в том случае, если наш герой не нанес сопернику физического урона, хотя здесь уже могут начаться разногласия — один из подходов предполагает прямую связь между агрессией и нанесенным другому человеку (только ли человеку?) вредом. Но и в этом подходе существуют разногласия: является ли агрессией нанесение только физического вреда, или психологический вред также может быть принят во внимание? С другой стороны, что если человек с ножом всего лишь защищался? Перестанет ли его поступок быть агрессивным, если он хотел спасти себя от нападения, реального или воображаемого? Важно ли желание нанести вред или только одни последствия? Множество вопросов, на которые трудно найти ответы.

Наиболее простым является *путь определения агрессии через последствия агрессивного поведения*. Данную мысль высказал в своей работе Д. Зильманн, определивший агрессию как «нанесение другим телесных или физических повреждений» (см.: Бэрон Р., Ричардсон Д., 2000). Следуя этому определению, можно легко понять, является ли поведение человека агрессивным или нет. Однако данное определение не учитывает ситуации, когда жертва не получила физических повреждений. С этой точки зрения глумление, унижение и оскорбление не являются примерами агрессивного поведения, а вот стоматолог, вырывающий у больного воспаленный зуб, совершает акт агрессии.

В другом определении, сформулированном А. Бассом, агрессия понимается как «любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб

Таблица 11.1. Типы агрессии

Вид агрессии	Тип агрессии	Пример поведения
Физическая	Активная прямая	Избиение человека, нанесение ему телесных повреждений с помощью холодного или огнестрельного оружия
	Активная непрямая	Подготовка ловушек, обращение к сторонним людям с просьбой нанести человеку телесные повреждения или убить его
	Пассивная прямая	Преграждение пути собственным телом, создание, таким образом, помехи для достижения человеком цели
	Пассивная непрямая	Отказ от выполнения требования освободить дорогу
Вербальная	Активная прямая	Словесное оскорбление или унижение человека
	Активная непрямая	Распространение слухов и сплетен о другом человеке
	Пассивная прямая	Отказ разговаривать с человеком, игнорирование его
	Пассивная непрямая	Умалчивание каких-либо сведений или фактов, которые могли бы помочь человеку в достижении его цели

другим» (см.: Бэрон Р., Ричардсон Д., 2000). Здесь ущерб не дифференцируется, и под ним можно понимать как физический, так и психологический вред, нанесенный жертве. Кроме того, это определение учитывает возможность угрозы нанесения ущерба и также классифицирует подобное поведение как агрессивное. К несчастью, многие врачи, согласно данному определению, по-прежнему остаются агрессивными типами. Для того чтобы классифицировать все возможные способы нанесения ущерба жертве, Басс предлагает оценивать каждое агрессивное действие через три переменные: физическая агрессия или вербальная, активная или пассивная, прямая или непрямая. Используя эти параметры, А. Басс выделяет восемь категорий агрессивного поведения (табл. 11.1).

Определение агрессии, предложенное Бассом, напрямую подводит нас к *интенциональному подходу* в понимании агрессии.

Сторонники данного подхода, такие как С. Фишбах и Л. Берковиц (Берковиц Л., 2001), определяли поведение как агрессивное лишь в том случае, когда оно включало в себя сознательное намерение действующего лица причинить физический или психологический вред. С одной стороны, такое понимание позволяет отличить агрессию от несчастного случая или стремления помочь человеку. С другой стороны, критики данного подхода справедливо отмечают, что определить наличие или отсутствие намерения причинить вред непросто, и это делает данный подход неудобным в практических областях социальной психологии и юриспруденции. Несмотря на это, определение агрессии через намерение причинить вред остается на сегодняшний день одним из наиболее распространенных и широко используемых в современной психологической литературе.

Р. Бэрн и Д. Ричардсон (2000) в своей книге, посвященной агрессии, выделяют несколько критериев, при наличии которых предлагают считать поведение агрессивным. Во-первых, авторы утверждают, что об агрессии следует говорить только в том случае, когда можно соотнести ее с конкретным поведением. Наличие или отсутствие гнева определить достаточно сложно, по этой причине, согласно мнению авторов, невозможно говорить о том, что человек агрессивен, если он разгневан, но никак не проявляет свой гнев. Далее Бэрн и Ричардсон предлагают включить в общее определение агрессии наличие намерения нанести вред. Понимая, что это делает ее определение менее однозначным и усложняет определение наличия агрессии в каждом конкретном случае, они все же находят это необходимым, чтобы вынести из поля агрессии действия, направленные на помощь индивиду, но требующие агрессии, такие как действия хирурга или спортивного тренера. Авторы также предлагают считать агрессией только поведение, приводящее к нанесению жертве какого-либо ущерба. На основе перечисленных критериев Бэрн и Ричардсон предлагают свое определение агрессии: «Агрессия — это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» (Бэрн Р., Ричардсон Д., 2000). Авторы подчеркивают, что это определение разработано для практической работы в области изучения агрессивного поведения, его причин и методов превенции.

Данные критерии действительно облегчают понимание того, является ли агрессивным то или иное конкретное действие, однако здесь мы напрямую подходим к более глубокому противоречию: какая сфера ответственна за причины агрессивного поведения человека — когнитивная, аффективная или поведенческая? Забегая вперед, необходимо отметить, что различные подходы соответственно по-разному отвечают на этот вопрос. Так, интенциональный подход утверждает, что в основе каждого агрессивного поступка лежит мотив, необязательно осознанный. Иными словами, совершая агрессивные действия, мы преследуем личную выгоду даже в том случае, если не осознаем истинные мотивы своих поступков. Предположение, что мысль является первичной в формировании агрессивного паттерна, подтверждает эксперимент, в ходе которого студентов попросили написать эссе в защиту наказания. При этом студенты из контрольной группы писали эссе о холодной погоде и снеге. На последующем этапе исследователи наблюдали более интенсивные агрессивные действия у представителей экспериментальной группы (Налчаджян А., 2007).

Теория фрустрации-агрессии, сформулированная Н. Миллером и Д. Доллардом, предполагает, что в основе агрессивных действий лежит естественная реакция психики на состояние нервно-психического напряжения. Наконец, А. Бандура на примере проведенных им экспериментов с куклой Бобо продемонстрировал, что агрессия начинается с поведенческого акта (Бандура А., 2000). Дети, не испытывавшие гнева, отвращения или презрения, наблюдали за агрессивным поведением и, когда им представилась возможность, сами его продемонстрировали. Вероятно, в процессе совершения агрессивных действий у них возникало чувство гнева или ярости, но в данном случае оно не являлось первоисточником агрессии.

11.3. Связанные термины

Рассмотрим ряд терминов, связанных с данным феноменом. Сложно представить агрессивное поведение в отсутствие объекта агрессии. *Объектом агрессии* принято считать вещь, животное, человека или группу людей, против которых направлены агрессивные действия. В отношении одушевленных объектов агрессии принято употреблять термин «жертва».

Под *субъектом агрессии*, или агрессором, в психологии понимают источник агрессивного действия. При этом сторонники интенционального подхода оговаривают, что человек, совершающий насилие не по собственному желанию, не является истинным субъектом агрессии. Кроме того, отдельным и трудным примером агрессивных действий является *аутоагрессия*, когда субъект и объект агрессивных действий совпадают. В этом случае причины проявления агрессии становятся сильнее инстинкта самосохранения. Сложность здесь состоит в том, что человек сам едва ли может способствовать предотвращению систематического аутоагрессивного поведения и, соответственно, не способен справиться с этим без посторонней помощи.

Термин «агрессивность» используется как обозначение черты личности или характеристики социальной группы. Так, агрессивный человек чаще склонен демонстрировать агрессивное поведение или по крайней мере тратить силы на подавление агрессивных намерений, чтобы они не реализовывались в действиях. Агрессивная социальная группа характеризуется социальными нормами и внутренней культурой, не препятствующей (или даже провоцирующей) проявлению агрессии как в контексте межгрупповых отношений, так и при распределении внутригрупповых ролей. Например, в молодежных экстремистских националистических группировках более высокое положение часто занимают члены, чаще других участвующие в нападениях и публичных акциях насилия. При этом личностная агрессивность является необходимым фактором успешности существования в данных сообществах подобно тому, как это распространено в сообществах животных хищников.

При анализе агрессивного действия агрессор и жертва образуют так называемую диаду агрессивности, для которой справедливы законы позитивного сопряжения. Иными словами, жертва способна своим поведением или внешностью спровоцировать потенциального агрессора на насилие. На этом подходе основан принцип виктимности, подтверждаемый, в частности, анализом количества сексуальных преступлений, совершаемых в отношении девушек с диагнозом шизофрении. Возможно, не в полной мере осознавая социальный контекст ситуации, эти девушки не проявляли осторожности, когда она требовалась, поощряя, таким образом, преступников.

С другой стороны, вероятность проявления агрессии возрастает при наличии стрессоров и фрустраторов. Стрессорами являются стимулы, вызывающие рост напряжения и тревоги. Необходимо отметить, что наряду с индивидуальными стрессорами существуют и стрессоры, культурно обусловленные. Так, присутствие в ситуации холодного или огнестрельного оружия статистически достоверно повышает вероятность совершения не только тяжкого преступления, но и акта агрессии в принципе. Символы и возбудители агрессии — это кровь, оружие, кричащие люди, сильное

сексуальное возбуждение, наркотики, алкоголь и другие психоактивные вещества. Фрустраторы также приводят к повышению вероятности проявления агрессии. Они представляют собой препятствия, воспринимаемые индивидом на пути к собственной цели. Разочарование является эмоциональным выражением фрустрации.

Эмпирические данные свидетельствуют о положительной корреляции агрессивности с тревожностью, креативностью и личной привязанностью. Агрессивная личность более склонна к глубоким привязанностям, чувствительна к психологическим стимуляторам и психоактивным веществам. Эмпатия и агрессия связаны отрицательно. Агрессивные люди часто страдают сенсорным и сексуальным голодом. Способствует проявлению агрессии наличие поблизости агрессивно настроенных людей.

Прежде чем перейти к рассмотрению различных теорий в отношении причин агрессивного поведения, необходимо отметить, что агрессия, как и любой другой психологический феномен, не может характеризоваться положительной или отрицательной оценкой. К сожалению, на практике мы часто сталкиваемся с негативным отношением к агрессии и агрессивности. Это бывает оправданно, однако не стоит забывать, что агрессивность является одним из важнейших качеств, обеспечивающих выживание и преуспевание многих биологических видов. Как мы уже упоминали, агрессивность положительно коррелирует с креативностью и склонностью к личностным привязанностям. Настойчивость и упорство ценятся в спорте, бизнесе и уходе за девушками. Таким образом, при всех негативных последствиях агрессивного поведения, практической задачей психологии агрессии не может являться снижение агрессивности у всех индивидов. Вместо этого разумнее искать более приемлемые формы выражения агрессивных импульсов и защиты общества от неконтролируемых проявлений насилия, жестокости и вандализма.

11.4. Теории агрессии

На протяжении всего времени изучения агрессии выдвигались различные версии относительно ее природы. Причем расхождения между различными теориями могли быть как в частных деталях, так и в основополагающих предпосылках, на которых строится объяснение феномена агрессии. Так Т. Аронсон, Т. Уилсон и Р. Эйкерт в своей книге «Психологические законы поведения человека в социуме» (Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р., 2004) считают основополагающим вопросом, является ли агрессия врожденным или приобретенным свойством живого организма.

Впервые этот вопрос поднимался в философии. Так, можно вспомнить точку зрения английского философа Томаса Гоббса, который полагал, что внутри каждого человека живет дикое, разрушающее начало, которое можно обуздать только с помощью закона и общественного порядка. С другой стороны, Жан-Жак Руссо полагал, что в благоприятной среде каждый человек является существом по натуре добрым, и только ограничения внешней среды вызывают в нас агрессию и враждебность. Альтернативным решением этого вопроса является *теоретическое направление*, предполагающее, что агрессия может являться врожденным свойством человека, но не всем

она присуща. Впервые об этом упоминал Платон в своей работе «Государство». Он считал, что люди, склонные к агрессии, должны составить отдельный класс общества, функция которого будет в реализации собственного агрессивного потенциала на благо общества. Этот класс он назвал «воины». При этом два других класса, земледельцы и философы, по мнению Платона, агрессией не обладали и, следовательно, не могли участвовать в войнах или следить за порядком в государстве. В современном обществе об этой позиции напоминают характерные стереотипы в отношении спортсменов и профессиональных военных. Мы же помним шутки в отношении дня воздушно-десантных войск или предложение не ухаживать за девушкой, если ее молодой человек — боксер.

По-настоящему острым вопрос о врожденной или приобретенной природе агрессии стал в период развития *экспериментального подхода* в гуманитарных науках. Одним из первых за исследование феномена агрессии у животных с использованием экспериментального подхода взялся китайский биолог Зинг Янг Куо. Исследователь попытался доказать, что модели поведения, которые традиционно считаются доказательствами врожденной агрессивности у животных, являются приобретенными. Он предположил, что если агрессия кота в отношении крыс и мышей является врожденной агрессией, то даже выросший в компании крыс котенок будет атаковать своих соседей при достижении определенного возраста. На деле оказалось, что выросший котенок не только не нападал на крыс, с которыми вырос, но также нейтрально относился к чужим крысам, подсаживаемым к нему в клетку. Таким образом, З. Я. Куо сделал вывод, что агрессия животных является приобретенной.

Однако выводы коллеги опроверг немецкий этолог Иренаус Эйбл-Эйбесфельдт. Ученый поставил эксперимент на крысах, вырастив несколько особей в изоляции от сородичей. Когда по истечении нескольких лет этолог познакомил крыс между собой, они стали демонстрировать проявления агрессии друг другу, как и их сородичи, выросшие в сообществе себе подобных. На основании этого эксперимента И. Эйбл-Эйбесфельдт делает вывод, что модели агрессивного поведения могут быть врожденными, хотя это и не доказывает, что врожденным является сам агрессивный импульс. В эксперименте немецкого этолога стимулом к проявлению агрессии выступали сородичи, появившиеся в поле зрения, однако если бы крыса так и прожила до конца жизни в изоляции, демонстрировала бы она агрессивное поведение? В отношении людей справедливо другое правило: если человек воспитывался в отрыве от влияния цивилизации («феномен Маугли»), степень агрессии его повседневных действий будет выше. Это объясняется тем, что у такого человека не будут воспитаны культурно обусловленные ингибиторы агрессивного поведения, позволяющие нам с вами сдерживать агрессивные импульсы ежедневно (Налчаджян А., 2007).

Конрад Лоренц, австрийский ученый, основоположник этологии, посвятивший многие годы наблюдению за агрессивными проявлениями у разных животных, считал потребность в агрессии врожденной. В качестве доказательства он описывает поведение цихлид, тропических рыб с явно выраженным комплексом агрессивного поведения. В нормальных условиях самец цихлиды нападает только на самцов своего вида, чтобы захватить или отстоять территорию, однако если изолировать самца от

привычного объекта агрессии, например переселить в аквариум с рыбами других видов, он будет искать себе новый объект для выражения агрессивного поведения. В начале таким объектом становится самец другого вида, наиболее похожий по размерам и окрасу на цихлиду, затем самец любого другого вида и, если других объектов для агрессии не останется, самец цихлиды в конце концов начнет нападать на своих собственных самок (Лоренц К., 2009).

Развивая дискуссию о происхождении и природе агрессии, мы неизбежно столкнемся с вопросом о возможности контроля проявлений агрессии со стороны человека. Каждая теория агрессии (а их великое множество) по-своему отвечает на него. Здесь мы затронем лишь некоторые, наиболее характерные из них, хотя каждое новое исследование и теория вносят свой вклад в понимание данного психологического феномена. Одну из наиболее полных классификаций подходов к изучению агрессии можно найти в статье С. Д. Гуриевой «Межэтнические отношения: этнический фактор в межгрупповых отношениях» (Гуриева С. Д., 2008).

Этологический подход. Изучая феномен агрессии и агрессивного поведения нельзя обойти стороной тот факт, что подобное поведение присуще не только человеку. С точки зрения биологии *homo sapiens*, напротив, унаследовал подобное поведение от предшествовавших биологических видов. Этология — наука, изучающая врожденное поведение — предлагает искать корни агрессивного поведения в функциях, которые агрессия реализовывает. Конрад Лоренц предположил, что *агрессия* в поведении рыб, птиц и млекопитающих *служит для двух целей: межвидовая* — для защиты вида от опасных хищников и добычи пропитания, *внутривидовая* — для обеспечения отбора наиболее жизнеспособных особей. Рассмотрим эти функции по очереди.

Изучая различные модели поведения животных, К. Лоренц пришел к выводу, что первоначальной функцией агрессии являлась защита собственного вида и добыча себе пропитания. При этом уже на этом этапе Лоренц говорил о *подразделении агрессии на инструментальную и защитную*. Примером первого вида является поведение хищника, добывающего себе еду. При наблюдении за подобным поведением животных можно отметить характерные черты, свойственные также инструментальной агрессии человека: расчетливость, терпеливость, точность. Так, тигрица в ходе эволюции освоила способ убийства буйвола, при котором ей хватает одного укуса, чтобы свалить животное, крупнее и тяжелее ее самой. В такой ситуации любая ошибка означает смерть для охотника, поэтому данный паттерн отточен до автоматизма и точно воспроизводится в каждой подобной ситуации. Однако если понаблюдать за тем, как лев или львица защищает свою добычу от шакалов или других хищников, мы не увидим четкой последовательности действий. В данной ситуации охотник реагирует на поведение противника — это защитная агрессия, поведение при которой зависит от поведения атакующего животного. Работы Лоренца критиковали, поскольку, если его предположение об эволюционной природе агрессии верно, то агрессивностью должны были бы обладать только хищники и животные, способные к агрессивной защите собственного вида, в то время как травоядные, в большинстве случаев спасающиеся от опасности бегством, должны были оставаться животными, не обладающими

агрессивным инстинктом. В ответ на это замечание австрийский этолог приводит в пример моббинг — явление, при котором травоядные животные, обычно загнанные в угол, объединяются и нападают на хищника. Для последнего это, как правило, заканчивается смертью, если только он не успел вовремя отступить. Далее, через серию наблюдений за разными видами животных Лоренц показал, что в каждой конкретной ситуации каждое животное решает для себя дилемму, выражающуюся словами: бей или беги. Так, тигр, столкнувшийся с непривычным для себя поведением со стороны жертвы, предпочитает отступить и поискать себе другую добычу, нежели проверять: опасно ли для него новое поведение. Именно это свойство, вовремя изменить агрессивное поведение на бегство, позволяет хищнику избежать столкновения с крупной группой травоядных или более опасным хищником. Таким образом, Конрад Лоренц убедительно доказывает, что межвидовая агрессия служит для защиты своей жизни и сохранения собственного вида, а также для добычи пищи хищниками.

Обращаясь к изучению *внутривидовой агрессии*, К. Лоренц, в первую очередь, обращает внимание на явление переноса агрессии на ранее нейтральные особи. Иными словами, животное, неспособное реализовать свой агрессивный импульс по отношению к особи, которая его вызывает, будет искать другие объекты для его реализации. Этот механизм, играющий важную роль во внутривидовой агрессии животных, мог стать основой для трансформации межвидовой агрессии во внутривидовую. По мнению Лоренца, внутривидовая агрессия выполняет важнейшие функции: с помощью агрессивного поведения обеспечивается отбор наиболее жизнеспособных особей, лежащий в основе естественного отбора, описанного Чарльзом Дарвиным; агрессия является механизмом установления иерархии и социального порядка в популяции; внутривидовая агрессия спровоцировала развитие ингибиторов агрессивного поведения, предназначенных для сохранения от уничтожения наиболее слабых особей популяции. Лоренц предполагает, что эти примитивные формы торможения агрессивного импульса лежат в основе норм морали и нравственности, развившихся в человеческом обществе.

Предположение о роли внутривидовой агрессии в установлении иерархии подтверждается как с помощью наблюдений, так и в ходе многочисленных экспериментов. Так, французский биолог Дидье Дезор поставил эксперимент на крысах. Шесть особей были помещены в клетку, которая была соединена с кормушкой бассейном. Для того чтобы добыть еду, крысам было необходимо переплыть бассейн. Изначально целью эксперимента было установить умение крыс плавать, однако полученные результаты превзошли все ожидания экспериментатора. Изучив условия, крысы начали драться между собой. Выяснение отношений продолжалось несколько часов, после чего в клетке была установлена жесткая иерархия, которая не нарушалась до самого окончания эксперимента: две крысы стали своеобразными вожаками; другие две крысы плавали за едой, чтобы кормить вожаков; одна крыса плавала за едой, но съедала ее сама; наконец, одна крыса за едой не плавала, ела последней оставшиеся крошки. Далее агрессия перешла в символические действия, направленные на поддержание сложившейся иерархии. Например, вожаки прикусывали за ухо или били лапами крыс, приплывавших с едой. Приплывшие с едой крысы отгоняли «козла

отпущения», крысу, которая последней ела крошки. Свободный пловец постоянно отбивался от сородичей, демонстрируя право свою еду есть самостоятельно. Этот эксперимент наглядно демонстрирует, как внутривидовая агрессия способствует поддержанию иерархии в популяции.

Этологический подход раскрывает огромные возможности для эмпирического изучения агрессивного поведения животных. Анализ внутривидовой и межвидовой агрессии позволяет проследить аналогии и установить причины некоторых закономерностей в человеческом обществе. К сожалению, или к счастью, во множестве случаев мы ведем себя согласно правилам, усвоенным нами задолго до того, как мы стали цивилизованным сообществом.

В рамках *психоаналитического подхода* проблеме агрессии уделяется большое внимание. В своих работах Зигмунд Фрейд отдельно рассматривал индивидуальную и групповую агрессию, причем индивидуальная, как считал основоположник психоанализа, является динамическим источником для более инструментальной межгрупповой агрессии.

С точки зрения Фрейда, агрессия является результатом постоянно действующего конфликта в структуре личности человека. Иными словами, Фрейд также придерживался мнения, что агрессия является врожденной функцией человеческого вида, однако причины ее трактовал иначе, нежели представители этологического подхода. Согласно предположениям Фрейда, агрессия служит энергетической составляющей человеческой жизни и может быть направлена как на конструктивные, так и на деструктивные, разрушительные цели. Это соотносится с распространенным на сегодняшний день пониманием агрессивного поведения, в равной степени опасного и необходимого в широком спектре ситуаций.

Говоря о социальном аспекте агрессивного поведения, Зигмунд Фрейд обращал внимание на те преимущества, которые группа приобретает от реализации собственной межгрупповой агрессии. В первую очередь это сплочение членов группы через усилие идентификации с данной группой. Если представлять динамику этого процесса, то индивидуальная энергия каждого члена группы становится частью общего потока, направленного против общего врага. Таким образом, обеспечивается четкое представление: «они» — враги данной группы, от которой неизбежно усиливается четкость социального представления и ощущения «мы».

Один из наиболее важных выводов психодинамического подхода к изучению агрессии заключается в *позитивном эффекте от реализации агрессивного импульса*. Иными словами, чрезмерное сдерживание агрессии внутри себя является разрушительным как для личности в целом, так и для микросоциума, членом которого она является. В настоящее время мы часто сталкиваемся с проявлениями чрезвычайной жестокости со стороны людей, которых никто бы не мог заподозрить в склонности к агрессии. Возможно, отсутствие приемлемых способов выражения накапливаемого внутри напряжения в данных случаях приводило к нарушению всех морально-нравственных границ и разрядке с проявлением крайней степени насилия.

Т. Адорно, И. Брунвик и Д. Левинсон в своей работе «Исследование авторитарной личности» выдвинули предположение о существовании *«синдрома автори-*

тарной личности». Основными признаками этого синдрома они назвали: привычку к механическому подчинению правилам, косность и стереотипность мышления, агрессивность, цинизм, снобизм и ханжество, озлобленность по отношению к окружающим, ощущение собственного превосходства. По мнению авторов концепции, люди, обладающие синдромом авторитарной личности, склонны к проявлению прямой и латентной агрессии по отношению к другим людям. В группе авторитарная личность обладает повышенным внутригрупповым фаворитизмом. Такой человек склонен использовать распространенные стереотипы, слухи и наговоры для возбуждения недоверия и агрессии по отношению к другим группам, которые могли бы оспаривать превосходство собственной. В своих исследованиях, посвященных психологии власти, Адорно предполагает, что синдром авторитарной личности может развиваться на основе гипертрофированной потребности во власти и контроле, которая, в свою очередь, является результатом широко распространенной в обществе потребности в самосовершенствовании и самоутверждении (Адорно Т., 2001). Иными словами, критериями собственной социальной успешности у авторитарной личности являются подчинение окружающих и возможность однонаправленного контроля над ситуацией. В качестве способов достижения этого вида успеха избираются насилие, прямая и косвенная агрессия, манипулятивное и захватническое поведение.

В своей статье, посвященной связи самооотношения и агрессии, Р.Ф. Баумейстер и его коллеги отметили, что наряду с традиционным пониманием низкой самооценки как причины агрессивного поведения, нельзя забывать, что завышенная самооценка также способна вызывать жестокость и насилие. Они полагали, что личность, воспринимая себя как человека со сверхвозможностями, склонна чаще демонстрировать агрессивное поведение, поскольку различные обстоятельства и другие люди могут поставить под сомнение выдающиеся способности. Иными словами, завышенное отношение к себе поднимает планку соответствия, и индивид испытывает больше напряжения, стремясь не упасть в собственных глазах (Baumeister R. F., Smart L., Boden J.M., 1996). Это предположение частично подтверждают эксперименты французских биологов, которые обнаружили, что наибольшее напряжение в крысиной стае испытывает ее вожак. Возможно, эти данные помогут объединить теории, связывающие причины агрессии с чертами личности и биохимическое происхождение насильственного поведения. В отличие от психоаналитического подхода, Т. Адорно и его последователи предполагают, что агрессивные интенции в большей степени концентрируются в узком кругу людей, обладающих характерными психологическими особенностями. Психологи-практики действительно могут подтвердить, что некоторые агрессивные паттерны характерны для людей, обладающих определенными психологическими особенностями. На этих предпосылках, например, построена парадигма составления психологического портрета преступника в криминалистике. Однако можем ли мы говорить об определенной агрессивной личности в широком понимании термина «агрессия»? Вероятнее всего, это направление требует большей детализации признаков и проявлений агрессии, нежели собирательного образа, предложенного Адорно.

Одной из наиболее популярных теорий агрессии является уже упомянутая нами теория *фрустрации-агрессии*. Данная теория была сформулирована Джоном Доллардом и его коллегами в 1939 г. и сразу же получила широкое распространение как в научных кругах, так и среди неспециалистов (Dollard J. et al., 1939). Основывается данная теория на двух положениях:

- 1) фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме;
- 2) агрессия всегда является результатом фрустрации.

Исходя из этих тезисов, авторы полагали, что в каждом случае проявления агрессии необходимо искать фрустрацию, воздействовавшую на агрессора и породившую агрессивный импульс. С другой стороны, предсказывая состояние фрустрации у того или иного индивида, возможно принять превентивные меры, чтобы его агрессивная реакция не имела разрушительных последствий.

На раннем этапе своего развития теория фрустрации-агрессии была сформулирована предельно четко и не содержала исключений. Во второй половине XX века теория фрустрации-агрессии была раскритикована и переформулирована с учетом результатов новых исследований. Леонард Берковиц в 60-х годах XX века описывает множество случаев, когда фрустрация приводила к апатии, отчаянию, депрессии, но не сопровождалась агрессивным поведением. Это поставило под сомнение основной тезис теории Дж. Долларда и потребовало изменения самой теории. Одним из первых это попытался сделать Дж. Миллер. Он уточнил, что фрустрация вызывает широкий спектр поведенческих реакций, одной из которых является агрессия. С другой стороны, агрессия может быть вызвана рядом факторов, и фрустрация является лишь одним из них. Подобное понимание взаимосвязи фрустрации и агрессии, хоть и не является однозначным и простым, в большей мере отражает реальную действительность.

В первой формулировке теории фрустрации-агрессии помимо двух основополагающих тезисов были также уточнения, сформулированные и описанные Дж. Доллардом и его коллегами. Авторы теории утверждали, что на степень агрессивности поведения влияют три фактора ситуации: насколько блокированная цель являлась желанной; насколько велико препятствие на пути к цели; наложение одной фрустрации на другую.

В ответ на критику своей однозначной модели Доллард и соавторы предположили, что в отдельных случаях агрессивный ответ на фрустрацию может быть блокирован вследствие страха негативных последствий. В этом случае агрессивный импульс не исчезает. Индивид неосознанно ищет другой выход для своей агрессии и может напасть на объект, никак не причастный к источнику фрустрации. Джордж Миллер предположил, что выбор объекта для смещенной агрессии будет обусловлен субъективным сходством между новым объектом и недоступным источником фрустрации. Этот тезис, выдвинутый Миллером на основе его экспериментов с животными, лег в основу эмпирических исследований многих авторов и использовался Леонардом Берковицем в его *теории относительной депривации*.

Л. Берковиц (2001) принимал активное участие в разработке теории фрустрации-агрессии, которая до сих пор служит одним из наиболее популярных объяснений происхождения агрессивного поведения у человека. Однако в процессе работы над идеей Долларда и коллег он обнаружил эмпирические доказательства того, что фрустрация является только одной из причин агрессивного поведения. В частности, в ходе проведения серии экспериментов Л. Берковиц доказал, что негативные для индивида стимулы увеличивают вероятность проявления им агрессии. Можно предположить, что наличие аверсивного стимула также является для индивида фрустрацией. В таком случае вывод Берковица является лишь подтверждением тезиса Миллера о том, что наличие нескольких фрустрирующих обстоятельств увеличивает вероятность агрессивного поведения. В своей книге «Агрессия: причины, последствия и контроль» Л. Берковиц соглашается с выводами Миллера, но не считает их исчерпывающими (Берковиц Л., 2001). По мнению автора, фрустрация и аверсивные стимулы побуждают к демонстрации одного из двух видов поведения: бегство или агрессия. В аффективном плане эти варианты поведения сопровождаются эмоциями страха или гнева. Заметим, что здесь звучат выводы этологического подхода. Это показывает, что различные ученые в своих теориях стремятся объединить имеющиеся данные и включить в свою работу наработки предыдущих исследователей.

Берковиц отмечает, что часто страх становится причиной агрессивного поведения. Это происходит в том случае, когда индивид предпочитает спастись от ситуации бегством, но считает это невозможным. Он как бы загнан в угол и защищается, не видя других вариантов поведения. В выборе того или иного пути совладания с фрустрацией, по мнению автора, большую роль играют воспитание и внутренняя предрасположенность к проявлению агрессии. Также в работе Берковица отдельное внимание уделяется объектам, присутствие которых увеличивает вероятность проявления агрессии со стороны человека. Такими стимулами могут стать оружие, бейсбольные биты, фотографии травмированных людей, кровь и др. В конце XX — начале XXI века большое внимание было уделено влиянию на степень агрессии фильмов, содержащих откровенные постельные сцены или сцены насилия. В ряде исследований было показано, что передачи и кинофильмы подобного содержания увеличивают вероятность проявления зрителем агрессии. Также нельзя обойти вниманием тот факт, что у каждого человека набор объектов, способствующих проявлению агрессии, индивидуален и формируется на основе личного жизненного опыта, как убедительно доказывает Альберт Бандура в своей теории социального научения (Бандура А., 2000).

Косвенным свидетельством в пользу *теории относительной депривации* могут служить результаты исследования, проведенного Терри Робертсом и его коллегами в январе 2012 года (Bucks R. S., Daffern M., Robertson T., 2012). Согласно полученным ими данным, агрессивное поведение присуще людям, которые склонны избегать или подавлять отрицательные эмоции. В случае, когда люди, использующие подобные стратегии, сталкиваются с угрозой дискомфорта и отрицательных эмоций, вероятно применение ими самых крайних форм агрессии, направленных на избегание нежелательной ситуации.

Рассмотренные до этого теории обращались к внутренним причинам, побуждающим человека проявлять агрессию по отношению к окружающим или самому себе. *Теория коммуникативных актов* Теодора Ньюкома отличается тем, что причина того или иного отношения индивида к окружающим приписывается социальной сети отношений, в которой существует человек. Таким образом, *фокус рассмотрения переносится* от внутреннего мира конкретного индивида к *социальным связям*, которые он поддерживает. Теория Теодора Ньюкома базируется на его концепции, направленной на объяснение существования основных социально психологических феноменов, за счет которых формируется общество. Ньюком полагал, что социальные нормы — это форма договора относительно объекта или явления, которое представляет интерес для более чем одного человека. В целях сохранения порядка и превенции агрессии внутри сообщества люди научились договариваться между собой о поведении в конкурентных ситуациях. Таким образом, Ньюком развивал теорию, согласно которой первые государства возникли вследствие договора между людьми о совместной защите и добывании пищи. Нормы, следовательно, представляют собой договоры меньшего масштаба для каждого конкретного случая (см.: Андреева Г. М., 1999).

Социальная установка, по мнению Ньюкома, представляет собой готовность воспринимать и действовать определенным образом в отношении определенных объектов, иными словами, готовность действовать в соответствии с принимаемыми данным индивидом социальными нормами, однако остается вопрос: как формируется социальная установка в отношении объектов и ситуаций при отсутствии строгой социальной нормы? Ответом на этот вопрос и стала теория коммуникативных актов.

В своих работах Т. Ньюком развивал идею структурного баланса Фрица Хайдера (см.: Там же). По мнению австрийско-американского психолога, человек стремится к целостному, непротиворечивому восприятию окружающего мира. Возникающие в его когнитивном пространстве противоречия индивид пытается разрешить через поиск новой информации или изменение собственных социальных установок с учетом новой, конфликтующей информации. Ньюком перенес применение этого тезиса с интра- на интерперсональную область. Согласно его точке зрения, человек также стремится существовать в согласии с людьми, к которым он относится положительно. Для этого индивид соотносит свои представления об окружающем мире с представлениями близких для него людей. Смысл этого предположения выражается в известной поговорке «Друг моего друга — мой друг». Ньюком предположил, что наряду с этим тезисом будут справедливы также правила «Враг моего друга — мой враг» и «Враг моего врага — мой друг». На основе этой системы правил, согласно предположению автора, строится взаимодействие человека с окружающим миром, выработка новых социальных норм и правил малых групп.

Недостатком теории Теодора Ньюкома является тот факт, что автор не выходил в своей работе за рамки рассмотрения отношений в триаде. Ньюком не касался вопроса, как будет строиться когнитивная схема при наличии противоречия в оценках близких людей ранее нейтрального для индивида объекта. Можно предположить, что здесь будет играть роль степень доверия и близости каждого конкретного источника,

однако уже при добавлении к схеме четвертого элемента она существенно усложняется и перестает быть простой в использовании. И все же *глубокое изучение влияния социального контекста на индивидуальную агрессивность является новым и важным направлением изучения психологии агрессии.*

Отдельное место в изучении когнийций человека занимают *исследования, посвященные пониманию справедливости.* Мелвин Лернер обозначил веру в справедливость как ни на чем не основанное, следовательно, иррациональное убеждение (Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р., 2004). Эмпирически установлено, что люди, верящие в справедливость, склонны совершать действия, направленные на то, чтобы умиловить высшие силы. Ф. Зимбардо Ф. и Дж. Бойд в своей книге «Парадокс времени» (Бойд Дж., Зимбардо Ф., 2010) отметили, что большинство религиозных течений строится на идее высшей справедливости. Это позволяет объяснить необходимость совершения определенных действий и ритуалов, которые в противном случае были бы бессмысленными. Вера в высшую справедливость и приверженность к справедливости отличны по своим проявлениям. Если первый случай действительно можно обозначить как иррациональное убеждение, поскольку человек может только фантазировать, по каким причинам с ним происходит то или иное событие, то второй является проявлением морального развития личности, описанного, в частности, Лоренсом Колбергом в его *концепции морально-нравственного развития* (см.: Андреева Г. М., 1999).

В своей статье «Природа асоциальных установок» (1979) Д. Арзуманян показывает, что когнитивная установка допустимого уровня агрессии формируется у детей под влиянием родительского воспитания. Автор отмечает, что конфликтная атмосфера в семье и демонстрация преступных действий со стороны родителей существенно снижает ингибиторы, препятствующие проявлению агрессии у детей. Д. Креч, Н. Крачфилд и Н. Ливсон независимо от Д. Арзуманяна предположили, что стиль родительского воспитания оказывает решающее влияние на имплицитную концепцию справедливости, формирующуюся у ребенка (см.: Бэрон Б., Ричардсон Д., 2000). Используя материалы исследования Курта Левина и его коллег, ученые предположили, что именно понимание справедливости, заложенное в детстве через наказания и прощения, влияет на агрессивность человека в зрелом возрасте. В рамках исследования Левина снисходительность понималась как прощение проступка, а склонность к наказанию — как частые физические наказания ребенка или лишения его желаемого и из-за проступка ребенка, и без всякого повода.

В табл. 11.2, наиболее высокая доля агрессивных детей была зафиксирована в группе D, где родители обладали высоким уровнем снисходительности и высоким уровнем склонности к наказанию. Иными словами, родители этой группы часто прощали или не обращали внимания на проступок ребенка, но также часто наказывали его без видимого повода. По предположению Креча и его коллег, в такой ситуации ребенок не способен сформировать адекватное понимание справедливости, поскольку наказания со стороны родителей следуют независимо от проступков. Сформулированное ребенком иррациональное представление о справедливости или ее отсутствии не включает возможность контролировать негативные события, что ведет к формированию агрессивных паттернов по отношению к окружающим.

Таблица 11.2. Доля агрессивных детей в зависимости от стиля поведения родителей

Группа	Стиль поведения родителей	Доля агрессивных детей, %	
		мальчики	девочки
A	Низкий уровень снисходительности, низкий уровень склонности к наказанию	3,7	13,3
B	Низкий уровень снисходительности, высокий уровень склонности к наказанию	20,4	19,1
C	Высокий уровень снисходительности, низкий уровень склонности к наказанию	25,3	20,6
D	Высокий уровень снисходительности, высокий уровень склонности к наказанию	41,7	38,1

Наименьшая доля агрессивных детей была отмечена в группе А, где родители редко прощали детям проступки, но не наказывали детей по пустякам или без повода. В подобной ситуации дети понимают, что нарушение правил повлечет за собой наказание, но без нарушения наказывать их никто не станет. Это позволяет им сформировать рациональное представление о справедливости и, следовательно, не демонстрировать агрессию там, где для этого нет достаточного повода.

Интересные данные о связи проактивной и реактивной агрессии и причинах агрессивного поведения представили американские психологи П. Фит и ее коллеги (Fite J.P. et al., 2010). В своей статье они описали лонгитюдное исследование, проведенное на подростках, склонных к агрессии. Результаты показали следующую тенденцию: подростки 16 лет, склонные к реактивной агрессии, в 26 лет часто были склонны испытывать отрицательные эмоции, в особенности, тревогу. У подростков, склонных к проактивной агрессии, в зрелом возрасте чаще диагностировали психопатии и асоциальное поведение. Эти данные говорят о том, что механизмы, определяющие степень и стиль агрессивного поведения, складываются в подростковом возрасте, и их изучение позволяет прогнозировать вероятность проявления насилия и жестокости в зрелом возрасте.

Предположение о влиянии иррационального понимания справедливости и комплекса выученной беспомощности на уровень агрессии было подтверждено в экспериментах Аронсона и Брауна. Исследователи предлагали студентам выполнить определенные задачи. В случае ошибки необходимо было наказать себя ударом тока, интенсивность которого определял сам испытуемый. Студентам также было сообщено, что после эксперимента им придется съесть определенное блюдо. Одной группе было сказано, что блюдо будет вкусным, второй группе, что оно невкусное. Третья группа не знала, которое из блюд им достанется. Результаты эксперимента показали, что наиболее сильные удары по себе наносили представители третьей группы. По данным опроса, проведенного после исследования, выяснилось, что причиной сильных ударов была вера респондентов в то, что если испытать страдание, то удача при назна-

чении ему блюда будет более вероятной. Таким образом, иррациональное убеждение повлекло значимое увеличение агрессии по отношению к самому себе.

Теория принудительных действий Дж. Тедеси и Р. Фелсона (1994) строится на концепции взаимодействия исходов, сформулированной Дж. Тибо и Г. Келли во второй половине XX века. Согласно этой концепции, социальное взаимодействие людей между собой определяется возможностью взаимовлияния собеседников на положительные или отрицательные исходы друг друга. Согласно предположению Тибо и Келли, интерес в партнере возникает, когда положительные последствия зависят от модели поведения, избранной партнером. Авторы рассматривают также понятия «зависимость» и «власть». *Зависимость*, согласно теории взаимодействия исходов, — это невозможность повлиять своими действиями на качество собственных исходов. *Власть*, напротив, — управление исходами взаимодействия для партнера при относительной независимости собственных исходов. Иными словами, обладающий властью индивид может использовать свое положение для навязывания определенного поведения зависимому индивиду. Этот феномен и рассматривается в теории принудительных действий (Андреева Г. М., 1999).

Дж. Тедеси и Р. Фелсон обращают внимание на способы, с помощью которых один индивид может навязывать желаемое поведение другому. Авторы обозначают три возможных действия, которые используются для достижения этой цели: угроза, наказание и физическое воздействие. Угроза представляет собой ультиматум, диктующий жертве определенную модель поведения и обозначающий санкции, которые последуют в случае невыполнения необходимых условий. *Угроза является наименее агрессивным методом принуждения, поскольку обещанные санкции могут быть и не выполнены.* Так, из психологии переговорного процесса с террористами известно, что далеко не всякие угрозы преступники впоследствии способны претворить в жизнь. *Наказание является более агрессивным методом воздействия, поскольку предполагает нанесение вреда индивиду, не желающему вести себя желаемым образом.* Наказание может заключаться в лишении какого-либо наслаждения или ограничении личной свободы. Для примера достаточно вспомнить наиболее типичные нетелесные наказания детей. *Физическое воздействие является наиболее жестокой формой поведения, поскольку агрессор лично причиняет страдание жертве.*

Эксперимент М. Шерифа, проведенный им в 1935 году, является одним из классических социально-психологических исследований межгрупповой агрессии. Данное исследование демонстрирует влияние межгруппового конфликта на мнение и поведение членов конкурирующей группы. Тот факт, что после нескольких дней спортивных соревнований резко возросло количество драк и потасовок, подтверждает предположение, что ситуация конкуренции провоцирует агрессию в отношении конкурента. Шериф исследовал приписываемые ребятами друг другу характеристики и установил, что чем дольше две группы существуют в ситуации конкуренции, тем более негативные характеристики приписываются соперникам. То есть конфликтное состояние выражалось как в агрессивном поведении, так и в изменении социальных представлений о другой группе.

Дальнейший переход от конкуренции к кооперации также сказался на поведении и отношении ребят друг к другу, однако негативные атрибуты так и сохранились до самого окончания лагерной смены. М. Шериф описывает результаты данного эксперимента как влияние характера совместной деятельности на отношение к членам другой группы, однако более позднее исследование Тэшфела и Биллига показало, что в этой ситуации мы наблюдаем явление внутригруппового фаворитизма, широко распространенное в настоящее время.

Основываясь на данных Шерифа, теория британских ученых Г. Тэшфела и М. Биллига, разработанная во второй половине XX века, стала настоящим прорывом в области изучения причин межгрупповой агрессии (см.: Бэрн Р., Ричардсон Д., 2000). Если раньше принято было считать, что межгрупповая агрессия возникает на почве конкурирующих целей или критических различий между группами, то Тэшфел и его последователи убедительно доказали, что сам факт разделения на группы ведет к росту напряжения в отношениях между участниками различных групп. Иными словами, если бы в эксперименте М. Шерифа дети с самого начала были осведомлены о существовании другого лагеря, то, согласно теории Тэшфела, негативные качества приписывались бы в основном ребятам из другого лагеря. Тип взаимодействия, безусловно, также оказывает влияние на межгрупповые отношения, однако результаты исследования британских ученых доказали, что *как только человек может выделять вокруг себя «своих» и «чужих», к своим он начинает относиться лучше.*

Наконец, в завершении краткого обзора теорий агрессии необходимо уделить должное внимание *нейрохимическому направлению* в этой области. Мы уже упоминали, что алкоголь и другие психоактивные вещества могут служить как прямой, так и косвенной причиной проявления агрессии, однако в рамках нейрохимического подхода ведущая роль отдается внутренним химическим соединениям человека. При обращении к возможным нейробиологическим причинам агрессивного поведения многие авторы отмечают важную роль гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции агрессивного поведения человека. Н. Г. Андреева приводит два доказательства этого предположения (Андреева Н. Г., 2003). С одной стороны, гипоталамус включает в себя группу нейронов-рецепторов, реагирующих на изменение внутренней среды организма. С другой — большое количество нервных окончаний связывает гипоталамус с железами внутренней секреции, эндокринными органами, моторными узлами нервной системы. Это указывает на значимую роль гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции пищевого и полового поведения, реакции ярости и других видах эмоционального поведения. Необходимо отметить, что гипоталамус является относительно примитивной структурой, свойственной всем позвоночным. Таким образом, эта область промежуточного мозга отвечает за примитивные виды поведения, к которым можно отнести аффективное агрессивное поведение.

Также внимание сторонников нейрохимической теории происхождения эмоций и, в частности, агрессивного поведения привлекает ретикулярная формация. До сих пор об этом скоплении нейронов и их функциях известно немного, и даже границы ретикулярной формации до конца не определены. Широкое расположение ретикулярной формации от спинного мозга до промежуточного отдела головного мозга

и наличие большого количества афферентных связей в зону коры головного мозга указывает на участие этой группы ядер в регулировании как аффективного, так и осознанного поведения. Согласно данным Н. Г. Андреевой, ретикулярная формация является частью серотонинергической системы мозга, включает группу дофаминергических ядер, участвуя тем самым в регуляции *уровня серотонина и дофамина в крови* человека. В то же время современные статьи и исследования в области нейробиологии отводят этим двум гормонам ведущую роль в определении агрессивности организма.

К. Микжек и его коллеги в своей статье «Нейробиология повышенной агрессии и жестокости» (Miczek K. A., et al., 2007) резюмировали *наиболее актуальные свидетельства генетической и нейрохимической регуляции агрессивного поведения у животных и людей*. Отдельное внимание авторы уделили связи уровня серотонина в мозгу животного и его агрессивности. Однако характер этой связи пока не поддается однозначному описанию. По одним данным, низкий уровень серотонина в префронтальном отделе головного мозга наблюдается у крыс, обладающих большим опытом агрессивного поведения, при этом опыт побед в стычках с сородичами также понижает уровень серотонина. Другие данные показывают, что высокий уровень содержания серотонина свидетельствует о высоком уровне адаптивного агрессивного поведения. Также известно, что нарушение работы рецепторов серотонина, вызывающее перенасыщение мозга этим медиатором, приводит к проявлению в поведении индивида патологических форм агрессии и крайних форм жестокого поведения.

В своей обзорной статье Микжек с коллегами уделяют внимание и генетическим исследованиям в области проявления агрессии. По их данным, наличие или отсутствие Y-хромосомы оказывает влияние на сценарий агрессивного поведения. Подобные половые различия в агрессии показаны на мухах и крысах, что делает весьма вероятным их наличие и у людей. Авторы предполагают, что в проявлении агрессии есть как общие, так и различные для полов элементы. Этот тезис подтверждают наблюдения, сделанные К. Лоренцом задолго до упоминаемых нами генетических исследований. Один из основателей этологии показал, что у большинства видов животных и рыб агрессивное поведение самца и самки различается по целому ряду признаков и функций.

В другой статье Донгжу Сео (D. Seo) и его коллеги (2008) уделили внимание совместному влиянию серотонина и дофамина на импульсивное агрессивное поведение и его связь с другими психическими расстройствами. Авторы упоминают, что чрезмерная выработка серотонина приводит к импульсивным агрессивным реакциям. Они также указывают, что нарушение регуляции выработки дофамина, приводящее к дефициту серотонинергической системы, вызывает депрессивные состояния и склонность к суициду. Таким образом, авторы утверждают, что уровень агрессивности животного или человека невозможно предсказать, ограничиваясь рассмотрением распределения серотонина. Для более точного понимания необходимо включать в рассмотрение дофамин и, возможно, другие нейрохимические медиаторы.

Обращаясь к нейрохимическим исследованиям причин агрессивного поведения, важно не впасть в обманчиво простое понимание агрессивных действий как след-

ствия нарушения химического баланса человека. С одной стороны, в настоящий момент мы все еще не можем быть уверены в направлении причинно-следственных связей между агрессивным поведением и изменением соотношения гормонов человека. Так, совершение насильственного действия может служить поводом для активизации гипоталамо-гипофизарной системы, а не наоборот. Таким образом, безусловно, перспективный нейрохимический подход к изучению агрессии на данный момент однозначно указывает лишь на связь нарушения серотонинергической системы и патологических психологических нарушений, связанных с контролем агрессивных импульсов.

Изучая различные подходы к объяснению причин возникновения агрессии, необходимо, помнить, что каждое эмпирическое исследование и теория дают последующим поколениям новые факты и основания, которые могут быть включены в дальнейшие исследования или аргументированно опровергнуты будущими поколениями психологов. На практике в работе по анализу и профилактике насильственного поведения необходимо помнить о различных подходах к изучению агрессии, поскольку разные случаи могут быть ближе к теории того или иного автора.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятию «агрессия», приведите примеры агрессивного поведения.
2. В чем заключается теория фрустрации-агрессии?
3. Раскройте содержание основных подходов к изучению агрессии.
4. Опишите синдром авторитарной личности.

Глава 12

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КРАЙНЯЯ ФОРМА ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОАГРЕССИИ

12.1. Суициды: общие понятия, терминология, распространенность

12.2. Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение

12.3. Динамика суицидального поведения

12.4. Проблема аутодеструктивного (саморазрушающего) поведения

12.5. Профилактика суицидального поведения

12.6. Типичные ошибки или заблуждения, затрудняющие оценку суицидального поведения

12.7. Правовые аспекты суицидального поведения

12.1. Суициды: общие понятия, терминология, распространенность

Самоубийство (суицид) — это осознанное человеком лишение себя жизни. Различные аспекты этого явления изучает междисциплинарная наука суицидология. Другими словами, суицидология — наука о причинах, особенностях и профилактике самоубийств.

Суицидальное поведение — понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления (парасуициды). Основоположник современной отечественной суицидологии А.Г.Амбрумова выделяет самоубийства (истинные суициды) и попытки самоубийства (незавершенные суициды) (Амбрумова А.Г., 1980). Бруксбэнк говорит о суициде и парасуициде и определяет суицид как намеренное самоубийство, а парасуицид как акт намеренного самоповреждения, не приводящий к смерти (Бруксбэнк, 1985). К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т. д.). Суицидальными попытками считают демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемого им акта суицида. К суицидальным проявлениям в широком смысле этого слова относят мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. Часто предлагается следующая классификация суицидального поведения (рис. 12.1).

Существуют разные формы суицидального поведения, которые включают:

- суицидальные мысли — мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении;
- суицидальные тенденции — суицидальные мысли и суицидальные побуждения (попытки к самоубийству);
- суицидальные попытки — попытки нанести повреждения самому себе или совершить самоубийство, не закончившиеся летально;
- abortивный суицид (суицидальная попытка) — истинное самоубийство по каким-то обстоятельствам (субъективным или объективным), остановившееся перед завершающим действием и не окончившееся смертью;
- завершённый суицид.

Суицидальные мысли — это самая распространенная форма суицидального поведения. От 15 до 35 % лиц молодого возраста имеют опыт переживания суицидальных мыслей. В свою очередь, суицидальные мысли подразделяются:

- на пассивные суицидальные мысли недифференцированного характера и не связанные с формированием суицидального плана. Суицидальные фантазии;
- активные суицидальные мысли, связанные с активным намерением убить себя. Человек обдумывает подходящий способ, место и время акта суицида. Происходит мысленная «репетиция» самоубийства;



Рис. 12.1. Классификация суицидального поведения

- хронические суицидальные тенденции — это суицидальные мысли, сохраняющиеся более 12 месяцев.

Результатом суицидальных мыслей может стать формирование суицидальных тенденций. Суицидальные тенденции формируются в несколько этапов.

1. *Мировоззренческий этап* представляет собой знание о возможности совершения суицида.
2. *Этап пассивных мыслей* предполагает внутреннее согласие на смерть еще без плана совершения попытки самоубийства.
3. *Активный этап* предполагает формирование конкретного плана суицида.

Следует помнить, что наличие стойких суицидальных тенденций у душевно больного является основанием для его госпитализации (в том числе и недобровольной) в психиатрический стационар.

После формирования плана суицида наступает время его реализации. В разных странах люди лишают себя жизни по-разному. Так, в Англии 2/3 женщин и 1/3 мужчин травились таблетками. Чаще всего для этой цели используются анальгетики, транквилизаторы и антидепрессанты, раньше в ходу были барбитураты. Угарный газ был причиной отравления у 1/3 мужчин и только у 5% женщин. В остальных случаях, как правило, используются разнообразные физические методы и средства: повешение, смертельные ранения с помощью огнестрельного или холодного оружия, утопление, прыжки с большой высоты или под транспорт. Огнестрельное оружие для самоубийства чаще используется в США. В России преимущественно применяются самоповешение и самоотравление с помощью лекарственных препаратов.

Современная суицидология выделяет 12 способов самоубийства. Одни способы используются чаще, другие реже, что зависит от ряда причин: культурно-исторических, социальных, религиозных и эстетических. Каждый из способов может быть совершен с помощью различных средств самоубийства.

Способы самоубийства следующие:

- 1) самоповешение;
- 2) самоудавление;
- 3) самоутопление;
- 4) самоотравление;
- 5) самосожжение;
- 6) самоубийство с помощью колющих и режущих предметов;
- 7) самоубийство с помощью огнестрельного оружия;
- 8) самоубийство с помощью электрического тока;
- 9) самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов;
- 10) самоубийство при падении с высоты;
- 11) самоубийство переохлаждением;
- 12) самоубийство с помощью прекращения приема пищи или воды.

В большинстве случаев завершеного суицида акт заранее обдумывается и всесторонне готовится. Тем не менее часто самоубийцы заранее извещают о своих намерениях. Согласно опросам родственников, до 2/3 самоубийц перед актом суицида высказывали суицидные мысли. Примерно один из шести самоубийц оставляет предсмертную записку, содержание которой может быть разным (Ефремов В. С., 2004).

Возможные этапы суицида приведены на рис. 12.2.

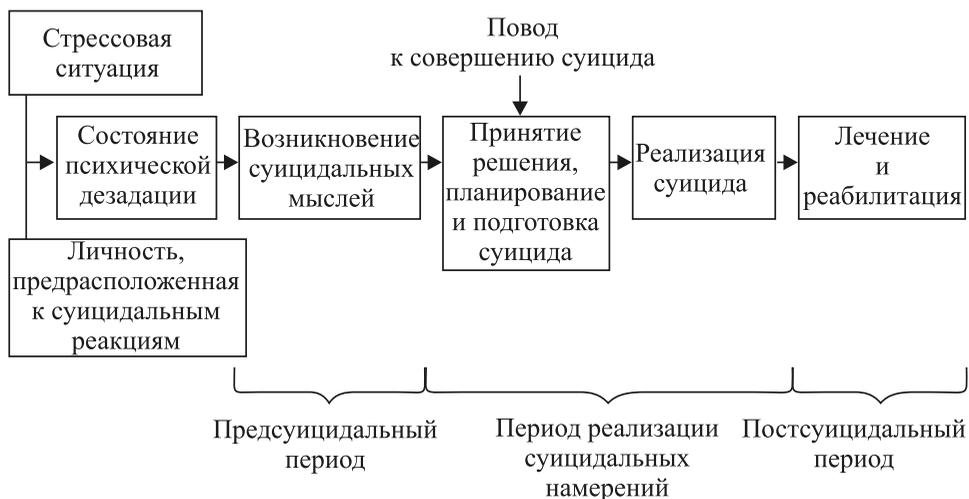


Рис. 12.2. Этапы суицидального поведения

Основным показателем распространенности суицида является *рейтинг суицида*, т.е. количество завершённых суицидальных попыток на 100 тыс. населения в год. В разных странах рейтинг суицида может существенно различаться. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны мира по показателю суицида на три группы: низкий уровень самоубийств (рейтинг суицида до 10 человек), средний

Высокий и очень высокий
(свыше 20 человек)

	Литва	31.5
	Республика Корея	31.2
	Габон	26.4
	Казахстан	30.0
	Белоруссия	25.3
	Венгрия	24.5
	Япония	23.8
	Латвия	22.9
	Китай	22.2
	Словения	21.9
	Шри-Ланка	21.5
	Россия	21.4
	Украина	21.2

Средний уровень
(от 10 до 20 человек)

	Финляндия	19.3
	Эстония	18.1
	Франция	16.3
	Молдова	17.4
	Польша	14.9
	Куба	12.3
	Канада	11.3
	США	11.8

Низкий уровень
(до 10 человек в год)

	Австралия	9.7
	Германия	9.5
	Италия	6.3
	Англия	6.9
	Израиль	5.8
	Грузия	4.3
	Греция	3.5
	Армения	1.9
	Азербайджан	0.6

Рис. 12.2. Рейтинг стран по уровню (числу) суицидов (данные ВОЗ на 2012 год)

уровень самоубийств (от 10 до 20 человек), высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек) — данные за 2012 год:

По данным ВОЗ, нанесение себе травм, включая самоубийства, привели в 2000 году к 814 тыс. смертельных исходов, из них около 20% пришлось на подростковый и юношеский возраст (для сравнения, в автокатастрофах гибнет ежегодно около 840 тыс. человек). Мировой уровень завершенных суицидов составил 16 случаев на 100 тыс. населения в год. В официальную статистику самоубийств попадают только явные случаи суицида, поэтому число реальных самоубийств значительно превосходит официальные цифры — считается, что ежегодно в мире кончают с собой более 4 млн человек. По мнению судебных экспертов, причиной большинства так называемых смертей от несчастного случая (передозировка лекарственных препаратов, аварии на дорогах, падение с высоты и т.д.) на самом деле являются суициды. 19 млн человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства. Только один из четырех (24%) совершивших попытку самоубийства и оставшийся живым соприкасается с профессиональной системой здравоохранения.

По прогнозу ВОЗ к 2020 году ежегодно будут кончать самоубийством 1,5 млн человек.

За последние 45 лет уровень самоубийств возрос на 60 %, и в настоящее время самоубийство является одной из трех лидирующих причин смерти возрастной категории от 15 до 44 лет. Рост числа суицидов в России связан с целым рядом причин. К ним относятся:

- утрата привычной идеологии (символа веры);
- девальвация общечеловеческих ценностей;
- дезинтеграция общественных групп, классов, слоев;
- устойчивое недоверие к государственной власти и всем видам общественно полезной деятельности;
- рост агрессивности, криминализация индивидуального сознания.

Согласно данным большинства исследователей, в городах суициды совершаются чаще, чем в сельской местности, хотя имеется отчетливая тенденция к стиранию этих различий. Россия по данным показателям является исключением: в 1996 году рейтинг самоубийств был 35,4 на 100 тыс. человек городского населения и 50,3 среди сельских жителей. В Санкт-Петербурге в 2001 году рейтинг самоубийств был в два раза ниже, чем в Ленинградской области (20,8 против 41,1 на 100 тыс.), что говорит о большей суицидогенности малых городов и села по сравнению с мегаполисами.

В распределении суицидов имеются также географические различия. В Северном полушарии максимум суицидов приходится на май, минимум — на декабрь. В Южном полушарии, где зима — теплая, а лето — холодное, максимум суицидов приходится на декабрь, а минимум — на июнь (см. Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2010).

Рейтинг суицида различен для разных возрастных групп. Из всех возрастных групп в большинстве стран (в том числе и России) пожилое население имеет самый большой риск суицида. Увеличение рейтинга суицида среди пожилых людей, по-видимому, объясняется главным образом ослабляющими эффектами соматических заболеваний, потерей социальной роли и родственников, периодической депрессией.

Известный российский социолог Я. И. Гилинский (2004) предполагает, что возрастная динамика суицидального поведения зависит от трех основных мотивов. Первая группа мотиваций в большей степени присуща подросткам и связана с острым конфликтом в учебной, трудовой, семейно-бытовой и интимно-личностной сферах. Повышенное чувство справедливости, эмоциональность, незащищенность, незакаленность в житейских бурях и невзгодах приводят молодых подчас к экстремальным реакциям, включая суицидальные попытки в случаях, когда более зрелые люди выбрали бы иную форму реагирования. Другая группа мотивов сводится к смыслоутрате, т. е. к потере смысла своего существования, к кризису идентичности как суицидальному фактору. Происходит это обычно после 35–40 лет. Этим объясняется соответствующий возрастной пик самоубийств. Третья группа мотиваций — одиночество, старческая немощь, тяжелое заболевание, невозможность ухода за собой — присуща старшим возрастным группам (после 70 лет).

Рейтинг суицида также варьирует между мужчинами и женщинами и между представителями разных этнических групп. Мужчины заканчивают около 80 % всех суицидов. Однако женщины делают попытки суицида в три раза чаще мужчин. Со-

отношение женских и мужских завершенных самоубийств длительное время находилось в пределах 1:3 — 1:4 и было близко к мировым, однако в последнее время темпы роста самоубийств у мужчин значительно превышают темпы роста самоубийств у женщин. В США коренные американцы имеют самый высокий среди мужчин риск суицида, после чего идут люди с белым цветом кожи. Белые мужчины и женщины совершают около 90 % всех суицидов (см. Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2010).

Существуют этнические группы, предрасположенные к суициду. К примеру, среди угро-финской группы (будь то жители Удмуртии, Венгрии или Финляндии) очень высокий уровень самоубийств.

На рейтинг суицидов оказывает влияние и сексуальная ориентация. По данным американских исследований, гомосексуалисты совершают попытки самоубийства в 7 раз чаще, чем лица с традиционной ориентацией.

Самоубийства выступают как ведущая причина смертности для взрослых младшей возрастной группы. Они относятся к трем основным причинам смерти в группах населения в возрасте от 15 до 34 лет. Самоубийства доминируют в возрастной группе 15–34 лет, где они занимают первое или второе место в качестве причины смерти представителей обоих полов. Для общества это представляет значительную потерю людей в самом продуктивном возрасте их жизни.

Самоубийства и покушения на них наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Экономические потери связаны с необходимостью применения неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий, временной нетрудоспособностью и инвалидизацией пострадавших.

Суицид оказывает разрушительное влияние на друзей и родственников суицидента. Умышленная, неожиданная и насильственная смерть человека нередко заставляет других чувствовать беспомощность и отверженность. Члены семьи и друзья могут иметь дополнительный стрессовый фактор при обнаружении трупа. Родители часто страдают от выраженного чувства стыда и вины. Так как суицид рассматривается как социальная стигма, пережившие суицид стараются избегать общения с другими людьми, как и окружающие избегают общения с ними.

12.2. Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение

Еще с давних времен ученые, философы, писатели стремились дать какое-то теоретическое обоснование суицидам. Однако в настоящее время единой теории, объясняющей природу суицидов, нет. Можно говорить только об отдельных теоретических концепциях, среди которых условно выделяют три основные группы: психопатологические, психологические и социальные.

12.2.1. Психопатологические концепции и медицинские причины самоубийств

Психопатологические концепции исходят из предположения о том, что все самоубийцы — душевнобольные люди, а суицидальные действия — проявления острых или хронических психических расстройств. Своими корнями они восходят ко временам великих французских психиатров Ф. Пинеля и Ж. Э. Д. Эскироля. Следует признать, что на том этапе это было гуманным шагом, так как ограждало самоубийцу от судебного преследования. Странниками этой концепции были такие видные российские психиатры, как Н. П. Бруханский, В. К. Хорошко, Л. А. Прозоров и др. В XIX веке делались попытки выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу (болезнь) — суицидоманию. Проблема изучалась привычными для медицины методами с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения суицидомании (слабительные, желчегонные, кровопускания, холодные влажные обертывания и т. п.). В соответствии с концепцией биологического вырождения суицид понимается как неизбежный финал дегенерата. Р. Крафт-Эбинг (1908) считал самоубийство проявлением вырождения человеческой природы и описывал у суицидентов дегенеративные анатомо-физиологические признаки.

С началом систематических эпидемиологических и социологических исследований появилось большое количество данных, свидетельствующих против представления о том, что самоубийство — это всегда аутоагрессивный акт психически больного человека. В настоящее время общепризнано, что только 20–25 % суицидов совершается психически больными, а остальное количество приходится на психически здоровых и лиц с пограничными расстройствами.

У большинства психически больных суициды встречаются при нарушениях, очерченных депрессивными, параноидными и галлюцинаторно-параноидными синдромами. При психической патологии не существует прямой зависимости суицидального поведения от степени выраженности болезненных симптомов. Суицидальные действия совершаются при нарастании и спаде (после выписки из стационара) как психотической, так и невротической депрессии. Происходит это обычно в начальный период заболевания или в период ремиссии при относительной сохранности, когда человек открыт внешним психотравмирующим влияниям и реагирует на них почти как здоровая личность. Причем суицидальные действия легче совершаются теми больными, у которых слабые формы защиты не приобрели жесткого, фиксированного характера. В этих случаях приоритет принадлежит особенностям личности.

Странники психопатологической концепции придерживаются в основном мнения, что психическое состояние индивидуума с суицидальными переживаниями и действиями может быть описано как патологические формы дезадаптации в рамках пограничных нервно-психических расстройств. В настоящее время психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи, особенно зарубежные, и в наши дни считают, что суицидальные действия

представляют собой одну из форм проявления психических заболеваний. Однако подавляющее число авторов у нас в стране и за рубежом считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. Естественно, что больные, склонные к суицидальным действиям, в первую очередь требуют внимания врача.

Если психотерапевт не может добиться от пациента разрешения раскрыть его суицидальные намерения, и при этом больной отказывается от госпитализации, необходимо поставить об этом в известность его семью и настаивать на неотложной недобровольной госпитализации.

Но если суицидальные действия совершают практически здоровые люди в ответ на создавшиеся объективные психотравмирующие трудности, то компетенции врача недостаточно, так как в этих случаях в первую очередь нужно ликвидировать объективные причины, приводящие к суицидальным действиям, либо же помочь суициденту скорректировать субъективное к ним отношение. Меры только медицинского характера по отношению к этим лицам чаще всего малоэффективны и не решают проблемы.

Вместе с тем современная суицидология выделяет в качестве медицинских причин самоубийств психическое или соматическое неблагополучие.

Г.В. Старшенбаум среди душевных болезней, чаще всего предрасполагающих к суициду, выделяет (Старшенбаум Г.В., 2005):

- 1) реакции на тяжелый стресс, куда входят: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, реакции дезадаптации, невротические и психопатические реакции;
- 2) психогенную и эндогенную депрессию;
- 3) шизофрению и бредовые расстройства;
- 4) химические зависимости.

Кроме психических расстройств, причинами самоубийства могут быть хронические соматические заболевания, причиняющие тяжкие страдания, особенно у пожилых людей (онкологические, неврологические болезни, болезни, находящиеся на гемодиализе). Высокий риск суицида имеется у больных СПИДом (возрастает в 7–36 раз).

12.2.2. Социологическая концепция

Эмиль Дюркгейм считал, что в основе суицидального поведения лежит «снижение и неустойчивость социальной интеграции», а частота самоубийств зависит от того, в какой степени индивид интегрирован в обществе. По мнению Дюркгейма, само-

убийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивидуума с социальной средой, при этом социальные факторы, несомненно, играют ведущую роль.

Согласно классификации Э. Дюркгейма (1912), выделяются три основные категории самоубийств.

1. Эгоистическое самоубийство характерно для индивидов, утративших связь со своей социальной группой и не ощущающих социального, семейного и религиозного контроля с ее стороны. Для него характерно «состояние томительной меланхолии, парализующее всякую деятельность человека». Все вокруг внушает чувство безразличия и отчуждения. Невыносимо соприкосновение с внешним миром. «Закрывая глаза на все окружающее, человек обращает внимание на состояние своего сознания; он избирает его единственным предметом своего анализа и наблюдений». Занимаясь только собой, он усугубляет свое состояние. Развязка в данном случае не включает ничего порывистого и страстного. Человек точно определяет час своей смерти и заранее готовится к ней, составляет план. В другом случае субъект стремится к максимальному удовлетворению своих потребностей (эпикуреец). Если они не удовлетворяются — легко уходит из жизни. Мечтательная меланхолия уступает место скептическому и рассудочному хладнокровию.
2. Альтруистическое самоубийство — акт самопожертвования, при котором человек сознательно отдает свою жизнь ради блага социальной группы. Оно диаметрально противоположно эгоистическому самоубийству. Человек доказывает самоубийством свою храбрость, невиновность родственника или иного высокозначимого человека (осознанное самопожертвование во время войн и т. п.). При этом, по мнению Э. Дюркгейма, в таких случаях нет никаких следов принуждения, акт совершается от чистого сердца.
3. Аномическое (*anomie* (франц.) — «отсутствие закона, организации») самоубийство наблюдается среди живущих в обществе, где недостает коллективного порядка, поскольку оно находится в стадии коренных перемен и переживает кризис. «Аномия освобождает желания от всякого ограничения, широко открывает дверь иллюзиям, а, следовательно, и разочарованию». Человек лишает себя жизни в гневном состоянии, он как бы мстит всем (Дюркгейм Э., 1994).

Изменение в социальной и экономической ситуации обычно отражается и в рейтинге суицидального поведения. В США, например, рейтинг суицида был низким во время Первой и Второй мировых войн, когда безработица была мала. Рейтинг суицида был высоким в течение Великой депрессии 1930-х годов, когда безработица была широко распространена. Иногда люди совершают суицид в знак протеста против произвола правительства. Массовые суициды, при которых большое количество людей убивают себя одновременно, чрезвычайно редки. Наиболее известный массовый суицид произошел в 73 году нашей эры в Массаде (в настоящее время юг Израиля), когда 960 евреев убили себя в знак протеста порабощения их Римом. В 1978 году

в Джейстауне, Гвинея, больше 900 членов культа совершили суицид по требованию их лидера, Джима Джонса. В подобных случаях, считал Э. Дюркгейм, причины самоубийства могут сочетаться, например аномия с альтруизмом.

Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суицидальные поступки в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, среди определенной категории лиц по мотивам защиты чести, расширенное самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и т. п.). Кроме того, самоубийство может быть индуцировано и не в связи с морально-религиозными мотивами. Например, существует так называемый эффект Вертера, обозначающий имитационное суицидальное влияние. Эффект Вертера подтверждается статистически достоверной взаимосвязью между отражением проблемы суицидов в средствах массовой информации и повышением частоты самоубийств среди подростков.

Современные суицидологи не отрицают того факта, что социальные факторы занимают видное место среди причин суицидального поведения, но объяснение всей проблемы самоубийств лишь с точки зрения влияния на человека социальной среды является односторонним и непродуктивным. Главный недостаток этой концепции — недооценка роли личности во взаимоотношениях с социальной средой.

12.2.3. Психологические концепции

Психологические концепции отражают точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций личности ведущее место занимают психологические факторы.

Наиболее значимыми в рамках данной концепции представляются психодинамическая, экзистенциально-гуманистическая и поведенческая модели суицидального поведения.

А) Психодинамическая модель суицидального поведения

З. Фрейд рассматривал самоубийства как проявление инстинкта смерти, который может выражаться агрессией и, как частный случай, аутоагрессией. Существуют два основных влечения — Эрос и Танатос. Континуум человеческой жизни — борьба между ними. Человек не только хочет жить и быть любимым, продолжить себя в своих детях — бывают периоды, когда желанней оказывается смерть. С возрастом сила Эроса убывает, а сила Танатоса растет. По Фрейду, суицид и убийство являются проявлением разрушительного влияния Танатоса, т. е. агрессии, направленной против спроецированного внутри себя объекта либидо.

Позже, основываясь на концепциях З. Фрейда, К. Меннингер (1950) рассматривал суицид как отрефлексированное убийство, результат гнева на другого человека, который интровертировался, т. е. обратился против себя. Он также описал су-

ицид как инстинкт к смерти. Им же были описаны *три компонента враждебности при суициде*.

1. *Желание убить*. Активный процесс, при котором это желание очевидно. Деструктивный инстинкт проявляется в двух направлениях: ауто- и гетеродеструкции. Внешняя агрессивность и направленная на себя аутодеструкция формируются с момента рождения. Обычно внешняя агрессия подавляется, за исключением криминального развития, но она может проявиться во время расширенного суицида, при котором человек из альтруистических соображений убивает наиболее близких, а потом себя.
2. *Желание быть убитым*. Может проявляться в провокации разнообразных ситуаций, представляющих опасность для жизни.
3. *Желание умереть* — освободиться от чего-то, *прекратить участие в жизни*.

Если нет всех трех компонентов, то попытка не является серьезной: она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением запугать кого-то, шантажировать, получить таким образом какие-либо дивиденды.

К Карлу Меннингеру восходят и современные концепции саморазрушающего поведения (см. ниже), поскольку он первый отнес наркотическую и алкогольную зависимости к одной из форм самоуничтожения (Меннингер К. Война с самим собой. М., 2000). Кроме того, он ввел понятие «частичное самоубийство» для некоторых форм невротического членовредительства: трихотилломании (вырывание и поедание собственных волос), онихофагии (грызение ногтей), удаление зубов, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена). Во всех этих случаях, по мнению К. Меннингера, суицидальный импульс сосредотачивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению.

Важный вклад в психоаналитическое объяснение суицидального поведения внесла С. Шпильрейн (S. Spielrein), ученица З. Фрейда и К. Юнга, обнаружившая в сексуальном влечении деструктивный компонент, связь сексуальных желаний и стремления к смерти, т. е. амбивалентность сексуального влечения (иными словами, не антагонизм, а своеобразное сосуществование Эроса и Танатоса). Она писала, что «направленная против себя любовь ведет к самодеструкции, так, например, к самоумерщвлению плоти, мученичеству, да и полному уничтожению собственной сексуальности как при кастрации. Это лишь различные формы и степени самоуничтожения».

В целом, психоаналитики определяют и анализируют самоубийство как проявление дисфункциональных механизмов психологической защиты и в значительно меньшей мере рассматривают его в социальном плане.

А. Адлер полагал, что быть человеком — значит прежде всего ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в стремлении к цели, которое не осознается, но направляет все поступки и формирует жизненный путь. Поиск цели и самоутверждения может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризису, с которого начинается «бегство к суициду». Утрачивается чувство общности, между человеком и окружающими устанавливается дистанция, канонизирующая непереносимость трудностей. В сфере эмоций наступает нечто, напоминающее

предстартовую лихорадку с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения. Дистанция формирует заколдованный круг: человек в состоянии застоя, который мешает ему приблизиться к реальности окружающей жизни. В итоге регрессия — действие, состоящее в суицидальной попытке, которая одновременно является как актом мести и осуждения тех, кто мешал тебе и ответствен за непереносимое чувство неполноценности, так и поиском сочувствия к себе. Зная последовательность поступков при аутоагрессии, ее можно предотвратить.

К.Г.Юнг, касаясь проблемы самоубийства, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать причиной смерти от собственных рук. Это стремление связано с актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего формы

- идеи метемпсихоза (переселения душ), когда жизнь продлевается чередой различных телесных воплощений;
- перевоплощения, предполагающего сохранение непрерывности личности и новое рождение в человеческом теле;
- воскрешения-восстановления человеческой жизни после смерти в состоянии нетленности, так называемого тонкого тела;
- возрождения-восстановления в пределах индивидуальной жизни с превращением смертного существа в бессмертное;
- переносного возрождения путем трансформации, происходящей не прямо, а вне личности.

Архетип возрождения несет в себе представление о награде, ожидающей человека, находящегося в условиях невыносимого существования. Он связан с архетипом матери, который влечет человека к метафорическому возвращению во чрево матери, где можно ощутить долгожданную безопасность.

Сторонники ортодоксального психоанализа считают, что самоубийство — это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение правильности своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение самоубийств во время войн (см. Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2010).

К. Хорни (1937) в русле психодинамической концепции и эго-психологии полагала, что при нарушении межличностных взаимоотношений возникает невротический конфликт, порожденный базисной тревогой. Она проявляется с детства из-за ощущения враждебности окружения. В невротической ситуации человек чувствует себя одиноким, беспомощным, зависимым и враждебным. Эти признаки могут стать основой суицидального поведения. Враждебность при конфликте актуализирует разрушительные наклонности, направленные на самих себя. Они не всегда реализуются в суициде, но могут проявиться в форме презрения, глобального отвращения или глобального отрицания. Они усиливаются при эгоцентрической установке. Тогда враждебность и презрение к другим может стать настолько сильным, что суицид становится привлекательным способом мести. Добровольная смерть — утверждение своего Я. Покорность судьбе, при которой аутодеструктивность является преобладающей тенденцией, является, по К. Хорни, латентной формой самоубийства (Хорни К., 1993).

Г. Салливан (1953) рассматривал суицид с точки зрения своей теории межличностного общения. Согласно этой теории, есть три образа Я: «хорошее Я», если отношение других обеспечивает безопасность, «плохое Я», если окружение порождает тревогу и другие отрицательные эмоции, «не Я», если человек утрачивает эго-идентичность, например, при психозе или суицидальной ситуации. Кризисы по жизни провоцируют длительное существование «плохого Я», что мучительно и дискомфортно. Для прекращения страданий осуществляется превращение «плохого Я» в «не Я». Этим же актом человек заявляет о своей враждебности к окружению.

Следует отметить, что современные суицидологи, стоящие на неопсихоаналитических позициях, не разделяют многие взгляды З. Фрейда, в частности его подход к аутоагрессии только как к проявлению агрессивных инстинктов. Тем не менее среди причин самоубийства ведущее место они отводят психологическим причинам, а основным методом их изучения считают метод психологизации суицидального поведения.

Так, например, по мнению видного финского суицидолога Ахте, суицид может носить характер любовного влечения, когда лицо, совершающее самоубийство, надеется путем смерти воссоединиться с любимой или с родственниками, по которым скучает. Такие лица, по мнению Ахте, уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочувствие, на которые тщетно надеялись при жизни, и смерть для них представляется привлекательной. Особенно это касается суицидальных намерений. В своих суицидальных фантазиях такие лица созерцают собственные похороны, наслаждаются признанием в любви и раскаянием близких и родственников.

По утверждению французского психиатра и суицидолога Журан (1981), существует прямая зависимость между суицидальным поведением и страстной влюбленностью. При этом суицидальное поведение, по мнению автора, является своеобразной попыткой стать хозяином положения и может временно снять напряжение, вызванное тяжелым кризисным состоянием.

Современные психодинамические теории суицидального поведения придают большое значение исследованию фантазии суицидентов о том, что могло бы случиться и что было бы с их сознанием, если произойдет суицид. Эти фантазии часто включают жажду мщения, могущества, контроля, наказания; жажду искупления

и жертвы; желание убежать или заснуть либо спастись, возродиться, воссоединиться с помощью смерти в новой жизни. Суицидальные фантазии возникают чаще при потере любимого, близкого человека. У депрессивных больных возникают фантазии об избавлении от депрессии с помощью суицида.

Б) Экзистенциально-гуманистический подход к проблеме суицидального поведения

Представители экзистенциально-гуманистического направления в психологии К. Роджерс и Ролло Мэй подчеркивали роль тревоги и эмоциональных расстройств в формировании суицидального поведения. Так, К. Роджерс полагал (Roger C. R., Dumond R. F., 1954), что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении Я, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура Я ригидна, то несогласующийся с ней реальный опыт воспринимается как враждебный, как угроза жизни и искажается либо не воспринимается. Не признавая реальный опыт, человек заключает себя в темницу. Не переставая от этого существовать, опыт отчуждается от Я. Теряется контакт с реальностью. Таким образом, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии Я полностью теряет доверие к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества. Утрачивается вера в себя, появляются ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что приводит к суицидальным тенденциям. Р. Мэй полагал, что основная причина самоубийств — экзистенциальный вакуум, утрата смысла жизни (Мэй Р., 2001а, 2001в).

Основоположник одного из значимых направлений экзистенциальной психотерапии-логотерапии Виктор Франкл в своей работе «Человек в поисках смысла» (1990) рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Этот опыт В. Франкл вынес из застенков концентрационных лагерей, где ежеминутно находился под угрозой смерти, что делало само собой разумеющейся мысль о самоубийстве. Идея самоубийства, по Франклу, принципиально противоположна постулату, что жизнь при любых обстоятельствах полна смысла для каждого человека. Но само наличие идеи самоубийства — возможность выбрать самоубийство, принять радикальный вызов самому себе — отличает человеческий способ бытия от существования животных. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и настаивал, что ему нет ни законного, ни нравственного оправдания. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением.

В конечном счете самоубийца не боится смерти — он боится жизни, считал В. Франкл.

По мнению большинства сторонников экзистенциально-гуманистического направления, психологический смысл суицидального поведения — символический

И. П. Павлов писал: «...Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас. <...> жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не считаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна. Конечно, если ресурсы человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное задержание, торможение <...> рефлекса цели».

крик о помощи, а также попытка привлечь внешнее внимание к своим проблемам.

В) Когнитивно-поведенческая теория суицидального поведения

Как считал И. П. Павлов, когнитивно-поведенческая теория исходит из понятия «рефлекса цели».

Современные представители когнитивной школы, изучая процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления и когнитивных искажений («жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть»), которые ведут к невозможности выработки решений своих проблем. В рассуждениях сторонников этой концепции много интересного, но все они страдают односторонностью.

Большинство отечественных ученых (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, Г. В. Старшенбаум), не умаляя роли психологических факторов в формировании суицидального поведения, тем не менее не считают их ведущими и рассматривают в совокупности с социальными и биологическими (интегративный подход).

Г) Интегративная концепция суицидального поведения

Современная интегративная концепция суицидального поведения берет свое начало в трудах Эдвина Шнэйдмана 1957 и 1985 годов (Шнэйдман Э., 2001), который описал наиболее значимые характеристики суицида. К ним относятся:

- 1) общая цель для суицида — поиск решения;
- 2) общая задача — прекращение сознания;
- 3) общий стимул — невыносимая психическая боль;
- 4) общий стрессор — фрустрированные психологические потребности;
- 5) общая суицидальная эмоция — беспомощность-безнадежность;

- 6) общее внутреннее отношение к суициду — амбивалентность;
- 7) общее состояние психики — сужение когнитивной сферы;
- 8) общее действие при суициде — бегство (эрессия);
- 9) общее коммуникативное действие — сообщение о своем намерении;
- 10) общая закономерность — соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.

Помимо характеристик, Э. Шнэйдман описал типологию индивидов, играющую непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти:

- *искатели смерти*, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;
- *инициаторы смерти*, намеренно приближающие ее (тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- *игроки со смертью*, склонные испытывать ситуации, где жизнь — ставка, а возможность выжить маловероятна;
- *одобряющие смерть*, не стремящиеся активно к концу, но не скрывающие своих суицидальных намерений (одинокие старики, эмоционально неустойчивые подростки и юноши в пору кризиса эго-идентичности).

Несомненный интерес в этом плане развития интегративного подхода представляют работы, в которых изучаются преморбидные особенности личности как один из predisponирующих факторов, позволяющих прогнозировать суицидальное поведение. Ц. П. Короленко, А. Л. Галин (1990) выделяют следующие *психологические особенности* суицидентов:

- 1) преобладание формально-логического типа мышления,
- 2) усиление аффективной сферы,
- 3) недостаточность активного воображения.

По мнению авторов, мышление большинства лиц с суицидальными тенденциями больше соответствует законам формальной логики; мышление же лиц, у которых во фрустрирующих условиях не возникает суицидальных тенденций, приближается к мышлению, протекающему по законам логики диалектической. Субъективная однозначность интерпретации внешних объектов, характерная для суицидентов, объясняется преобладанием формально-логического типа мышления и выраженным влиянием на интеллект аффективной сферы. В то же время недостаточно развитое воображение делает фрустрацию неожиданной, затрудняет возможность прогнозировать последствия своих действий, снижает психологические защитные механизмы и делает суицидальную попытку более вероятной.

Н. В. Конанчук, В. К. Мягер (1983) выделяют три основные *свойства, характеризующие личность суицидента*:

- 1) повышенная напряженность потребностей, выражающаяся в необходимости неперемennого достижения поставленной цели;
- 2) повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, когда собственное Я растворяется и воспринимается лишь

в паре «я — она» («я — он»), а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях;

- 3) низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

О. В. Тимченко и В. Б. Шапар (1999) объясняют механизм самоубийства некрофильными тенденциями, которые суицидент в цивилизованном обществе вынужден подавлять и поэтому многократно покушается убить себя вместо того, чтобы убивать всех подряд.

Интегративная концепция суицидального поведения получила дальнейшее развитие в исследованиях А. Г. Амбрумовой 1978, 1983, 1996 годов, которая дает следующее определение: *суицидальное поведение — это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.*

А. Г. Амбрумова выделяет объективные (конкретные причины) и субъективные (психологические переживания) стороны дезадаптации, взаимообусловленные, но не обязательно соответствующие друг другу. Дезадаптация всегда связана с конфликтом, который имеет как внешний (экстраперсональный), так и внутренний (интроперсональный) критерии. Автор вводит также понятие «порог дезадаптации». Конфликт, превышающий порог дезадаптации, именуется кризисным.

Личность со всеми ее индивидуальными особенностями представляет собой стержневую основу для понимания суицидального поведения как проявления социально-психологической дезадаптации. Имеется последовательная связь между социальными и личностными факторами, конфликтом, социально-психологической дезадаптацией, крахом ценностных установок и суицидом.

Естественно, что личность в экстремальных условиях по-разному ведет себя в конкретной ситуации. Это зависит, с одной стороны, от силы действующих социальных факторов, с другой — от личности, реагирующей на эти объективные трудности. Подобная зависимость еще более усложняется в подростковом возрасте, когда формирование личности еще не окончено и в силу этого оценка объективных трудностей подростком и реакция на них часто бывают неадекватными.

А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко (1978) выделили следующие основные типы акцентуированных суицидальных реакций у взрослых психически здоровых людей:

- реакции эгоцентрического переключения,
- психалгии,
- реакции *отрицательного баланса* и негативных интроперсональных отношений.

Позже А. Г. Амбрумова (1983) выделила 6 типов непатологических ситуационных реакций, проявляющихся у взрослых психически здоровых людей с суицидальным поведением:

- 1) реакция эмоционального дисбаланса (преимущественно дистимические нарушения с актуализацией значимости отрицательно эмоционально окрашенных раздражителей);

- 2) пессимистическая ситуационная реакция (изменение мироощущения: все выглядит в мрачных тонах, создавшаяся ситуация кажется безвыходной, будущее — бесперспективным);
- 3) реакция отрицательного баланса (рациональное подведение жизненных итогов, оценка перспектив и подведение баланса, предполагающие высокий уровень критичности);
- 4) реакция демобилизации (отказ от контактов, привычной деятельности, сопровождающийся чувством одиночества, безнадежности, отвергнутости);
- 5) реакция оппозиции (экстрапунитивная позиция личности, повышенная агрессивность, часто переходящая в аутоагрессию. Суицидальный риск относительно невысок, суицидальные действия чаще носят демонстративно-шантажный характер);
- 6) реакция дезорганизации (содержит в своей основе тревожный компонент и сопровождается выраженными соматовегетативными нарушениями).

Значительный интерес представляет концепция авитальной активности (в рамках интегративной модели). Ю. Р. Вагин (2003) предложил концепцию авитальной активности, под которой понимается биологическая, психическая и поведенческая активность, направленная на сокращение и/или прекращение собственного социального и биологического функционирования. Самоубийство представляет собой крайнее проявление авитальной активности, которая, по мнению автора, в большей степени является биологической по своей природе, связанной с влечением к смерти (танатосом), изначально заложенным в нашей природе.

К проявлениям авитальной активности Ю. Р. Вагин относит четыре группы феноменов, наблюдаемых в психологической и психиатрической практике: пресуицидальная активность, суицидальная активность, парасуицидальная активность и де-социальная активность.

1. Феномен пресуицидальной активности отражает постепенное начало усиления скрытых и неосознаваемых авитальных тенденций без осознанного стремления прекратить свое социальное и биологическое существование. Феноменологически пресуицидальная активность включает в себя:

- синдром ожидания (так называемый синдром Ассоли), суть которого заключается в том, что сформированная потребность при невозможности преобразоваться в поведение, направленное на ее удовлетворение, создает застойный очаг негативных эмоций, подавить или вытеснить которые полностью не удастся. Психическая активность как бы замирает в ожидании благоприятных условий;
- астенические состояния и усталость от жизни — это период, когда жизнь в целом начинает утомлять. Желание жить есть, а сил нет;
- нежелание жить;
- желание умереть.

2. Феномен суицидальной активности знаменует начало суицидальной когнитивной активности, имеющей отношение к представлениям о возможности активного прекращения собственной жизни. Суицидальная активность имеет следующие феномены (этапы реализации):

- суицидальные мысли;
- суицидальные тенденции;
- суицидальная готовность;
- суицидальные попытки;
- завершённый суицид.

3. Феномен парасуицидальной активности реально повышает риск нарушения и прекращения социального и биологического функционирования без осознанной суицидальной активности. К ней относятся:

- аскетическая активность;
- пренебрежение здоровьем и отказ от лечения;
- психосоматические заболевания;
- самоповреждения;
- хроническое самоотравление;
- рискованное поведение.

4. Феномен десоциальной активности заключается в ограничении собственного социального и биологического функционирования. К ней относятся:

- снижение социальной активности (уединение и уход в монастырь, обет молчания, нежелание иметь семью и детей и т. п.);
- аддиктивное поведение.

12.3. Динамика суицидального поведения

У всех суицидентов обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения.

Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном от негативно окрашенных психологических переживаний (тревога, горе, обида, душевная боль и др.) до выраженных психопатологических синдромов (астения, депрессия, дисфория).

В динамике социально-психологической дезадаптации выделяют две фазы:

- 1) предиспозиционная (совокупность факторов, способствующих возникновению суицидальных тенденций);
- 2) суицидальная (с момента зарождения суицидальных тенденций до покушения на жизнь).

Для перехода predisposиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых основная, актуальная в данный момент потребность человека, другая тенденция — препятствие к ее удовлетворению. Исходя из этого, различают следующие типы суицидогенных конфликтов:

- внутренний (интраперсональный), обе стороны которого находятся внутри личности (страсть и долг);
- внешний (интерперсональный), одна из составляющих которого находится вне личности (авторитарный приказ, содержание которого противоречит моральным устоям личности, и т. п.);
- смешанный.

Суицидогенный конфликт может подвергаться генерализации, трансформации, переносу.

Генерализация конфликта — расширение круга лиц, связанных с локальным источником первоначального конфликта, в пределах одной сферы отношений (например, разгорающийся служебный конфликт, в который вовлекаются все новые люди).

Трансформация конфликта — на основе первичного конфликта в одной сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере отношений (например, увольнение с работы вследствие служебного конфликта приводит к социально-экономическим трудностям и вследствие этого — к росту внутрисемейной напряженности).

Перенос конфликта — изменение направления конфликтной реакции с истинного агента на замещающий его объект из другой среды отношений.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы.

Первая — predisposиционная — является лишь предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

- реальными (у здоровых);
- психотическими при патологических переживаниях у лиц, страдающих психотическими расстройствами (аффективными, бредовыми, галлюцинаторными).

Однако несмотря на различия причин, конфликт для субъекта всегда имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными переживаниями и стремлением его ликвидировать.

Вторая — суицидальная — представляет парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта. Переход первой фазы во вторую проходит через критический пункт:

- значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;
- субъективная оценка различных вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

Для принятия суицидального решения необходима личностная переработка конфликтной ситуации.

Таким образом, генез суицидального поведения определяется соотношением средовых, личностных и (при наличии психического расстройства) психопатологических факторов.

Развертывание суицидального поведения на оси времени включает:

- пресуицидальный период — период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации;
- попытку реализации во вне внутренних форм суицидального поведения в виде целенаправленного оперирования средствами лишения себя жизни;
- постсуицидальный период.

Внутренние формы суицидального поведения содержат:

- мысли;
- представления;
- переживания;
- суицидальные тенденции: замыслы, намерения.

Различают три ступени перехода внутренних форм суицидального поведения во внешние:

1-я ступень — пассивные суицидальные мысли-фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни («хорошо, если бы я умер»);

2-я ступень — суицидальные замыслы (активная форма). Продумываются формы суицида, время и место действия;

3-я ступень — суицидальные намерения — присоединение к замыслу решения и волевого компонента, к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным.

Выделяются два типа пресуицидального периода:

- аффективно-напряженный тип — время перехода от замыслов к действию короткое, высока интенсивность эмоциональных переживаний;
- аффективно-редуцированный тип, к которому относятся эмоционально холодные, астенические, гипотимные разновидности, интенсивность эмоций низка, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит прогнозируемый характер — по типу пассивного согласия на смерть.

Диагностика пресуицидального периода имеет особое значение в профилактике добровольного ухода из жизни. Э.Рингель (1976) описал диагностически важный *пресуицидальный синдром*, основанный на триаде: сужение, инверсия агрессии и суицидальные фантазии. В синдром входят следующие признаки.

- Резкое и почти внезапное сужение интеллектуального фона, ограничение мыслительных процессов, сужение содержания мышления, ослабление спо-

способности видеть жизнеспособные варианты, которые в обычном состоянии пришли бы на ум.

- Сужение восприятия, уход в себя, чувства одиночества, бессмысленности и безвыходности.
- Сильное смятение, т. е. обострение переживания человеком состояния полного крушения (планов, надежд и т. п.).
- Бессильная агрессия и упреки в адрес других, болезненно ощущаемое «опускание рук», сообщение о намерении покончить с собой.
- Повышенная неприязнь к себе, проявляющаяся в усилении самоотречения, ненависти к себе, стыда, вины, самообвинения, а также в действиях, идущих вразрез со своими собственными жизненными устремлениями.
- Идея прекращения, внезапное озарение, что существует возможность положить конец страданиям путем остановки этого непереносимого потока сознания. Бегство в фантазию, которая все более заполняется мазохистски-сладострастными сценами страданий, которые придется пережить значимым другим после суицида.
- «Затишье перед бурей», когда внешне невозмутимый пациент в деталях разрабатывает план самоубийства.

Большинство суицидологов выделяют следующие *поведенческие индикаторы суицидального риска* (цит. по: Старшенбаум Г. В., 2005):

- злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем;
- реакции ухода (эскейп-реакции) (уход из дома и т. п.);
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- приведение дел в порядок (оформление завещания, урегулирование конфликтов, письма к родственникам, дарение ценных личных вещей на память).

Внешние формы суицидального поведения:

- 1) суицидальная попытка,
- 2) завершённый суицид.

Если суицидальная попытка не привела к смертельному исходу, наступает *постсуицидальный период*. По продолжительности с момента совершения суицидальной попытки выделяют:

- 1) острый период (первые 7 суток);
- 2) ранний период (2–4 недели);
- 3) отдаленный постсуицидальный период.

Повышенная степень суицидального риска сохраняется на протяжении 12 месяцев с момента совершения суицидальной попытки.

В зависимости от степени выраженности суицидальных тенденций и особенностей психологической оценки происшедшего выделяют несколько типов постсуицидального периода.

Критический тип — характеризуется, как видно из определения, критической переоценкой случившегося и отказом от суицидального поведения как способа разрешения конфликта.

При аналитическом типе постсуицидального периода человек продолжает, по выражению Л. Н. Толстого, «биться и путаться» в поисках выхода из проблемной ситуации. При ограниченном числе вариантов разрешения проблемы возможен рецидив суицидального поведения.

Манипулятивный тип развивается в случае, если суицидальная попытка привела к изменению ситуации в пользу суицидента. При повторении подобных ситуаций возможно формирование демонстративно-шантажных форм суицидального поведения, проявляющихся в различных проблемных ситуациях по типу *клише*.

Наиболее сложным для коррекции считается суицидально-фиксированный тип постсуицидального периода, когда человек не видит альтернативного самоубийству способа разрешения проблемы. В его структуре важно различать реакции отрицательного баланса (чаще встречающиеся у неизлечимо больных людей, утративших социальную поддержку) и депрессивные реакции со специфическими когнитивными искажениями («все к худшему в этом худшем из миров»).

Для профилактики последующих суицидальных попыток представляется важным выявление факторов повышенного суицидального риска. Выделяют экстраперсональные и интраперсональные факторы повышенного суицидального риска.

Наиболее важные *экстраперсональные факторы*:

- 1) психозы и пограничные психические расстройства;
- 2) суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицидальный период (до 3 месяцев);
- 3) подростковый возраст;
- 4) экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия (служба в армии, длительные экспедиции, заключение, вынужденное одиночество и т. п.);
- 5) утрата семейного и общественного престижа, особенно в группе сверстников;
- 6) конфликтная психотравмирующая ситуация;
- 7) пьянство, употребление наркотиков и токсикоманических средств.

К *интраперсональным факторам* повышенного суицидального риска относят:

- 1) особенности характера, преимущественно шизоидного, сенситивного, эпилептоидного и психастенического типов;

- 2) сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- 3) неполноценность коммуникативных контактных систем;
- 4) неадекватную личностным возможностям самооценку;
- 5) отсутствие или утрату целевых установок, лежащих в основе ценности жизни.

Изучая повторные суицидные попытки в подростковом возрасте, С. А. Игумнов (2001) показал, что устойчивость суицидального поведения коррелирует с распространением клинически очерченных форм пограничной психической патологии. Причем повторные суицидные попытки достоверно чаще носили демонстративный характер.

При определении реального суицидального риска («суицидального потенциала» по Д. Уэсту и П. Васто (1982) необходимо учитывать не только факторы, способствующие суициду, но и антисуицидальные факторы, удерживающие человека от суицидального поведения.

Антисуицидальными факторами (анитисуицидальным барьером) считают:

- 1) выраженную эмоциональную привязанность к близким;
- 2) родственные обязанности;
- 3) чувство общественного долга, понятие о чести, дружеские привязанности;
- 4) зависимость от общественного мнения, особенно от мнения товарищей, представление о трусости, позорности суицида;
- 5) наличие планов, определяющих цель в жизни (Егоров А. Ю, Игумнов С. А., 2010).

Следует учитывать, что все эти факторы формируются годами, если не десятилетиями, поэтому в детском и подростковом возрасте антисуицидальный барьер еще не сформирован и в значительной степени определяется протопатическими эмоциями.

Для оценки степени суицидального риска Г. В. Старшенбаумом (2005) была специально разработана «Шкала суицидального риска», где учитываются как факторы риска суицида, так и антисуицидальные факторы.

12.4. Проблема аутодеструктивного (саморазрушающего) поведения

В литературе часто встречаются термины «аутоотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляют с суицидальными действиями. Если конечной целью аутоагрессивного акта является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В то же время нет оснований, например, относить к суицидальным действиям умышленное членовредительство или аутоагрессивные акты людей, находящихся в состоянии психоза.

Изучение саморазрушающего поведения началось с 1930-х годов. Исследователи были склонны трактовать поведение как аутодеструктивное только при возникно-

вении опасности для жизни и здоровья личности, что отмечалось при суицидах. С другой стороны, еще К. Меннингер в 1950 году отождествлял алкоголизацию и наркотизацию с *хроническим суицидом* — неосознанной формой саморазрушения при отсутствии планов и перспектив на будущее, при этом реальный суицид больных алкоголизмом являлся, по мнению автора, прорывом в сознание стремления к смерти.

В современной литературе широко распространены понятия *аутодеструктивного*, или *саморазрушающего*, поведения. А. Г. Амбрумова (1974) не без основания считает, что существует ряд взаимопереходящих форм саморазрушающего поведения, крайней точкой которого является суицид.

В современной психиатрии сохраняются две тенденции толкования понятия саморазрушающего (аутодеструктивного) поведения. Ряд специалистов считает, что это понятие включает в себя исключительно случаи попытки самоубийства, при которых суициденты были «уверены в своей относительной безопасности, полностью отдавая себе отчет — даже в самый критический момент — в том, что должны выжить». По этой причине было предложено использовать термины «самоотравление» и «самоповреждение» вместо термина «попытка самоубийства».

В 1970-х годах для обозначения этого явления был введен термин «парасуицид», когда индивидуум намеренно наносит себе повреждения или принимает лекарственное вещество в количестве, превышающем терапевтические дозы. Несколько позже было предложено понятие «умышленное нанесение себе вреда», включающее в себя умышленное самоотравление или самоповреждение. В любом случае следует учитывать, что различие между самоубийством и умышленным нанесением себе вреда не является абсолютным: иногда в результате псевдосуицидальной попытки погибают, а после жизнеопасных действий остаются в живых. Более того, многие суициденты амбивалентны в момент совершения причиняющих вред действий и не отдают себе полного отчета в том, хотят ли они умереть или остаться в живых.

Риск суицида у тех, кто умышленно наносил себе вред в ближайший год, в 100 раз выше, чем в общей популяции.

Более широко рассматривают понятие «саморазрушающее поведение» А. Е. Личко и Ю. В. Попов (1989), к которому они относят суицидные попытки и действия, стремление к рискованным видам спорта, а также участие в опасных для жизни авантюрах, драках, преступлениях, аддиктивное поведение, делинквентность и сексуальную распущенность. Ряд современных исследователей к саморазрушающему поведению относят также намеренную рабочую перегрузку, упорное нежелание лечиться, рискованную езду на автотранспортных средствах, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии. В более широком смысле аутоагрессивными действиями считают некоторые религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокою эксплуатацию, войны, т. е. все те осознанные ауто-

и гетероагрессивные действия, которые приводят к индивидуальному или массовому саморазрушению и самоуничтожению людей.

Акт умышленного причинения себе вреда. Как правило, для умышленного причинения себе вреда применяются лекарства, которые в большинстве случаев не представляют реальной угрозы для жизни (самоотравление). Из лекарств в основном используются транквилизаторы и анальгетики, реже — антидепрессанты. В последнее время применение барбитуратов стало редким, так как сейчас их получение проблемно. Почти 50 % мужчин и 25 % женщин перед самоотравлением употребляли алкоголь. Самоповреждение составляет от 5 до 15 % случаев умышленного нанесения себе вреда. Самый распространенный метод самоповреждения — умышленное нанесение себе ран. Реже случаются прыжки с высоты и под колеса транспорта. Еще реже встречаются выстрелы из огнестрельного оружия (за исключением случаев так называемого самострела в армии), самоутопление, так как это зачастую ведет к смерти.

Как и в случаях с самоубийством, в большинстве стран мира растет частота умышленного нанесения себе вреда. Официальная статистика дает заниженные результаты. Нередко это молодые люди, среди которых доля женщин в 2 раза превышает долю мужчин. У женщин пик приходится на возраст 15 — 30 лет, у мужчин — на более поздний возраст.

Явление особенно распространено среди низших социальных слоев, среди разведенных или одиноких. Чаще самоповреждения совершаются в районах, где отмечается перенаселенность, безработица, большое количество многодетных семей, значительная социальная мобильность.

По мнению большинства исследователей проблемы, главную роль в происхождении саморазрушающего поведения играют стрессовые ситуации. Из них самыми частыми являются недавняя ссора с супругом (супругой, другом), недавно перенесенное соматическое заболевание или тяжелая болезнь одного из членов семьи, судебное разбирательство.

Предрасполагающим фактором может быть высокий уровень безработицы в данном регионе. Кроме того, риск выше у тех, кто рано осиротел, был лишен родительской заботы или подвергался жестокому обращению.

Среди лиц, умышленно причинивших себе вред, психически больные люди составляют абсолютное меньшинство (при завершеном суициде — существенно больше). Часто среди них распространена психопатия (у 33–50 %). Нередко встречается алкоголизм (15–50 % у мужчин и 5–15 % у женщин).

Мотивация. Мотивы обычно сложны и противоречивы. Больные большей частью скрывают свои истинные мотивы (например, под влиянием фрустрации или «со зла») и сообщают о других («хотел покончить с собой»). Необходим объективный анализ мотивов. Нередко мотивом является желание повлиять на других людей — крик о помощи.

Исход. Важность имеют два исхода: риск повторения самоповреждения и риск суицида от повторной попытки.

Повторные попытки отмечаются у 15–25 % больных. Выделяются три основные схемы поведения: 1) повторяют акт самоповреждения только однажды; 2) повторяют

несколько раз, но только в течение определенного периода, когда испытывают трудности; 3) повторяют многократно в течение длительного периода жизни как привычный ответ на стресс (таких меньшинство).

Прогностические факторы, указывающие на повышенную вероятность повторного акта умышленного причинения себе вреда:

- умышленное причинение себе вреда в предшествующий период;
- психиатрическое лечение в предшествующий период;
- асоциальное расстройство личности;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- криминальное прошлое;
- принадлежность к низшему социальному классу;
- безработица.

Риск совершения самоубийства у этих людей повышен (в 100 раз по сравнению с общей популяцией). У 33–50 % самоубийц в анамнезе были попытки самоповреждения.

Прогностические факторы, указывающие на повышенную вероятность самоубийства после намеренного причинения себе вреда:

- 1) наличие доказательств серьезности намерений;
- 2) депрессивное расстройство;
- 3) алкоголизм или злоупотребление наркотиками;
- 4) расстройство личности;
- 5) предшествующие суицидные попытки;
- 6) социальная изоляция;
- 7) безработица;
- 8) пожилой возраст;
- 9) принадлежность к мужскому полу.

При оценке состояния человека, умышленно причинившего себе ущерб, нужно обращать внимание прежде всего на три аспекта:

- 1) существует ли в настоящий момент риск суицида и насколько велика такая опасность;
- 2) насколько значителен риск суицида или повторного акта самоповреждения в будущем;
- 3) выявление любых текущих медицинских или социальных проблем и оценка степени их серьезности.

Обстоятельства, указывающие на *интенсивные суицидные намерения*:

- акт был запланирован заранее;
- принимались меры предосторожности во избежание раскрытия замысла;
- не предпринимались попытки получить помощь после акта;
- использовался опасный способ причинения себе вреда;
- наличие «финального акта» (предсмертная записка, составление завещания).

12.5. Профилактика суицидального поведения

*«Мир, вероятно, спасти уже не удастся,
но отдельного человека всегда можно»*

И. Бродский

Первый центр по предотвращению самоубийств был организован в США в Лос-Анджелесе в 1958 году. Сегодня во многих учебных заведениях происходит внедрение профилактических программ по обучению студентов и преподавателей выявлению предполагаемых суицидентов. Однако эти новые программы еще не доказали своей эффективности среди молодежи.

Другой превентивной мерой является ограничение доступа предполагаемых суицидентов к средствам, с помощью которых можно легко убить себя. Такие методы, как барьер, который не позволяет людям легко спрыгнуть с моста, а также ограничение доступа к огнестрельному оружию, доказали свою эффективность в снижении уровня суицидов в обществе. Эти методы позволяют создать препятствия на пути немедленного суицида, вследствие чего суицидальные мысли могут измениться и решимость совершить суицид исчезнет. Препятствия также позволяют в некоторых ситуациях случайному спасателю физически вмешаться и предотвратить суицид.

Медицинские и психологические составляющие профилактики самоубийств имеют следующие направления:

- подготовка специалистов, способных выявить степень риска суицида у больного и назначить адекватное лечение;
- назначение адекватной психофармакологической терапии психически больным с риском суицида;
- создание системы специальной кризисной помощи (центры по предупреждению самоубийств, телефоны доверия, различные общественные организации и т. д.).

Для профилактики умышленного причинения себе вреда (самоповреждения и самоотравления) предлагаются три стратегии.

1. Уменьшение доступности лекарственных средств. Абсолютное большинство лекарственных средств должно отпускаться только по рецептам врача, а не находиться в свободной продаже. Если какое-либо лекарство все же отпускается без рецепта (например, ненаркотические анальгетики), то его следует продавать в небольших упаковках или в виде пластыря, чтобы воспрепятствовать импульсивному потреблению данного препарата в больших количествах.
2. Поддержка деятельности служб по оказанию помощи людям, находящимся в критическом состоянии.
3. Санитарное просвещение (например, проведение среди подростков дискуссии об опасности передозировки лекарств, об общих эмоциональных проблемах).

Одним из направлений современной суицидологии является кризисная терапия. Кризисная терапия — набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения, и в первую очередь попыток самоубийства.

Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров и психологов. Для наблюдения суицидентов требуется организации специальной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Службы кризисной терапии действуют во многих странах и в значительной мере определяют относительно невысокий уровень суицидов за рубежом. Так, во Франции кризисная суицидологическая служба работает в 150 городах, в Великобритании — в 300, в США — в 600, а после теракта 11.09.2001 в городах Нью-Йорк и Вашингтон она была значительно расширена. Для сравнения: в России в настоящее время работает не более 20 психотерапевтических центров, в которых в том числе осуществляется прием и кризисных пациентов (Старшенбаум Г. В., 2005).

Одной из целей кризисной терапии является стремление избежать госпитализации, которая может усложнить задачу адаптации пациента к его жизненному окружению. На Западе достаточно популярным является лечение в условиях дневного (ночного — для работающих) стационара. Практикуется также пребывание в кризисном общежитии, которое располагается вне больницы, отличается созданием домашней обстановки, практическим отсутствием персонала и организованных лечебных мероприятий. Используются также домашние кризисные стационары, когда пациентов (обычно двух) помещают в чужую семью, где они находятся под динамичным наблюдением врача и медсестры в течение двух недель. Решающее значение в общежитиях и домашних стационарах имеет благоприятное влияние терапевтической среды.

В случае высокого суицидального риска пациент направляется на лечение в психиатрический стационар, даже в случае его отказа от добровольной госпитализации в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 3185-1 от 02.07.1992 г. (аналогичные показания присутствуют в законодательных актах других стран). Одним из важнейших показаний к госпитализации больных является выявление следующих факторов суицидального риска (см. Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2010):

- 1) актуальные суицидальные замыслы с отклонением альтернативных идей, а также наличием точного плана суицида;
- 2) наличие признаков психического расстройства и химической зависимости;
- 3) предшествовавшие суицидальные попытки, особенно в течение последних 12 месяцев и особенно совершенные не путем отравления лекарствами;
- 4) суицидальные попытки в семье или среди ближайшего окружения;
- 5) семейные конфликты, особенно с применением насилия и угрозой развода;
- 6) социальная изоляция;

- 7) потеря работы и трудоспособности, прекращение учебы, конфликты с законом.

В России на законодательном уровне разработана *структура суицидологической кризисной службы*, которая регламентируется Приказом Минздрава РФ № 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». В соответствии с Приказом суицидологическая служба должна состоять из *четырёх подразделений*:

- 1) телефон доверия, расположенный отдельно от психиатрической службы;
- 2) кабинет суицидолога психоневрологического диспансера (ПНД);
- 3) кабинет социально-психологической помощи в поликлинике;
- 4) кризисный стационар в больнице общего профиля.

Тактика кризисной терапии предполагает исследование значения психотравмирующей ситуации для пациента, обеспечение необходимой социальной и микросоциальной поддержки, проявление сочувствия и побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы. Поскольку суицидальный кризис длится не более шести недель, кризисная терапия должна быть краткосрочной. Кроме того, она должна помочь пациенту изменить свою позицию в кризисной ситуации (Старшенбаум Г. В., 2005). Л. Раппопорт в свое время (1962) выделил следующие *цели кризисной терапии*:

- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств. Развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Показаниями для кризисной терапии являются: суицидоопасные состояния, обусловленные кризисной ситуацией (социально-психологическими утратами), проявляющиеся в сфере аффективных реакций субклинического и клинического уровней и развивающиеся у практически здоровых лиц, больных с пограничными нервно-психическими расстройствами и сохранных душевнобольных вне связи с эндогенными механизмами заболевания (Старшенбаум Г. В., 2005).

Кризисная терапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, причем приоритет должен быть отдан индивидуальной. Кризисная терапия проводится в стационарных и амбулаторных условиях, а также на дому или по телефону.

Кризисная терапия имеет следующие *этапы вмешательства*:

- 1) начальный — беседа, установление контакта, оценка суицидального риска;
- 2) второй — направлен на овладение ситуацией, формирование в сознании пациента картины психотравмирующей ситуации, ее структурирование, преодоление исключительности ситуации;
- 3) третий — заключается в планировании действий, необходимых для преодоления кризиса;
- 4) этап коррекции суицидальных установок;
- 5) завершение терапии.

Экстренная психологическая помощь по телефону доверия. В 1950 году в США профессионалы в области психического здоровья основали первую телефонную линию доверия для людей, находящихся в бедственном положении. На прямом проходе круглосуточно дежурили психиатры или специальным образом подготовленные люди, которые внимательно выслушивали отчаявшихся и объясняли последним, как можно получить профессиональную помощь.

Организация «Самаритяне» была основана в Великобритании в 1953 году. Всем, кто находит в состоянии отчаяния, предлагалось звонить по широко рекламируемому номеру телефона. Главная задача — профилактика самоубийств. Структура представляет собой небольшой оплачиваемый штат с достаточно символической оплатой — психотерапевты, социальные работники, психологи, которые осуществляют отбор, подготовку и супервизорство основного контингента, работающего «на трубке». Основной контингент — это волонтеры-непрофессионалы, которые работают бесплатно 6–12 часов в неделю.

Основные принципы работы телефона доверия (ТД):

- доступность в любое время;
- анонимность (взаимная);
- недирективность (отсутствие психологического давления на собеседника);
- отказ от политических, религиозных и прочих установок в беседе.

Возникает вопрос: почему люди звонят, а не обращаются прямо к профессионалам? Во-первых, это анонимно и бесплатно. Во-вторых, как считает А. В. Пономарев (2003), у человека существует экзистенциальная тоска по общению вне социальных ролей. В ТД парадоксально сочетаются интимность и безадресность. Человек обращается неизвестно к кому, т. е. ко всему обществу.

Подготовка добровольцев на ТД занимает на Западе 6–8 месяцев и осуществляется по трем направлениям:

- 1) выработка стабильного отношения к собеседникам на основе эмпатии и невмешательства (недирективности);
- 2) содержательная подготовка: тренировка умения слушать, минимальные знания по психологии и психиатрии, четкое осознание границ своей компетентности;

- 3) личностный рост и развитие, самоконтроль. Индивидуальная работа над собой, участие в супервизорских группах. Написание отчета о беседе, который подвергается анализу.

В мире существуют три крупные международные ассоциации ТД: Самаритяне, LifeLine, IFOTES. Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи является ассоциированным членом IFOTES.

Основное отличие ТД в России и странах СНГ в том, что они построены на профессиональной основе: «на трубке» за определенную плату, которая никак не учитывает специфику работы на ТД, работают профессионалы — психологи, врачи, педагоги. Независимых служб экстренной психологической помощи нет.

Существует молодежный ТД для лиц от 12 до 20–25 лет, а также их родных и близких. До 1/3 обращений по молодежному ТД идут от родителей. Отбор кандидатов на молодежный ТД осуществляется по следующим качествам (Моховиков А. Н., 2001):

- 1) высокий уровень нравственного развития. Доверяется тайна, а работа идет без внешнего контроля;
- 2) личностные особенности. Способность к эмпатии, сопереживанию при одновременном сохранении личной дистанции, препятствующей индифференцированию консультанта. Толерантность, терпимость, самообладание, чувство юмора;
- 3) жизненный опыт, его широта, знакомство с реалиями жизни;
- 4) возраст. Есть разные мнения на этот счет. Одни считают, что подростка поймет только подросток. Это весьма спорно и переключается с пожеланием, чтобы психиатрами работали только душевнобольные, так как они лучше понимают переживания. Возможна пара подросток — взрослый. Другая точка зрения заключается в том, что работать должен только мудрый взрослый, воспитавший своих детей. Вероятно, наиболее оптимален возраст 25–30 лет, когда человек еще достаточно молод, но уже приобрел определенный жизненный опыт;
- 5) образование в широком смысле как наличие целостной картины мира, способности к усвоению нового. Самоподготовка;
- 6) умение слушать.

Следует отдельно остановиться на предупредительных мерах и реакции лиц окружения суицидоопасного человека. К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно и обращать на них внимание. Если человек находится в депрессии, не игнорируйте его состояние, не преуменьшайте и не отрицайте, а поддержите его эмоционально и похвалите за недавние успехи. Скажите, что чувства подавленности и тоски обычны для людей с серьезными эмоциональными проблемами, но со временем наступит облегчение. Если возникнет впечатление, что идет подготовка к самоубийству, постарайтесь выяснить, есть ли конкретный план действий. И чем острее ситуация, тем важнее:

- обратиться за профессиональной психотерапевтической помощью;
- постараться добиться от подростка обещания, что он не будет действовать под влиянием нахлынувших чувств, не поговорив с вами или по телефону доверия;
- спрятать опасные предметы (таблетки, бритвы, ножи и т. п.), которые могут быть использованы для реализации попытки самоубийства.

В заключение следует отметить, что со смертью каждого человека гибнет Вселенная — неповторимый мир идей, чувств, переживаний, мир индивидуального, неповторимого опыта. Мы не можем оставаться безучастными к этому. Самоубийство — чисто человеческий, сознательный поведенческий акт. Самоубийство является платой за разум, индивидуальность, за свободу воли и выбора. Тем не менее наша общая задача — ограничить число самоубийств, научиться предупреждать их. Для этого необходимо всесторонне изучать данный феномен.

12.6. Типичные ошибки или заблуждения, затрудняющие оценку суицидального поведения

Профилактика самоубийств должна начинаться прежде всего с развенчания мифов, якобы объясняющих психологию людей, покончивших жизнь самоубийством. Некоторые из них, получившие наибольшее распространение, изложены ниже.

Заблуждение № 1. Самоубийства совершаются в основном психически ненормальными людьми.

Изучение обстоятельств суицида показало: большинство из лишивших себя жизни — это практически здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Они никогда не лечились у психиатров, не обнаруживали каких-либо поведенческих отклонений, позволяющих отнести их к категории больных. По данным многих авторов, на учете в психоневрологических диспансерах состояло лишь около 20 % суицидентов и только 8–10 % нуждались в специализированной медицинской помощи.

Заблуждение № 2. Самоубийства предупредить невозможно. Тот, кто решил покончить с собой, рано или поздно это сделает.

Большинство людей, обдумывающих возможность самоубийства, хотят, чтобы их страдания закончились, и стремятся найти альтернативу или пути облегчения боли. Еще В. М. Бехтерев (1912 г.) отмечал, что потребность к самоуничтожению у подавляющего большинства людей является лишь временной. Н. А. Бердяев подчеркивал, что самоубийцы — это люди с «ободранной кожей», т. е. суицид — это крик о помощи.

Таким образом, потребность суицидента в душевной теплоте, желание быть выслушанным, понятым, готовность принять предлагаемую помощь — все это убеждает, что организация профилактики самоубийств необходима.

Заблуждение № 3. Если человек открыто заявляет о желании покончить с собой, то он никогда не совершит самоубийства.

По данным исследований, 3/4 людей, совершивших самоубийства или покушавшихся, сообщали о своих намерениях ближайшему окружению, а изучение уголовных дел показало, что около 20 % суицидентов ранее уже пытались покончить с собой.

Заблуждение № 4. Если загрузить человека работой, то ему некогда будет думать о самоубийстве.

У некоторых руководителей сложилось упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального происшествия. По их мнению, если люди будут загружены работой и за ними будет осуществляться жесткий контроль, то проблема будет решена. Реальное же осуществление такой «профилактики» выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что может привести к истощению психофизиологических ресурсов организма, еще больше повышая вероятность суицидальных попыток.

Заблуждение № 5. Существует некий тип людей, склонных к самоубийству.

Самоубийство совершают люди различных психологических типов. Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее личностной оценки как непереносимой.

Заблуждение № 6. Тенденция к суициду наследуется.

Не существует достоверных данных о генетической предрасположенности к самоубийству. Тем не менее суицид в семье может быть деструктивной моделью для подражательного поведения.

Заблуждение № 8. Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки.

Анализ суицидальных действий показал, что они являются результатом достаточно длительной психотравматизации. Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев.

Заблуждение № 9. Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова.

Если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность — в первые два месяца.

Заблуждение № 10. С депрессией можно справиться усилием воли.

Призывы типа «возьмите себя в руки!», «будь мужчиной!» и т. п. лишь снижают самооценку, поскольку сознательно контролировать депрессию не удается.

Заблуждение № 11. Разговоры о самоубийстве могут способствовать его совершению.

Обсуждение суицидальных настроений собеседника в действительности демонстрирует ему, что кто-то готов понять и разделить его боль. Разговор может стать — и часто становится — первым шагом в предупреждении суицидов.

12.7. Правовые аспекты суицидального поведения

12.7.1. Общие вопросы назначения психолого-психиатрической экспертизы

В обществе возникает ряд ситуаций, при которых суицидальное поведение человека не только является поводом для принятия мер кризисной интервенции со стороны специалистов помогающего профиля, но и анализируется с точки зрения уголовно-правовых категорий. В последнем случае речь идет об оценке обстоятельств суицидального акта специалистами правоприменительной сферы (следователями, судьями, адвокатами) с привлечением психолого-психиатрических знаний в форме судебных посмертных экспертиз.

Традиционно выделяют два типа юридически значимых ситуаций, являющихся поводом для назначения судебных посмертных психолого-психиатрических экспертиз (Сафуанов Ф. С., 2014). Во-первых, необходимость следственных органов установить истинность или ложность версии о самоубийстве (с последующим исключением или подтверждением факта убийства, несчастного случая). Нередко экспертизы такого рода назначаются в рамках доследственной проверки сообщения о преступлении (на основании ст. 144 Уголовно-процессуального кодекса РФ), и в этом случае экспертное заключение призвано раскрыть субъективную сторону обстоятельств смерти, в частности связанных с личностью суицидента: исключение или констатация у умершего непосредственно перед смертью истинных суицидальных намерений, раскрытие личностного смысла суицида, выявление психологических и психопатологических (болезненных) предпосылок и детерминант суицида. Особо оговаривается, что недопустимо использование экспертного вывода в качестве доказательства при определении рода смерти. Во-вторых, посмертные психолого-психиатрические экспертизы могут назначаться следственными органами несмотря на доказанность факта суицида, и в этом случае экспертные выводы позволяют определить детерминированность суицидального поведения при квалификации статьи 110 Уголовного кодекса РФ, которая предусматривает уголовную ответственность за доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего. Кроме того, несмотря на доказанность факта суицида, правоохранительные органы могут интересоваться детерминация суицидального поведения с точки зрения квалификации признаков, отягчающих криминальные действия обвиняемого в отношении потерпевшего, совершившего суицид (п. 6 ч. 1 статьи 63 Уголовного Кодекса РФ: «наступление тяжких последствий в ре-

зультате совершенного преступления»), например наступление тяжких последствий в виде суицида у потерпевшей по делам об изнасиловании.

Необходимость производства судебной посмертной экспертизы (СПЭ) для квалификации психического состояния лица, покончившего жизнь самоубийством, возникает в ситуациях следующего рода:

- когда судебно-следственные органы формулируют *предварительный* вывод о факте самоубийства (а не убийства или несчастного случая) и экспертные выводы могут использоваться для выяснения обстоятельств, характеризующих личность суицидента;
- при *доказанности* факта самоубийства судебно-следственные органы исследуют вопрос о детерминации суицидального поведения, и экспертные выводы используются правоохранительными инстанциями при доказательстве причинно-следственной связи между фактом самоубийства потерпевшего и действиями обвиняемых.

С учетом описанных юридических оснований перед экспертами (психологами, психиатрами) могут быть поставлены следующие вопросы:

- В каком психическом (психологическом) состоянии находилось лицо в период, непосредственно предшествовавший его смерти? Имело ли это состояние характер, предрасполагающий к самоубийству?
- Существует ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого (указать какими) и психическим состоянием потерпевшего в период, предшествовавший самоубийству?

В практике судебной психолого-психиатрической экспертизы самоубийства занимают особое место в силу специфики задач и методов исследования. Отличительной особенностью экспертного исследования и одновременно его методологической сложностью является заочность, отсутствие возможности актуального клинического и экспериментально-психологического обследования лица с целью верификации выдвигаемых гипотез. Основным методом исследования в этих условиях является психологическая аутопсия, предложенная как метод распознавания суицида в 1968 году известным американским суицидологом и танатологом Э. Шнэйдманом. В отличие от аутопсии медицинской (вскрытие трупа) психологическая аутопсия предполагает вскрытие всех психологических обстоятельств суицида. Фактически речь идет о ретроспективной оценке и реконструкции психологических обстоятельств, в широком смысле предшествующих и сопутствующих самоубийству, включая условия семейного воспитания, устойчивые индивидуально-психологические особенности погибшего (обусловленные в том числе возможной психической патологией), характер его взаимоотношений с окружением, наличие конфликтов и особенностей реагирования на жизненные затруднения и в целом качество социально-психологической адаптации. Прицельно реконструируется психическое (психологическое) состояние у лица непосредственно накануне суицида, анализируется динамика развития суицидальных тенденций, детерминированных внешними (сре-

довыми) и внутренними (личностными, в том числе при расстройствах психики) факторами.

При этом единственным источником информации, т.е. объектом экспертного исследования, выступают исключительно материалы уголовного дела, собранные следователем, — как правило, с акцентом на изучении внешней фактологической стороны юридически значимых событий. Являясь, как уже было сказано, заочным видом исследования, посмертная психолого-психиатрическая экспертиза предъявляет повышенные требования к полноте и качеству предоставленных материалов уголовного дела, поскольку экспертные гипотезы не могут быть верифицированы, объективизированы в процессе клинической беседы и экспериментально-психологического обследования погибшего.

Последнее обстоятельство требует от органа, назначившего экспертизу, особой тщательности в сборе материалов уголовного дела, которые оказываются единственным источником информации об особенностях развития суицидента, его индивидуально-психологических особенностях, типичных адаптационных стратегиях и стиле реагирования в конфликтных ситуациях, а также о психотравмирующей ситуации, сложившейся вокруг погибшего накануне расследуемого события, особенностях восприятия погибшим указанной ситуации, оценке своих личностных ресурсов и о динамике психического состояния непосредственно перед суицидным актом. Таким образом, качество и полнота собранных материалов во многом определяют обоснованность, надежность экспертных выводов.

Согласно положениям отечественной суицидологической школы, контингент суицидентов представляет континуум от полюса психически больных с выраженными психопатологическими расстройствами до полюса практически здоровых лиц. При этом сам суицид рассматривается как сложный биопсихосоциальный феномен, как результат влияния на личность различных культуральных, социальных, психологических и клинических (психопатологических) факторов, которые деструктивно воздействуют на адаптивные механизмы личности, что в совокупности приводит к развитию кризисного состояния, сопровождающегося переживаниями субъективно неразрешимого микросоциального конфликта (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Проблема суицидов, обладая мультидисциплинарным характером, с различных теоретических позиций анализируется в многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных авторов. На сегодняшний день в рамках интегративного подхода существует несколько тенденций в освещении проблемы суицидальной активности. Во-первых, выделяется безусловная роль особенностей личности в формировании суицидального поведения. При этом в зависимости от подхода, которого придерживается тот или иной автор, первичная роль в формировании суицидального поведения отводится либо биологическим особенностям человека, либо его психологическим чертам. Во-вторых, отмечается, что суицид — это полифакторное явление, и кроме биологической предрасположенности и соответствующих психологических черт свой вклад в суицидальную активность вносят ситуативные, социально-средовые параметры. Например, отмечается влияние семьи, и в частности ее распад в раннем возрасте, некоторые стили неправильного воспитания рассматри-

ваются как факторы суицидального риска. Эти факторы формируют некую общую предрасположенность к суицидальной активности. На принятие же собственно рокового решения оказывает влияние актуальная ситуация, суицидоопасными чертами которой становятся стрессогенное событие и вытекающая из него фрустрация потребностей, а толчок к совершению суицидального акта дается, может быть, и не самым значимым событием, но тем, которое переполнило чашу страданий суицидента (Шнэйдман Э., 2001).

12.7.2. Применение принципов экспертного анализа на примере посмертных заключений для квалификации судебной посмертной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ)

В качестве иллюстрации применения перечисленных выше принципов экспертного анализа суицидального поведения приведем данные анализа 74 заключений посмертных психолого-психиатрических экспертиз (Бочаров В. В., Смирнов В. П., Смирнова Т. Г., 2015), проведенных в рамках доследственных проверок и уголовных дел, возбужденных следственными органами по фактам гибели военнослужащих. Исследование проводилось с целью изучения связи законченного суицида лиц молодого возраста с психопатологическими, социально-средовыми факторами, психологическими особенностями личности и особенностями ее социализации. Все погибшие являлись лицами мужского пола, признанными годными к воинской службе по психическому состоянию. Основными методами исследования являлись психологическая аутопсия и ретроспективная оценка состояния накануне смерти.

В частности, в проведенном нами исследовании качественному анализу подвергались следующие источники: медицинская документация погибшего, учебные и трудовые характеристики гражданского периода жизни, служебные характеристики, показания родственников и близких друзей, показания сослуживцев и командиров и иных свидетелей, протоколы осмотра места события, заключение судебно-медицинского эксперта, а также собственная продукция суицидента — предсмертные записки, дневники, письма, интернет-переписка (включая социальные сети), смс-переписка по телефону, надписи на собственном теле и подручном материале, предсмертные аудиозаписи.

В 13 случаях (17,6%) состояние суицидента в момент гибели ретроспективно расценивалось экспертами-психиатрами как болезненное в рамках психотического регистра («острое полиморфное психотическое расстройство», «острое шизофреноподобное психотическое расстройство», «шизотипическое расстройство личности»). В 27 случаях (36,5%) психическое состояние суицидента определялось отсутствием каких-либо нарушений, включая нарушения пограничного уровня. Соответственно, в 37 случаях (45,9%) констатировались нарушения пограничного уровня (разделы МКБ-10: «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», «расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», «расстройства настроения (аффективные расстройства)'). Личностным смыслом в 57% рассмотренных случаев являлся «уход», что нередко соответствовало общей жизненной стратегии со-

владения с трудными ситуациями (например, 45% суицидентов из нашей выборки прекратили обучение в учебных заведениях до призыва в вооруженные силы на фоне нарастающих академических проблем и сложностей адаптации, отсутствия дружеских отношений в учебном коллективе). 54% суицидальных актов совершено в период адаптации к армейской службе, ещё 35% — в период, непосредственно предшествующий демобилизации из вооруженных сил.

Достоверно чаще у погибших встречались такие качества, как спокойствие, бесконфликтность и замкнутость (по ретроспективным отчетам сослуживцев, семьи) в различных сочетаниях. Кроме того в 76,7% случаев у суицидентов наблюдались разнонаправленные дихотомические тенденции в поведении (такие лица характеризовались как одновременно спокойные и вспыльчивые; общительные и замкнутые). Очевидно, эти результаты свидетельствуют о существовании в личностной организации суицидентов разнонаправленности, амбивалентности (например, стремление к общению против неспособности снизить возникающее кризисное напряжение, сообщив о нем и обсудив его с близкими людьми; желание и одновременно невозможность контролировать собственные агрессивные импульсы), которые ранее уже описывались известными суицидологами на мотивационном уровне (например, одновременное существование у будущего суицидента желания жить и стремления к смерти).

Попытка применить статистические методы для изучения влияния групповой динамики на индивидуальный суицидогенез не дала существенно важных данных, однако качественный анализ выявил ряд специфичных для «воинских» суицидов факторов.

1. *Возрастной фактор*, или фактор незавершенного кризиса идентичности: призыв на воинскую службу приходится на психологически неустойчивый период юношества, который характеризуется бурными внутренними переживаниями и размышлениями, в результате чего происходит осмысление и выбор жизненных ценностей, определение собственной позиции в социуме, закладывается направление профессиональной карьеры, определяются стереотипы взаимоотношений с окружающими. При этом незавершенность процесса формирования идентичности нередко сопряжена с инфантильностью, незрелостью, зависимостью в отношениях или, наоборот, категоричностью или эгоцентричностью в отношениях со сверстниками (в том числе противоположного пола), перебором учебных заведений с последующим уходом в армию, что может субъективно и неосознанно рассматриваться молодым человеком как временный уход от принятия им важных решений, требующих его самоопределения в жизни.
2. *Фактор симбиотичности* (чрезмерной эмоциональной привязанности) в детско-родительских отношениях, а чаще в диадных отношениях мать — ребенок: резкая смена стереотипов жизнедеятельности в воинском коллективе, сопряженная с разрывом или резким ограничением эмоциональных связей со значимой фигурой (матерью), может выступать дезадаптирующим

фактором вследствие того, что стабилизация эмоционального состояния для таких личностей привычно наступает только в ходе эмоционального разделения негативных отрицательных эмоций с близким привычным окружением.

3. *Фактор опосредованности механизмов саморегуляции*: длительное пребывание в воинском коллективе, имеющем жесткую внешнюю регламентированность образа жизни (распорядок дня), с необходимостью подчинения внутренних переживаний условиям объективной реальности требует определенной зрелости эмоционально-волевой сферы.
4. *Фактор компетентности в ситуации негативной групповой динамики* (например, неуставных отношений): наличие как официальной (вертикальной) иерархии взаимоотношений в системе «командир — подчиненный солдат», так и неофициальной (горизонтальной) иерархии взаимоотношений, подразумевающей выстраивание контактов с сослуживцами одного призыва и сослуживцами, имеющими большой стаж службы в вооруженных силах. Указанный фактор также может патологизировать такой аспект кризиса идентичности суицидента, как проблема членства в группе сверстников (референтной группе).
5. *Включенность в групподинамические процессы* (как в актуальном воинском коллективе, так и с оставшимися в гражданской жизни более успешными сверстниками) может патологизировать его внутреннюю ситуацию затянувшегося и незавершенного кризиса идентичности, например, в тот период, когда внешняя ситуация (предстоящая демобилизация, ожидания родителей) требует решения проблем выбора карьеры и профессионального самоопределения в социуме.

Полученные данные позволяют заключить, что групповая динамика, как актуально существующая перед суицидом (в воинском коллективе), так и сохраняющаяся на ментальном уровне (симбиотические отношения суицидента со значимыми фигурами, родственниками), а также характерологические особенности суицидента в сочетании со спецификой возрастного периода (период юношества и молодости со свойственными незавершенными кризисами идентичности) вносят существенный вклад в формирование, развитие и реализацию суицидального поведения лиц молодого возраста в период прохождения воинской службы.

Таким образом, детальное, качественное и убедительное вскрытие причин и механизмов завершеного суицида позволяет не только констатировать наличие или отсутствие причинно-следственной связи между действиями предполагаемого обвиняемого и суицидальным состоянием солдата с последующим привлечением к уголовной ответственности виновного, но и осмыслить и принять внутреннюю логику суицида, который воспринимается родителями погибшего как неподдающийся объяснению, чуждый для их ребенка, а следовательно, и маловероятный (с точки зрения родителей) поступок.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы основные формы суицидального поведения?
2. Каковы основные подходы к исследованию суицидального поведения?
3. Опишите пре-суицидальный личностный комплекс.
4. Из каких этапов формируется индивидуальный суицидогенез?
5. Какие факторы определяют повышенный риск совершения самоубийства?
6. Какие принципы лежат в основе профилактики суицида?
7. В чем заключается юридическое значение судебной психолого-психиатрической экспертизы суицидентов?
8. Раскройте методологические подходы производства посмертной экспертизы.

Глава 13

СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АГРЕССИИ

- 13.1. Психология агрессии и этнорелигиозные конфликты
- 13.2. Психология экстремизма и терроризма
- 13.3. Психологические особенности личности экстремиста и террориста
- 13.4. Социально-психологические особенности развития устойчивой экстремистской группы
- 13.5. Психология толпы
- 13.6. Психологические основы ведения переговорной деятельности

13.1. Психология агрессии и этнорелигиозные конфликты

Психология этнорелигиозных конфликтов требует междисциплинарного подхода и является научно-психологическим анализом взаимодействия социально-экономических, политических, этнических, этнокультурных, религиозно-исторических, историко-культурных и богословско-догматических факторов различного рода конфликтов. Это не только теоретический анализ, но и поиск рекомендаций обществу для профилактики такого рода конфликтов и практических шагов по их разрешению, опирающийся на опыт культурных традиций, современных научно-психологических достижений и на практику религиозного миротворчества. Одним из существенно важных аспектов психологического анализа этнорелигиозных конфликтов является выявление зарождения и нарастания агрессии, приводящей к экстремизму и даже к терроризму. При этом под конфессиональным фактором имеет смысл понимать не только религиозную традицию, но и антирелигиозную или даже какую-либо агностическую идеологию.

Актуальность задачи очевидна в связи с нарастающей глобализацией и одновременно сопротивлением ей, в частности в сфере национально-культурной и религиозной идентификации.

При внимательном рассмотрении этнорелигиозные конфликты имеют совсем не религиозные, но земные причины. Однако мотивация воюющих, как правило, подогревалась их религиозной верой, главные мотивы маскировались культурно-конфессиональными аргументами.

Этнорелигиозные конфликты существовали всегда. В истории многие военные конфликты называют религиозными войнами. Требуется научно проверить утверждение: «Религиозный фактор представляет собой эффективный механизм разжигания межнациональной розни даже и в тех случаях, когда и самим нациям нечего, собственно, делить, но таковы амбиции национальных элит» (Антонян Ю. М., Давтадзе М. Д., 2004, с. 5). Этот тезис принадлежит авторам учебного пособия для юристов и сотрудников правоохранительных органов «Этнорелигиозные конфликты: проблемы, решения».

Воспитанию доверия и терпимости, которая в нашей проблематике именуется религиозной толерантностью, следует уделить особое внимание как практической стратегии профилактики конфликта и примирения.

Социологический и политологический анализ современных проблем этнокультуры и конфессиональных конфликтов обстоятельно изложен Е. М. Травиной в учебном пособии «Этнокультурные и конфессиональные конфликты в современном мире», которое предназначается для студентов, обучающихся в СПбГУ по направлению «международные отношения». В нем обсуждается сущность социальных конфликтов, наций и национальной идентичности, цивилизационных теорий, роль мировых религий в современном мире. Там же рассматриваются конкретные межэтнические и религиозные конфликты в различных странах. Дается обзор предыстории конфликтов, анализируется их течение, способы урегулирования и современное состояние проблемы, предлагаются прогнозы мирового развития и связанные с ними мифы глобализма и антиглобализма.

Примечательно, что автор подчеркивает следующее: «Для того чтобы понять суть межэтнического или межконфессионального конфликта, необходимо не просто встать "над" конфликтом, анализируя поведение сторон, способы его разрешения. Следует обладать объемом знаний о природе человека, особенностях его психики, стереотипах поведения, связях с прошлым для того, чтобы делать квалифицированные выводы и давать прогнозы по поводу путей развития того или иного конфликта» (Травина Е. М., 2007, с. 3).

Современная религиозная ситуация в мире и России, характер ее влияния на возможность возникновения межконфессиональных конфликтов рассматривается также в монографии «Религиозные конфликты: проблемы и пути их решения в начале XXI века» (Зеленков М. Ю., 2007).

Очевидно, что анализ психологических механизмов такого рода конфликтов предполагает хорошее знакомство с основами конфликтологии, этнологии, политологии и социологии, религиоведения, этнопсихологии, психологии религии и религиозной психологии, религиозного миротворчества. В предлагаемой главе освещаются лишь несколько принципиально важных тем и обращается внимание на фактор агрессии в тех социальных группах, где основной ценностью осознается мир (покой). Что касается общей теории конфликта (от лат. *conflictus* — «столкновение»), то важно сознавать, что наряду с негативными сторонами конфликта, существуют и позитивные его стороны, а именно импульсы, побуждающие творческое мышление найти сбалансированное решение проблемы.

О необходимости анализа социальных конфликтов с точки зрения психологии религии напоминает Р. М. Грановская, автор монографии «Психология веры»: «Глубинные изменения в обществе приводят к необходимости пересмотреть свои представления о смысле жизни, осознать свою ответственность за будущее близких людей и всей страны. Обращая свои взоры к тем благополучным странам, где восхваляются достижения цивилизации, мы замечаем, что и у них процветают расовые предрас судки и то и дело вспыхивают религиозные разногласия. Отсюда становится понятным, что до тех пор, пока мы не воспитаем взаимное доверие и терпимость, не будет сделан решающий шаг к достижению душевного равновесия ни внутри страны, ни мира между народами» (Грановская Р. М., 2010б, с. 9.).

Воспитанию религиозной толерантности следует придать особое внимание как практической стратегии профилактики конфликта и примирения. Но начать имеет смысл с главной проблемы. Очень многие негативные феномены, религиозные конфликты и даже терроризм, объясняют зачастую религиозно-конфессиональными факторами. На самом деле представитель конфессии, совершающий антисоциальный поступок, допускающий агрессию, движим не религиозной верой, но идеологией, ссылающейся на вероучение. Причем из множества представителей религии, которую исповедует, он один из немногих, кто поддался этой агрессивной идеологии, и объясняется это психологическими характеристиками личности. Тех, кто проявляют агрессию, называют религиозными экстремистами, фанатиками, фундаменталистами. Однако каждое из этих понятий требует тщательного обсуждения и очень осторожного словоупотребления.

13.1.1. Религиозный экстремизм, фундаментализм и фанатизм

Большинство специалистов под религиозным экстремизмом понимают действия, преследующие своей целью разжигание религиозной вражды или розни, в том числе связанной с насилием или призывами к насилию, а также применение любой религиозной практики, вызывающей угрозу безопасности, жизни, здоровью, нравственности или правам и свободам граждан. Понятно, что религиозный экстремизм непримирим прежде всего с религиозным и антирелигиозным инакомыслием, и даже с элементами религиозной культуры, с которыми вступает в конфликт поведенческая и правовая норма ревнителя экстремистских убеждений. По существу, религиозный экстремизм не отделим от политического и националистического экстремизма. Зачастую религиозная демагогия прикрывает совсем не религиозные мотивы экстремистского повеления.

Экстремизм — крайняя нетерпимость, т. е. интолерантность. Эта нетерпимость может быть и внутриконфессиональной.

Нет необходимости убеждать в актуальности анализируемой проблематики. Примером тому многочисленные теракты: 01.09.2001 в Нью-Йорке, 22.07.2011 в Осло (теракт Андерса Брейвика), 07.01.2015 вооружённое нападения на офис редакции еженедельника Charlie Hebdo в Париже, когда были убиты 12 человек. Среди погибших — известные рисовальщики-карикатуристы. По сообщениям СМИ, нападение произошло спустя несколько часов после появления в «Твиттере» издания карикатуры на одного из лидеров группировки ИГИЛ Абу Бакра аль-Багдади. ИГИЛ (Исламское государство Ирака и Леванта) — террористическая организация, в последнее время совершавшая зверские убийства в Сирии и в Ираке, убийства ши-

итских туркменов, христиан и езидов, варварски разрушавшая памятники древней культуры. Они казнят заложников и размещают видеозаписи казней в интернете. ИГИЛ представляет себя организацией, основывающейся на идеологии радикального исламизма. Мировое сообщество однозначно восприняло убийство карикатуристов как месть за оскорбление религиозных чувств. Теракт в Париже вызвал по всему миру волну протеста против религиозного экстремизма. Можно сказать, что столкнулись два экстремизма — религиозный и антирелигиозный. Если считать, что экстремизм журналистов не был антирелигиозным, то во всяком случае они игнорировали требования демократического общества не допускать «возбуждение расовой, национальной или религиозной розни» или «пропаганду исключительности, превосходства либо неполноценности граждан по признаку их отношения к религии, социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности» (см. Федеральный закон РФ от 25 июля 2002 г. № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности»).

Обсуждаемая тема вполне актуальна для психологического сообщества, поскольку все судебные процессы по делам об экстремизме практикуют приглашение двух экспертов (один из экспертов — филолог, осуществляющий лингвистическую экспертизу, второй эксперт — психолог), выводы которых ложатся в основу того или иного судебного решения.

По определению, которым руководствуется Госдума РФ, «религиозный экстремизм понимается как социально-политическое движение, стремящееся повлиять на процесс общественного развития, исходя из религиозно-правовых норм и догм. Как приверженность к крайним взглядам и действиям, он проявляется в крайней нетерпимости к представителям различных конфессий либо жестоким противоборстве в рамках одной конфессии (внутриконфессиональный и межконфессиональный экстремизм) и зачастую используется в политических целях, в борьбе религиозных организаций против светского государства или за утверждение власти представителей одной из конфессий» (Информационно-аналитические материалы, 2004). Здесь экстремизм — это крайняя нетерпимость, т. е. интолерантность. Причем отмечается, что нетерпимость может быть и внутриконфессиональной. Такого рода конфликты имеют место между представителями обскурантистско-консервативного крыла и творчески ориентированными представителями живой традиции. И те и другие стремятся опираться на традицию, но понимают ее по-разному. Первые называют обычно фундаменталистами, последних — либералами. Однако в понимании религиозного фундаментализма и религиозного либерализма встречается много путаницы.

История понятия «фундаментализм» чрезвычайно поучительна. Нельзя понимать термины, сложившиеся в научной и общественно-политической лексике, опираясь лишь на корень слова или первые приходящие на ум ассоциации. Так, например, слово «фундаментализм» воспринимают как основательность, верность религиозной традиции. Чтобы понять суть феномена «фундаментализм», следует обратиться к истории словоупотребления и практике использования этого термина в последние десятилетия.

13.1.2. Понятие «фундаментализм» и его история

Возникший в первой четверти XX века в американском протестантизме фундаментализм в последней четверти того же века распространился как реакция на процессы глобализации и секуляризации за пределы религиозного контекста. Однако строгое и нормативное определение дать этому понятию весьма затруднительно.

«Фундаментализм — это радикализм, крайний догматизм религиозного характера, религиозный фанатизм, экстремизм» (Комлев Н. Г., 2006).

Вполне продуктивной представляется задача выявить общее и наиболее характерное для тех феноменов, которые принято называть проявлениями фундаментализма. Имеет смысл под фундаментализмом понимать феномен поведения, обусловленный специфической установкой. Так, в частности, немецкий психолог Д. Функе дает такое определение: «Фундаментализм есть установка на определенную основную идею или основную ценность, которая берется под полномасштабную защиту» (Funke D., 1991, p. 83).

В 1910 году в Чикаго неслыханным для тех времен миллионным тиражом начала выходить серия книг под общим названием: «Основы: свидетельство Истины» («The Fundamentals: A Testimony of the Truth»). Уже после первого выпуска серия стала восприниматься общественностью как официальная вероучительная норма влиятельнейшей группы консервативных евангелистов. Первое слово заглавия и положило начало обсуждаемому термину. Это было популярное изложение некоторых догматических тезисов, своего рода апологетика неких базисных истин, к которым, по мнению авторов, сводится христианское вероучение. Особенности чикагского издания следует признать поистине гигантский размах проекта и претензию на ограждение вероучения от гиперкритики и ультралиберальных теологических размышлений. Издание сразу превратилось в некую теоретическую базу политического, академического, газетно-издательского и финансово-промышленного лобби, которое проявило себя в организации и проведении «обезьяньего процесса» в 1925 году. Суть протестантского фундаментализма того времени сводилась к ряду вероучительных положений, таких как богодухновенность и непререкаемость Библии, безмужнее зачатие Христа, телесное воскресение Христа. Это основополагающие догматы христианской Церкви. Здесь нет и сегодня расхождения ни с православием, ни с католичеством. Однако буквалистская методология толкования моментально привела к конфликту с научным подходом, в частности с биологией, которая уже опиралась на учение Дарвина. Заявленный подход, получивший название фундаментализма, по сути дела, исходил из того, что если рассказ о сотворении мира не является буквально верным во всех деталях, то во всей Библии нет ничего, что можно и должно было бы принимать на веру. В упомянутой серии книг фундаменталистами категорически отвергались все естественнонаучные и историко-филологические достижения, обосновывающие позицию современной им науки.

В 1919 г. в Филадельфии была основана Всемирная христианская фундаменталистская ассоциация, опирающаяся прежде всего на консервативных баптистов, пресвитериан и пятидесятников. Она возглавила борьбу против обновленческих и секуляризационных тенденций, против популярной эволюционной теории. После проведения упомянутого выше «обезьяньего процесса» (1925) в Даутоне (Теннесси) фундаменталистам удалось добиться официального запрета преподавания учения Дарвина в ряде штатов. В 1942 г. протестантские фундаменталисты учреждают Национальную ассоциацию евангелистов, которая смогла обеспечить постепенный подъем популярности фундаментализма. Начиная с 1970-х гг. можно говорить о религиозном фундаментализме как глобальном движении, вышедшем за рамки протестантизма.

До 1950-х гг. термин «фундаментализм» не был внесен в Оксфордский словарь английского языка. Его широко используют в качестве негативно характеризующего определения, особенно часто в сочетании с разными эпитетами — религиозный, праворадикальный, леворадикальный фундаментализм и др.. Термин, появившись в христианстве, стал прилагаться к обозначению аналогичных тенденций в исламе, иудаизме и даже индуизме. Что касается использования термина в католичестве, то в первую очередь нужно вспомнить противников решений и самого духа Второго Ватиканского Собора 1962–1965 годы, Собора обновления («аджорнаменто»). В Римско-католической церкви принято также использовать термин «интегризм».

Православный фундаментализм проявляется прежде всего в оппозиции творчеству, в страхе перед «обновлением», то есть перед обретением языка культуры, который позволял бы учитывать изменения среды в социально-политическом устройстве, в различных аспектах культуры, в обновлении языка коммуникации.

Чтобы проследить корни христианского фундаментализма в традициях всех конфессий,

Российский исследователь К. Костюк, опираясь на такой подход, отмечает, что «общими для всех типов фундаментализма являются его психологические и поведенческие характеристики, стиль мышления, мировоззренческие особенности. Фундаментализм представляет собой вид культурного творчества, интерпретации явлений, производства знания, однако этот вид отличается догматизмом, неспособностью к диалогу и самокритике» (Костюк К. Н., 2000).

Одно из определений толкует фундаментализм как «общее название религиозной ортодоксии» (Крысин Л. П., 1998). Тогда естественно признать, что существующие во всех религиях, конфессиях, идеологиях ревнителю («ревнителю не по разуму») способствуют развитию фундаментализма не только в религиозных, но и нерелигиозных идеологических системах. Во всяком случае, религиозный фундаментализм существует в каждой из конфессий: в христианстве (католичество, православие, протестантизм), в иудаизме, в исламе, в индуизме.

естественно обратиться к иудейской ортодоксии, где и заложено семя фундаментализма.

Фундаментализм иудейский не был формально сведен к нескольким главным своим положениям. Иудейская ортодоксия (букв. пер. с греч. — «правильная (о) вера, мнение, слава», т. е. правоверие, православие), по сути своей, неотделима от ортопраксии (правильное действие). Это означает, что требования «правильной веры» всегда связаны с требованием «правильного соблюдения», но соотношение между этими компонентами в иудаизме и христианстве совершенно различны. Для христианства проблематика веры всегда стояла на первом плане, поэтому и христианский фундаментализм возник, оформился и сформулировал свое кредо прежде всего в категориях вероисповедных.

В иудаизме центральное место всегда занимали проблемы практического соблюдения (суббота, кашрут (дозволенность или пригодность с точки зрения галахи, в обиходе термин *кашрут* чаще всего связан с вопросом о пригодности пищи к употреблению)), поэтому раскол между реформированным и фундаменталистским иудаизмом не мог не обозначиться прежде всего в этой сфере (подробнее см.: Ривкин М., 2000).

Первый по месту и по значению тезис еврейского фундаментализма можно сформулировать так: догматический, бескомпромиссный и начетнический подход к галахе (традиционное иудейское право, совокупность законов и установлений иудаизма, регламентирующих религиозную, семейную и общественную жизнь верующих). Формулировку ортодоксального иудаизма (появившуюся двести лет назад) «Нововведения запрещены Торой» называют «визитной карточкой» иудейского фундаментализма. Однако это и базисная ценность христианского фундаментализма, в частности православного. Новация осуждается в силу самого факта новизны, а старое приветствуется в силу самого факта старины. Здесь уместно вспомнить, что в русском православии реформы патриарха Никона породили трагические преследования их противников, считавших, что крестное знамение, которому они научились у отцов и дедов должно быть неизменно, хотя история его происхождения свидетельствует, что оно не было таким у прапрадедов.

13.1.3. Исламский фундаментализм

Стремление вернуться к первоначальным установлениям и нормам религиозной жизни существовало в мусульманстве давно. В разные периоды истории ислама отдельные лидеры выступали с призывами ориентироваться на образ жизни и веру ранней мусульманской общины, на праведных предков, выступая против позднейших нововведений, начиная с методов символично-аллегорической трактовки Корана и заканчивая всевозможными новшествами, привнесенными в мусульманский мир его контактами с Западом. Это движение называется «салафия» и означает «понимание религии в том виде, в котором ее понимал пророк и его сподвижники», «возвращение к Корану и Сунне» в интерпретации шариатских положений. Строго говоря, во всех проявлениях так называемого фундаментализма это самая характерная черта. В на-

стоящее время, в условиях постколониализма, течение, декларирующее необходимость возвращения мусульман к строгому соблюдению требований Корана и других священных в данной религии книг, а также освобождения мусульманских земель от колонизаторов, принято называть исламским фундаментализмом. Это, однако, не внутренний для ислама термин, а внешний.

Политический ислам, основанный на идеях исламского фундаментализма, называют исламизмом.

Теория и практика исламского фундаментализма отличается разнообразием, а данное движение характерно как для суннитского, так и для шиитского направления ислама. В отдельных государствах фундаменталистам удалось добиться принятия своей идеологии в качестве господствующей. В ряде других стран фундаменталистские движения действуют как оппозиция существующим светским или традиционным государственным институтам, в борьбе с которыми отдельные группировки фундаменталистов используют методы терроризма. Политический ислам, основанный на идеях исламского фундаментализма, называют исламизмом. Категорическое отрицание ряда ценностей Запада и склонность к радикальным методам борьбы против того, что Усама бен Ладен и другие исламисты называли «вторжением неверных» и «оккупацией арабских земель», привели к появлению термина «исламофашизм». Френсис Фукуяма в 2002 году утверждал, что сегодняшний «конфликт цивилизаций» — это не просто борьба с терроризмом и не борьба с исламом как религией или цивилизацией, а скорее борьба с исламофашизмом, то есть с радикально нетерпимой и антимодернистской доктриной, отрицающей ценности западной цивилизации, которая недавно получила распространение во многих частях исламского мира (Рашкофф Д., 2003, с. 299–322; Дугин А., 2007, гл. 4.). Евгений Примаков выступал против этого термина, поскольку фашизм строится на национализме, а в данной ситуации вполне уместно говорить об исламском экстремизме.

Для фундаментализма во всех религиях характерны: буквализм в понимании и толковании сакральных текстов; страх перед процессами обновления, борьба с модернизацией; доминирование идеологии в вопросах веры, стремление препятствовать всяческим проявлениям секуляризации, клерикализация; тенденция насильно насаждать благочестие; страх перед необходимостью диалога — христианского межконфессионального и тем более межрелигиозного; крайняя нетерпимость к инакомыслию и либеральным тенденциям; национализм, перерастающий в шовинизм; расизм и антисемитизм; антидемократизм.

Еще в конце XX века общество могло беспокоить, что сохранялся конфликт сциентистской веры в прогресс материализма, разрушающего мораль, с одной стороны, и обскурантизмом и скептическим отношением к науке, с другой стороны. Но «11 сентября напряженные отношения между секулярным обществом и религией были взорваны совершенно иным образом, — замечает Юрген Хабермас. — Решившись на самоубийство, убийцы, превратившие гражданские транспортные средства в живые снаряды и направившие их на капиталистические цитадели западной цивилизации, мотивировали свои действия религиозными убеждениями (об этом мы знаем из “Завета Атты” и из собственных уст Усамы бен Ладена). Символы ставшего глобальным модерна воплощали для них Великого Сатану» (Хабермас Ю., 2002, с. 117). Ю. Хабермас не рассуждает об определении понятия фундаментализм и заявляет, что «твердолобые ортодоксы есть и на Западе, и на Ближнем и Дальнем Востоке; они встречаются и среди христиан, и среди иудеев, и среди мусульман. Тот, кто хочет избежать войны различных культур друг с другом, должен помнить об открытой, незавершенной диалектике своего собственного, западного, процесса секуляризации. “Война против терроризма” — это вовсе не война; в терроризме находит свое выражение и столкновение миров, роковым образом онемевшее... Мы сможем правильно измерить риски “сбившейся с правильного пути” той секуляризации лишь тогда, когда уясним, а что означает секуляризация в наших постсекулярных обществах» (там же).

13.1.4. Религиозный фанатизм

При всей очевидности ориентации фундаментализма на силовые методы в воспитании и организации социально-культурной жизни общества лишь немногих фундаменталистов имеет смысл называть экстремистами. В религиозном контексте их называют фанатиками. Если обратиться к психологическому словарю, то там мы прочитаем: «*Фанатизм (от лат. fanit — «жертвенник») — непоколебимая и отвергающая альтернативы приверженность индивида определенным убеждениям, которая находит выражение в его деятельности и общении. Фанатизм сопряжен с готовностью к жертвам, преданность идее сочетается с нетерпимостью к неадекватным, пренебрежением к этическим нормативам, препятствующим достижению общей цели. Для фанатиков, которые находят поддержку во взаимном признании, характерны повышенная эмоциональность, не критическое отношение к любой информации, подтверждающей их взгляды, неприятие критики, даже доброжелательной»* (Брудный А. А., 2006). В церковном лексиконе *fanatici* — «одержимые демоническим бешенством, впадающие в священное безумие». В обстоятельной и заслуживающей тщательного изучения монографии о фанатизме современный немецкий исследователь Петер Концен пишет: «*фанатизм можно определить не иначе как преувеличенная, обманчивая и патологически притягивающая вера. Это значит: если мы говорим о фанатизме, то это скорее мировоззрение, ценности, видения, которые человек переживает с некой нездоровой пристрастностью. Человек отстаивает их с таким упорством, что насильственный конфликт с окружающим миром запрограммирован*

с самого начала. Разрывающая человека амбивалентность — связь наивысшего с бесконечно низким — нигде не проявляется так отчетливо, как в убеждениях, которые заставляют человека прибегать к насилию. Упорное желание воплотить в жизнь идеи, которые отрицают несовершенство человека, постоянно превращается в крайние формы жестокости и разрушения» (Концен П., 2011, с. 16–17).

Тип религиозного фанатика описывает Э. Хоффер, но использует термин «истинно верующий». Он дает ему следующую характеристику: «В терпимости он видит признак слабости, легкомыслия и невежества. Он жаждет глубочайшей уверенности, которая может прийти только вместе с полной самоотдачей, с жаждой прильнуть всем сердцем к символу веры и священному делу. Суть здесь не в содержании этого “дела”, а в полной самоотдаче и в общении с другими верующими. Он готов присоединиться даже к крестовому походу против своего прежнего “священного дела” при условии, если это будет действительно настоящий крестовый поход — бескомпромиссный, беспощадный — поход во имя одной единственной истины» (Хоффер Э., 2001, с. 104). Можно было бы заменить термин «истинно верующий» на «истово верующий».

Полезно также обратить внимание на то, что, согласно словарям, синонимами слова фанатизм являются: умоисступление, раж, ярость, буйство, неистовство, иступление, изуверство. Книга П. Концена имеет подзаголовок «Психоанализ этого ужасного явления». Проф. А. И. Кугий, научный редактор перевода этой книги, утверждает: «Она являет собой фундаментальное, выполненное на высочайшем профессиональном уровне исследование психоаналитических оснований фанатизма. Именно психоаналитический метод, ориентированный на отображение скрытых, бессознательных и подсознательных оснований человеческой жизни, является наиболее эффективным для отображения феномена фанатизма во всем многообразии его проявлений». Он также ссылается на статью «О фанатизме, ортодоксии и истине» выдающегося русского мыслителя Н. А. Бердяева, которую цитируют все исследователи фанатизма: «Человек, допустивший себя до одержимости идеями мировой опасности и мирового заговора масонов, евреев, иезуитов, большевиков или оккультного общества убийц, — перестает верить в Божью силу, в силу истины и полагается лишь на собственные насилия, жестокости и убийства. Такой человек есть, в сущности, предмет психопатологии и психоанализа» (Концен П., 2011, с. 10).

Обстоятельный и глубокий исторический и этимологический анализ того, как понятия фанатизм и фанатик созревали в европейском сознании, дал замечательный филолог свящ. Георгий Чистяков. Он отмечает, что впервые ввел в употребление Нового времени эти слова католический епископ Жак Бенинь Боссюэ (1627–1704), бывший одним из главных идеологов французского абсолютизма. Для него фанатиками были протестанты. Пьер Бейль (1647–1706), а вслед за ним и «Французская энциклопедия» (1777) дают принципиально иное определение фанатизма. Это «введенное в действие суеверие» или плод незнания, примитивной души, иррационального или, вернее, предрационального сознания. Принципиально новое определение фанатизма, ставшее классическим, дает Вольтер в 1764 г. в «Философском словаре». Он выдвигает следующее положение: «Тот, кому свойственны экстазы и видения, кто

«Именно в периоды тяжелых кризисов идентичности религия становится самым сильным связующим звеном коллективной идентичности; именно здесь, в феномене боязни утратить идентичность, — и в разжигании этого страха в целях политической власти — главный ключ к пониманию становления “злой” религии» (Концен П., 2011, с. 76).

принимает свои сны за нечто реальное и плоды своего воображения за пророчества, того можно назвать энтузиастом, но тот, кто поддерживает свое безумие, убивая, — фанатик». Суть фанатизма, по Вольтеру, заключается в том, что фанатик, отстаивая ту ортодоксию, хранителем которой он себя считает, готов казнить и убивать, при этом он всегда и исключительно опирается на силу. «Наиболее отвратительным примером фанатизма» является для Вольтера Варфоломеевская ночь. Вольтер говорит и о фанатиках с холодной кровью — это «судьи, которые выносят смертные приговоры тем, кто думает иначе, чем они». Вольтер определяет и некоторые черты психологии фанатизма. Это не просто «плод незнания и примитивной души», как утверждает «Французская энциклопедия», но он всегда тесно связан с психологией толпы: «книги гораздо меньше возбуждают фанатизм, нежели собрания и публичные выступления». Фанатизм всегда «мрачен и жесток», это одновременно суеверие, лихорадка, бешенство и злоба (см.: Чистяков Г.).

В контексте обсуждаемого уместна еще одна цитата Г. Чистякова: «Фанатизм выходит на авансцену истории в эпохи, во-первых, упадка живой веры и кризиса религиозного мирозерцания, во-вторых, в моменты смены духовных ориентиров, когда большинство верующих крайне слабо представляют, во что они верят, и, наконец, в те периоды, когда в жизни общества вообще начинает преобладать новое». Технологическая и информационная революции, глобализационные процессы, — все это так же до неузнаваемости изменило жизнь вокруг нас, как это было в XVI веке. Человек, исповедующий традиционные ценности, не успевает осмыслить все, что происходит вокруг него и попадает в ловушку фанатизма.

Не удивительно, что угроза основной жизненной ценности делает человека особенно склонным к фанатизму.

Религиозный фанатизм во всех культурах оставил ужасный след в виде деструктивных

сект, инквизиции и «священных» войн. Им грешили монотеистические религии, провозглашавшие единственную веру, способную сделать человека счастливым и спасенным.

Для фанатизма характерно во всем винить идеологических врагов. Врага необходимо найти, разоблачить, обезвредить и уничтожить. «Религиозные ревнители постоянно ищут происки зла, угрожающие их вере и церкви — и нередко существование дьявола кажется им более реальным, чем сам Бог. Для фанатиков типично параноидное состояние бодрствования, с которым они “встряхивают” свое окружение при первом же симптоме безразличия к ним» (Концен П., 2011, с. 78).

Врагом же и слугой дьявола для фанатика становится всякий, кто кажется такому человеку инакомыслящим. Таким образом, религиозный фанатизм, всегда вырвавшийся из стремления защитить старое, традиционное, освященное временем и памятью о прошлом, в постсоветской реальности обретает новое дыхание.

В качестве иллюстрации проявления фанатизма имеет смысл обратить внимание на феномен антисемитизма, который является ярким примером этнорелигиозного конфликта.

13.1.5. Типичный пример этнорелигиозного конфликта, агрессии и фанатизма — проявление антисемитизма

Когда Бертрانا Рассела спросили, часто ли в истории человечества случалось так, что большие группы людей оказывались охвачены фанатизмом, он ответил: «Да, так происходило в большинство периодов в большинстве частей света».

«Антисемитизм — это одна из болезней сознания, которой подвержено общество... Это один из ужасных примеров, худшее проявление, настолько ужасное, что тяжело даже думать об этом» (Рассел Б., 1959).

На первый взгляд антисемитизм — феномен достаточно известный. Мировое сообщество активно обсуждало эту проблему после Холокоста. *Холокост* (англ. *holocaust*, от греч. *holokaustos* — «сожженный целиком») — гибель значительной части еврейского населения Европы (св. 6 млн человек, св. 60 %) в ходе систематического преследования и уничтожения его нацистами и их пособниками в Германии и на захваченных ею территориях в 1933–45. В русском языке наряду с термином холокост употребляется термин «шоа» (на иврит. — «катастрофа») и «катастрофа». Можно опереться на распространенное популярное определение: «Антисемитизм — идеология враждебного отношения к евреям как к этнической или религиозной группе, проявляющаяся в преследовании, унижении, причинении позора, насилии, нагнетании вражды и неприязни, дискриминации и нанесении ущерба по отношению к личности, общественной группе или части населения, по признаку принадлежности к еврейскому

народу или из-за еврейского этнического происхождения и/или религиозной принадлежности к иудаизму» (Википедия).

Однако термин «антисемитизм» не является строгим и точным, поскольку он явно расширительно трактует враждебное отношение к евреям, распространяя его на всех тех, кто относится к семитам. В то же время термин «антииудаизм» долгое время не употребляли. Лишь в последние годы в России в ряде антисемитских выступлений их организаторы используют это слово.

В качестве синонима «антисемитизму» в начале XX в. можно было встретить термин «юдофобия». Интересно отметить, что этот термин «появился на свет как термин медицинский, почерпнутый из области психиатрии. Он придуман врачом из Одессы Львом (Леоном, Иехудой) Пинскером в его памфлете “Автоэмансипация”, написанном под впечатлением массовых погромов в России 1881 года. Юдофобия — это страх перед евреями, и именно такой психической патологией пытался Пинскер объяснить то, чему подвергались евреи в течение более двух тысячелетий» (Крапивенский С.Э., 2007, с.218). Но «антисемитизм» и «юдофобия» — не синонимы, несмотря на несомненную причинно-следственную связь.

Антииудаизм и антисемитизм долгое время практиковались многими христианами, и антисемитизм является классическим примером этноконфессионального конфликта.

Эту тему имеет смысл разбирать в контексте более широком, в контексте иудео-христианства, в контексте этой существенной части истории христианства. Первые десятилетия существования христианских общин были эпохой иудео-христианства. Постепенно по мере формирования собственно христианского богослужения и по мере расширения общин за счет неиудеев, христиан из язычников, христианство постепенно теряло иудео-христианское обличье. Однако единство Ветхого и Нового заветов никогда не переставало быть существенно важным для христианства. Антисемитизм существует практически во всех странах, но нас прежде всего интересует Россия. Обратим внимание хотя бы на тот конфликт, который возник в начале 2005 г. в России в связи с письмом сначала 500 граждан России, а затем и 5000. Среди подписавших этот антииудаистский документ были и депутаты Государственной Думы (Верховский А., 2006).

В России волны антисемитизма прокатились в конце XIX и в начале XX века. К 1881–1884 годам относится первая волна еврейских погромов, поводом для которых послужило убийство Александра II. Правительство сузило черту оседлости и стало поощрять эмиграцию (с 1880-х годов до 1910-го из России в США выехало полтора миллиона евреев). Прежняя политика русификации стала пересматриваться. В частности, при приеме в высшие учебные заведения была установлена процентная норма. В еврейской прессе того периода можно встретить немало статей и писем,

выражающих смятение, а порой и отчаяние. С 1903 по 1906 годы прокатилась вторая волна погромов, начавшаяся убийством 49 евреев в апреле 1903 года в Кишиневе. Насилие против еврейского населения значительно усилилось с началом первой русской революции в январе 1905 года. С января по октябрь 1905 года в Российской империи было совершено 54 погрома. После подписания Манифеста 17 октября 1905 года, предоставлявшего населению умеренные политические свободы (которыми, впрочем, евреи были обойдены), до сентября 1906 года произошло около 650 погромов. Всего за этот период было убито 3103 еврея и около 20 тыс. ранено. С 1911 по 1913 год тянулось «дело Бейлиса». Разумеется, в среде и либеральной интеллигенции, и традиционно-православной раздавались пророческие предостережения. «Усиленное возбуждение племенной и религиозной вражды, — писал Вл. С. Соловьев, — столь противной духу христианства, подавляя чувства справедливости и человеколюбия, в корне развращает общество и может привести к нравственному одичанию, особенно при ныне уже заметном упадке гуманных идей и при слабости юридического начала в нашей жизни. Вот почему уже из одного чувства национального самосохранения следует решительно осудить антисемитическое движение не только как безнравственное по существу, но и как крайне опасное для будущности России» (Соловьев Вл. С., 1993, с. 95). В качестве основного пособия по обсуждаемой теме рекомендуется работа М. Хоркхаймера и Т. Адорно «Психоанализ антисемитизма», а также И. Кона «Психология предрассудка» (Психология национальной нетерпимости, 1998).

Необходимы элементы стратегии примирения, воспитание религиозной толерантности. Притом что воспитание толерантности — единственно надежная стратегия примирения в этнорелигиозных конфликтах, понятие религиозной толерантности не является достаточно знакомым религиозной общественности, в том числе богословам и пастырям различных религиозных общин. Обратим внимание хотя бы на православные общины, как на наиболее многочисленные в России. Очень часто раздаются голоса духовенства и мирян о неприемлемости этого понятия. Тому много причин. Прежде всего нежелание употреблять термин с латинским корнем, предполагая, что русское слово «терпимость» его полный аналог. А быть терпимым к инакомыслию, к ложным вероучениям, по мнению многих православных, недопустимо. Другой фактор — это неверное представление о том, что политкорректность — это один из аспектов толерантности, в то время как современные проявления политкорректности в западной культуре вызывают не просто осуждение, но насмешку и активное неприятие. Здесь очень важно понять, что культура политкорректности и культура толерантности — две диаметрально противоположно направленные стратегии. Культура политкорректности предлагает убрать все религиозные символы, чтобы они не ущемляли религиозных чувств инаковерующего. Культура же толерантности воспитывает терпимое отношение к религиозному плюрализму как к реальности. Поэтому символы и прочие проявления иной религиозной культуры не раздражают и не оскорбляют человека, воспитанного в культуре толерантности. И наконец, принципиально важно рассматривать понятие «толерантность» как *terminus technicus*, определением которого является Декларация ООН о толерантности 1995 года.

Н. А. Бердяев отмечает, что «человек, в котором нетерпимость дошла до каления фанатизма, подобно ревнивцу, всюду видит лишь одно, лишь измену, лишь предательство, лишь нарушение верности единому, он подозрителен и мнителен, всюду открывает заговоры против излюбленной идеи, против предмета своей веры и любви» (Бердяев Н. А., 1997, с. 41).

Еще одно важное положение в стратегии примирения — это знакомство с практикой поиска христианского единства (экуменизмом) и с практикой межрелигиозного диалога, который становится все более очевидно необходимым, если осознать необходимость уже давно возникшего диалога верующих и неверующих.

Неприятие толерантности и антиэкуменизм высоко коррелируют. К сожалению, не только выступления людей малообразованных, но и заявления некоторых православных иерархов свидетельствуют о том, что понимание толерантности в церковной среде не соответствует научному и политическому пониманию этой категории. Неприятие толерантности как ценности означает интолерантность, нетерпимость и прежде всего неприятие веротерпимости. Полезно вспомнить, что понятие «терпимость» уже в XIX веке принималось некоторыми консервативными мыслителями в штыки. Достаточно обратиться к полемике Л. Тихомирова с Вл. Соловьевым (см.: Тихомиров Л.).

В религиозных общинах необходимо также разъяснять, что религиозная толерантность — это не только требование современного общества, но и религиозная ценность. В частности, христианское понимание миссии (включая православное) немиссиологично без установки на толерантность. Причем под миссией в современной миссиологии понимается не обретение новых членов в общине, но свидетельство веры плодами духовной жизни. Возражения против толерантности как ценности опираются чаще всего на вопрос о пределах толерантности. Это естественный вопрос, но на него есть очевидный ответ — «всему есть предел», и воспитание чувства меры, как и нравственного вкуса, также должно быть задачей воспитания личности. Проще всего почувствовать положительную ценность толерантности в противопоставлении ее интолерантности — нетерпимости. Психология нетерпимости и фанатизма должна быть чужда христианину. То же самое скажет представитель

иудаизма и мусульманства. Однако в каждой из религий известны ревностные не по разуму энтузиасты и конфессиональные патриоты, которых принято называть фанатиками.

Сегодня среди ревнителей православия можно встретить людей, одержимых манией преследования, чувствующих себя окруженными врагами. Им мерещатся мировые правительства и заговоры. Такие страхи превращают их самих в гонителей и преследователей. Фанатику дьявол всегда кажется страшным и сильным, он верит в него более, чем в Бога. Вера фанатика отрицательная. Фанатик всегда нуждается во враге, всегда должен кого-либо казнить. Фанатизм, как правило, означает социальное принуждение. Или он может принимать формы самосожжения, как, например, в крайних течениях русского раскола. Фанатизм крайней ортодоксии в религии носит сектантский характер. Чувство удовлетворения от принадлежности к кругу избранных есть сектантское чувство. Фанатизм накаляет волю и организует для борьбы, для причинения мучений и для их перенесения.

13.1.6. Преодоление фанатизма и христианское примирение

Неверно представление о том, что политкорректность — это один из аспектов толерантности.

Существенно важно в поисках стратегии примирения познакомиться с практикой поиска христианского единства (экуменизмом) и с практикой межрелигиозного диалога, который становится все более неизбежным, если осознать необходимость уже давно возникшего диалога верующих и неверующих.

Примирение — понятие многозначное. Это и восстановление гармонии после конфликта, и окончание вражды между двумя сторонами. Для христиан примирение относится к процессу, который начинается с прощения прошлых поступков и заканчивается миром. В Ветхом Завете историями примирения можно назвать историю Иакова и Исава (Быт. 33) или Иосифа и его братьев (Быт. 45). Центральным же понятием в Ветхом Завете является понятие очищения, когда через совершаемый один раз в год обряд прощаются грехи людей и их отношения с Богом налаживаются (Левит 16). В Новом Завете есть похожие истории о примирении, такие как притча о заблудшей овце и блудном сыне (Лк 15). Слово «примирение» встречается в Новом Завете только в посланиях апостола Павла. Первоначально это был светский термин, означающий «миротворчество во время войны» и используемый в бракоразводных судах для обозначения воссоединения разъединенной супружеской пары. В посланиях Павла оно относится к особой деятельности Христа в мире — примирению мира с Богом (Рим 5,11), примирению евреев и язычников или примирению всей Вселенной с Богом (Еф 2, 12–16). Работа примирения Христа с тех пор вверена Церкви (2 Кор 5, 11–21). Пони-

мание мира как ценности, стремление к примирению человека с Богом, человека с человеком и человека с природой — творением Божиим присущи всем авраамическим религиям. Психологические механизмы миротворчества, воспитание в культуре мира и толерантности требуют сотрудничества науки и богословия, миротворческой практики как светской, так и религиозной, междисциплинарного подхода к религиозной проблематике этнорелигиозных конфликтов и восполнения религиозным ресурсом практики прочих социальных конфликтов.

Психология нетерпимости и фанатизма должна быть чужда христианину. То же самое скажет представитель иудаизма и мусульманства. Однако в каждой из религий известны «ревностные не по разуму» энтузиасты и «конфессиональные патриоты», которых принято называть фанатиками.

13.2. Психология экстремизма и терроризма

13.2.1. Экстремизм и терроризм как психологические феномены. Социальная психология экстремизма

На данный момент нет единого понимания и определения понятия экстремизма, терроризма. Свое понимание предлагают философия, политология, первые попытки делает социальная психология. До сих пор бытует смешение понятий «экстремизм», «терроризм», «радикализм», «фанатизм». Вместе с тем можно представить все эти явления как поведенческие реакции человека на те социальные условия, в которых он находится, при этом поведение зависит как от социальной среды, в которой человек находится, так и от его личностных особенностей.

По степени общественной опасности можно было бы следующим образом расположить указанные явления:

радикализм — фанатизм — экстремизм — терроризм

Здесь **радикализм** предполагает осуществление борьбы за коренные изменения существующего общественного уклада, приспособление его к конкретным личностным или групповым запросам в рамках соблюдения социальных норм; **фанатизм** — отклонение от социальных норм, граничащее с поведением, признаваемым в обществе преступным; **экстремизм** — совершение преступлений для утверждения собственных идеологии, системы ценностей, убеждений; **терроризм** — осуществление актов массового насилия или устрашение населения в политических целях.

13.2.2. Глокализация и кризис идентичности как условия возникновения экстремизма

Любое общество, и в прошлом, и сегодня, не могло и не может избежать социальных противоречий, в основе которых лежат политические, экономические, религиозные или психологические причины. Нет оснований думать, что в будущем эти противоречия исчезнут полностью. Причиной таких противоречий прежде всего являются личная психологическая и социальная неудовлетворенность; ощущение социальной несправедливости; стремление утвердить свою идентичность; разного рода экспансии, вызывающие к жизни обратные процессы, направленные на то, чтобы защитить свою территорию; мессианство, характерное для отдельных стран мира и личностей.

После опыта Второй мировой войны появилась уверенность в том, что мир идет к взаимной интеграции, что проявилось в видимом стирании культурных и политических отличий, взаимном проникновении национальных экономик, временном снижении градуса глобальных и региональных социальных противоречий.

Однако к концу XX века стало очевидно, что движение к взаимной интеграции (а чаще — к общей унификации, именуемой глобализацией) привело к обратному: не к формированию некоего глобального унифицированного мира, а наоборот, к росту национализмов, регионализмов, конфликту идеологий. Теория глобализации, репрезентированная рядом научных авторитетов и подхваченная в дальнейшем СМИ и политиками, оказалась в тупике при анализе многочисленной протестной конфликтной активности представителей разнообразных этнических, культурных и политических групп в различных регионах мира (Иноземцев В. Л., 2000). Термин «глокализация» заменил собой теорию глобализации, рисующей современный мир стремящимся к всеобщей унификации мировых культур и политических систем. Так, на экономическом уровне глокализация выражается в том, что транснациональные корпорации, поставляющие глобальные продукты, преуспевают лишь тогда, когда адаптируются к местным культурам и рынкам. На уровне культуры глокализация проявляет себя в стремлении различных групп существовать в общем глобальном пространстве без утраты собственной идентичности.

В социальных науках также был отмечен этот переход к локальности. Автор концепции транслокальности, современный американский социолог А. Аппадурай (Appadurai A., 1996) отмечает, что целостность национальных государств ставится сегодня под угрозу все возрастающими потоками мигрантов, информации, товаров, имиджей и идеологий. Аппадурай полагает, что возросшая мобильность туристов, беженцев, трудовых мигрантов является основанием для анализа основных причин социальных противоречий и конфликтов, возникающих между национальным государством и новыми формами сообществ — транслокальными диаспорами. Другой авторитетный ученый П. Бергер (Бергер П., 2004) рассматривает или даже разделяет современный глобализированный мир на четыре параллельных, но в то же время во многом взаимосвязанных культурных процесса. *Первый* из этих процессов можно обозначить как «культура Давоса», места, где, как известно, проводятся ежегодные

экономические форумы. Культура Давоса — культура мировой деловой элиты, с собственными представлениями о стиле, вкусе, способах самопрезентации. Однако эта культура не остается запертой в залах презентаций и пресс-конференций, а, переходя границы делового общения, определяет жизнь ее носителей. *Второй тип* культурного процесса определяется Бергером как «международной клуб профессуры». Здесь прежде всего имеется в виду расширяющееся поле влияния западных интеллектуалов и тех научных концепций, носителями которых они являются. Фонды, сети научных связей создают своего рода клубы интеллектуалов, говорящих на одном понятном языке и отталкивающихся от некоей единой глобализированной научной парадигмы или эпистемы. В разное время это могут быть постмодернизм, картезианство, марксизм и т. д. *Следующий тип* — «культура МакМира», где царствует всеобщая стандартизация вкусов; мир поп-звезд и рейтинговых TV-шоу. МакСтиль не ограничивается представлениями о том, как одеваться, что слушать или смотреть, он постепенно насаждает определенную систему представлений о жизни в целом. Последнее, *четвертое* лицо глобальной культуры — это евангелический протестантизм, распространяющий, согласно Бергеру, в первую очередь североамериканские ценности. Протестантизм расширяет свое влияние в тех регионах мира, где он изначально не был принят, — в Латинской Америке, Восточной Азии, Африке. «Джихад против МакМира» — так описывает недалекое будущее, если не настоящее, планеты Б. Барбер (1996) в одноименной работе. Если за миром первым стоит жаждущий крови фанатизм, то за вторым — глобализованный мир быстрой музыки, быстрых компьютеров и быстрой еды. Писатель, религиовед Реза Аслан (Reza Aslan) в своих работах утверждает, что современный джихадизм является не только таким же порождением глобализации, как и МакМир, но и в значительной мере способствует развитию глобализации, стирая национальные границы и заменяя локальную национальную идентичность на глобализованную религиозную. И протестантизм, и джихадизм по своей сути могут быть рассмотрены как особые толкования христианского и мусульманского религиозного учения, основанные на тезисе об их превосходстве над остальными идеологическими концепциями на том лишь основании, что именно они даны людям свыше в качестве божественного откровения.

Наконец, С. Хантингтон в широко известной работе «Столкновение цивилизаций» также настаивает на растущих противоречиях, говоря о том, что «великие разделы между людьми и основные конфликты пройдут по линии культуры», а боевые водоразделы будущего пролягут вдоль границ между цивилизациями.

Вместе с тем сегодня можно говорить о том, что на уровне культуры и политики глобализация трансформировалась в глокализацию, создав ситуацию, когда отличия, идентичность стали тем, во имя чего отдельные люди и группы готовы пожертвовать не только собственной жизнью, но жизнями других. Поиски и утверждение собственной групповой и индивидуальной идентичности часто идут сегодня по пути создания конфликта, подавления, навязывания своей точки зрения, своих религиозных и политических убеждений.

Наряду с этим, на уровне социальной психологии сегодня необходимо говорить также и о ситуации постмодерна — особого состояния массового сознания, ко-

торое все отчетливее рискует перейти в крайний авторитаризм. Несмотря на то что постмодернизм как интеллектуальное направление стал разрабатываться достаточно давно, на уровне массового сознания ситуация постмодерна стала остро чувствоваться только сегодня. Психологически постмодерн создал в обыденном массовом сознании людей кризисную ситуацию. Характерными чертами этой ситуации являются утрата критериев правильности и неправильности, размытость собственного Я — человек не знает, кто он, все стало относительно, в том числе добро и зло, ценность человеческой жизни, нравственные ориентиры. Особое место в развитии кризисов в условиях постмодерна занимает поп-культура, насаждающая образцы быстрого и легкого успеха, формируя в массовом сознании требование быстро получить все и сразу. Человек в условиях постмодерна находится на зыбкой болотистой почве, где нет четких ценностных критериев, где все относительно.

Изменения, произошедшие в российском обществе за последние 25 лет, отмечены прежде всего на социально-психологическом уровне утратой прежней советской идентичности и одновременно поисками новой. Отсюда постоянные поиски — как со стороны власти, так и со стороны общества — национальной идеи, символов, способных привести к появлению и выработке новой идентичности, отличной от утраченной после 1991 г. советской идентичности. К сожалению, часто экстремистские политические и религиозные идеологии играют в этом процессе обретения новой идентичности ключевую роль.

Любому человеку необходим некий ценностный фундамент, на который можно было бы опереться. Потом в течение жизни можно подвергнуть его сомнениям, уйти от него, но всегда знать, что к нему можно опять вернуться. Это становится особенно важным, когда человек находится в состоянии кризиса, пытается обрести себя, оказывается на пороге самостоятельной жизни, переживает смертельную болезнь, остается без средств к существованию, т. е. находится в целом в трудных жизненных условиях. В такой ситуации человек волей или неволей вынужден проходить своего рода обряд перехода из прежнего состояния в новое, которое может быть связано с взрослением, смертью, обретением себя, нового окружения и т. д. Этот переход всегда оказывается тяжелым. Вот здесь человек остро нуждается в общественных институтах, социальных группах, которые могут помочь ему преодолеть это кризисное состояние, помочь перенести утраты и сложные жизненные моменты, утвердить себя, дать ощущение персональной ценности и нужности, что в конечном счете будет залогом дальнейшей успешной жизни. Различные государственные институты, армия, школа, а также церковь не всегда в достаточной степени справляются с этой задачей. Иначе не было бы такого количества сект, экстремистских политических групп, коммерческих культов, объединенных вокруг одного продукта, через продажу и потребление которого человек якобы становится успешней, красивей, умней. Экстремистские группы часто внешне представляют собой силу, с которой можно идентифицироваться, получив уверенность в скором решении всех личностных проблем. Определяя внешнего врага, с которым надо бороться, такие организации как бы дают тем самым своим адептам цели и смыслы жизни. У человека вырабатывается иллюзия в скором разрешении всех проблем, как только враг, у которого есть уже конкретное лицо, будет

В апреле 1997 года в пос. Тайнинское, Московской области был взорван памятник Российскому Императору Николаю II. В августе того же года попытались взорвать памятник Императору Петру I в Москве. По некоторым данным, причастность к этим акциям имели члены молодежной организации «Реввоенсовет». В свою очередь, участники организации «Новая Революционная Альтернатива» подорвали СВУ у памятника Российскому Императору Николаю II в ноябре 1998 года в г. Подольск, Московской области. Обе группы пропагандировали так называемые левые политические взгляды. Некая скин-группа «Небесные Арии» взяла на себя ответственность за подрыв синагоги в Марьиной Роще в мае 1998 года. Это уже пример, когда подрыв СВУ осуществляется ультраправой группировкой.

уничтожен. Причем враг в системе экстремистского сознания — это, как правило, динамичная категория, которая не имеет устойчивого наполнения, да этого и не требуется. Врагом могут выступать различные группы, отдельные люди, социальные, политические, религиозные системы. В сознании отдельных людей и групп экстремизм стал удобным инструментом в решении проблем, связанных с социальным статусом, религией, поисками идентичности. Экстремизм стал опасен прежде всего тем, что понятные индивидуально-психологические и групповые стремления утвердить себя в жизни подменяет обыкновенным насилием.

13.2.3. Социально-психологические и социально-политические предпосылки формирования экстремизма на примере новейшей истории России

После многолетней коммунистической монополии на власть в 1990-е годы в России появилось огромное количество различных политических организаций, в том числе и весьма радикальной направленности — от ультралиберального «Демократического выбора России» до националистического «Конгресса Русских Общин» и неонацистского «Русского национального единства». Участие в политической жизни страны для определенного круга граждан стало реализацией социального лифта. Уникальность политической ситуации в России до 2012 года — наличие значительного количества официально незарегистрированных организаций, называющих себя партиями. Принадлежность к ним не давала возможности сделать карьеру в государственных структурах, однако предоставляло возможность прямого общения с лидерами общественного мнения, возможность индивидуальной реализации. На этом поле, в отличие от парламентского, не существовало ограничений — здесь допускались самые радикальные идеи, при-

ветствовали эпатажирующие публику акции. История новейшего российского «профессионального экстремизма» достаточно богата. Так, только в московском регионе уже с середины 1990-х годов подрывы самодельных взрывных устройств (СВУ) стали происходить почти на регулярной основе. Причем цели, которые преследовали исполнители этих подрывов, носили именно политический, идеологически мотивированный характер.

Интересно, что объектом преступных посягательств представителей деструктивных экстремистских групп поначалу были лишь символы власти либо объекты инфраструктуры, и человеческие жертвы, если они случались, носили на тот период часто случайный, незапланированный характер. Однако с конца 1990-х — начала 2000-х годов в России стали появляться группы, организованные для совершения убийств и экстремистских актов с запланированными многочисленными человеческими жертвами. Особняком здесь стоят незаконные вооруженные формирования, действующие на Северном Кавказе. Наиболее кровавые преступления связаны именно с этой категорией радикальных тоталитарных группировок террористической направленности. Тогда появилось даже такое устойчивое определение, имеющее однозначное этническое звучание, — «чеченский терроризм». Так с «чеченским терроризмом» часто связываются события августа 1999 года, когда Москву, г. Буйнакск и г. Волгодонск потрясла серия взрывов жилых домов, осуществленная членами исламского террористического сообщества. С «чеченским терроризмом» ассоциируется и захват здания театрального центра на Дубровке боевиками под руководством террориста Мовсара Бараева, осуществленный в Москве в 2002 году.

Вместе с тем при детальном рассмотрении актов терроризма, осуществленных в Российской Федерации в период с 1999 по 2005 годы, становится очевидно, что этнических чеченцев среди террористов оказывается не так много. Период

21 августа 2006 года группа радикалов, входивших в движение «Спас», подорвала СВУ на территории Черкизовского рынка в Москве, в результате чего 14 человек погибли, большое число людей получили ранения различной степени тяжести. Массовым совершением убийств мигрантов занимались члены организации «Национал-социалистическое Общество» (НСО). Наряду с убийствами, члены данной организации были причастны к совершению ряда терактов с использованием СВУ, намеревались осуществить подрыв линии электропередач в Московской области. Группа позиционировала себя как фашистская организация, борющаяся за смену политической власти в Российской Федерации насильственными методами. Члены этой группы были осуждены за совершение нескольких десятков убийств, в числе жертв оказался и их «соратник», заподозренный в предательстве. Деятельность НСО была запрещена в Российской Федерации в судебном порядке, в 2009 году эта организация была признана экстремистской.

с 2005 по 2010 годы был отмечен ростом преступлений экстремистского и террористического характера в Москве, Санкт-Петербурге и других городах Российской средней полосы, которые совершали представители радикальных националистических групп, не являющиеся выходцами из региона Северного Кавказа или Средней Азии.

Отметим, что в последнее время (об этом далее будет сказано более подробно) определяющим в деятельности экстремистских групп стало не получение конкретного политического результата, а совершение актов насилия самих по себе.

13.3. Психологические особенности личности экстремиста и террориста

Рост экстремизма отмечается не только в России, но и в мире, причем как исламского, джихадистского толка, так и правого и левого радикального экстремизма. Некоторые эксперты и представители западных спецслужб отмечают, что право- и левоэкстремистские группировки представляют собой даже более серьезную угрозу для безопасности современных государств (см.: agentura.ru).

На основании проведенных в психологической науке исследований терроризма можно выделить схожесть между личностными особенностями экстремистов и террористов. Как указывает В. А. Соснин в обзоре, посвященном психологии мотивации террористов-смертников, «сравнительные исследования личности террористов не обнаружили особой личностной психопатологии» (Соснин В. А., 2012). Анализ научной литературы показывает, что мотивации экстремистов и террористов во многом схожи. Ссылаясь на результаты ряда зарубежных исследований мотивации террористов, В. А. Соснин перечисляет некоторые психологические механизмы, характерные для личности террористов, которые в полной мере можно отнести и к личностным особенностям экстремистов. Например, такой психологический механизм, как «экстернализация — объяснение своего поведения как зависящего от внешних обстоятельств».

Внешне схожи мотивы деятельности немецкой террористической группы RAF и современных российских экстремистов. Г. Ньюман (см.: Горбунов К. Г., 2012) выделил *три мотива*, руководивших поведением участников этой организации. Это мотив *культурологический* — необходимость давать обществу встряску, проливая кровь. *Рациональный* мотив — экстремистская и террористическая деятельность как единственно возможный инструмент политической борьбы. Наконец, *идеологический* мотив — террористическая деятельность как механизм регуляции социальных отношений. Интересно, что именно таким образом объясняют себе и другим свою деятельность многие современные российские экстремисты, совершающие акции прямого действия.

Но это, безусловно, лишь внешне декларируемые причины, которые скрывают истинные глубинные психологические особенности экстремистов. Определяя так свою деятельность, экстремисты стремятся выглядеть более привлекательно для себя и для

других. Абсолютно верным будет подчеркнуть, что профессиональные экстремисты (как и террористы) нуждаются в наличии внешнего врага, которого можно обвинить во всех окружающих людей проблемах личного и социального плана. Выделенные в ходе проведенных исследований особенности профессиональных экстремистов полностью подтверждают результаты еще раньше проведенного западногерманского исследования социально-психологических характеристик террористов (Соснин В. А., 2012). И для террористов из западногерманской выборки, и для профессиональных экстремистов характерны психологическая зависимость от экстремистской группы, враждебность, подозрительность и агрессивность.

Вместе с тем интересное различие между террористами и экстремистами В. А. Соснин находит в *идентичностной сфере*. Во многом можно принять тезис Соснина о том, что для террористов скорее характерна негативная идентичность, а для экстремистов — позитивная. Иными словами, если террористы избавляются от своей негативной идентичности, то экстремисты постоянно ищут подтверждение своей позитивной идентичности. Негативная идентичность может включать в себя чувство унижения, психологической травмы и т. д., тогда как позитивная идентичность экстремистов базируется на идентичности создателя идеального мироустройства. Однако стоит еще раз отметить, что и здесь, в сфере идентичности, грани между террористами и экстремистами весьма призрачны.

К. Г. Горбунов (2012) отмечает, что криминологи относят терроризм к неличностным преступлениям, когда посягательство на жизнь другого человека происходит не из личной ненависти к конкретному индивиду, а только из-за того, что тот или иной человек является представителем группы Других. Действительно, результаты исследования, проведенного среди российских экстремистов, полностью подтверждают этот тезис. Убийства людей совершались ими по принципу принадлежности того или иного человека к дискриминируемой ими группе.

Схожесть наблюдается между экстремистами и террористами и в рамках социализации. Согласно данным Горбунова, психологи, исследовавшие террористов из леворадикальных групп RAF и «красных бригад», установили, что до 25 % участников этих групп потеряли одного или обоих родителей до 14 лет.

Уже было отмечено выше, что одним из центральных источников возникновения и распространения экстремизма в современном мире является кризис идентичности. Так, говоря о личности террориста, Горбунов подчеркивает: «Недостаточно сформированная (или раздробленная) социально-психологическая идентичность, проявляющаяся на субъективном уровне в чувстве одиночества, неполноценности, незащищенности, побуждает индивидов искать психологическое убежище в сплоченных экстремистских группах, ставящих для себя грандиозные цели изменения несовершенного мира. Принадлежность к такой общности позволяет трансформировать чувство слабости и неполноценности в ощущение силы и значимости» (Горбунов К. Г., 2012, с. 201). С этим высказыванием ученого можно в целом согласиться, но если говорить об экстремизме, необходимо отметить лишь одно: кризис идентичности формирует только один запрос — запрос на упорядоченность окружающего мира.

Действительно, подобные особенности используют лидеры, в том числе экстремистских сообществ. У всех исследованных нами экстремистов присутствовали отмеченные Горбуновым социально-психологические особенности студента техникума, захватившего самолет в далеком 1973 году. Среди этих особенностей и игровое восприятие реальности, и поиски героики, и то, что всех их близкие и соседи характеризовали как очень тихих, незаметных людей. Так, например, Фарид Бенъетту, духовный наставник братьев Саида и Шерифа Куаши, которые совершили теракт в редакции сатирического журнала «Charlie Hebdo» в Париже 7 января 2015 года, где убили 12 человек и ранили еще 11, характеризовался во время своего обучения в Медицинском институте как прилежный и скромный студент (Горбунов К. Г., 2012). Интересно и то, что по окончании обучения Бенъетту работал в отделении неотложной помощи главной парижской больницы Питье-Сальпетриер в качестве стажера и ничем особенным для окружающих не выделялся.

Еще одна схожесть между психологическими особенностями экстремистов и террористов заключается в *узости мышления*. Можно утверждать, что картина мира фанатика, экстремиста, террориста одинаково черно-белая, поделенная на «Мы» и «Они». В этой картине мира осуществляется вечная борьба хороших «Мы» с плохими «Они», между которыми конструируется непреодолимая пропасть.

К. Г. Горбунов (там же, с. 212), говоря о личности террористов, пишет, что они не способны взаимодействовать в режиме диалога. Если мнение других расходится с их позицией, то они воспринимают таких людей как врагов. Согласно наблюдениям К. Г. Горбунова, террористы либо выслушивают авторитетное для себя лицо, либо поглощены собственными мыслями, высказываемыми вслух. Все это характерно и для исследованных нами экстремистов. Им, как и террористам, исследованным Горбуновым, присуща *ригидность и авторитарность*. Еще одна особенность, объединяющая террористов и экстремистов, — схожесть их лексиконов: «Хочу! Дай! Мое! Немедленно здесь и сейчас!» (там же).

Любопытный пример совпадения психологических особенностей террористов и экстремистов — произошедший в СССР 2 ноября 1973 года захват самолета ЯК-40 четырьмя подростками. Целью захвата было желание подростков отправиться в США. Инициатором захвата был 16-летний Владимир Жалнин, студент Московского автомеханического техникума, который подговорил своего 20-летнего приятеля и двух однокурсников к участию в захвате самолета. Примечательно, что один из данной террористической группы хотел улететь в США и бороться там за права индейцев, вероятно насмотревшись популярных в то время вестернов производства ГДР с Гойко Митичем. Во время освобождения заложников студент был убит. Знавшие инициатора захвата самолета люди характеризовали его как серого мышонка. Горбунов пишет, что у таких террористов, как этот студент техникума, «поиск

романтики и героики часто сочетается с игровой мотивацией, потребностью в риске, ощущении себя в необычных ситуациях, участии в опасных для жизни операциях».

И. А. Кудрявцев и Н. А. Ратинова отмечают, что в рамках изучения личности преступника проводилось огромное количество исследований. В этих исследованиях осуществлялся анализ социально-демографических особенностей преступников, особенностей их социальной адаптации, образа жизни, семьи. Также изучались ценностные ориентации преступников, система их потребностей, уровень притязаний, самооценка и т. д. Однако, как указывают авторы, оказалось, что ни одна из взятых сама по себе особенностей личности не способна отделить преступника от не преступника. Было установлено, что нет одного единственного уникального свойства личности, которое вызывало бы криминальное поведение.

Достаточно интересное исследование организованной преступности провел известный петербургский журналист Е. Вышенков в книге «Крыша» (2011).

В ходе журналистского расследования этого социального явления, он определяет мотивации участников организованных преступных групп 1970–1990-х годов простой формулой: «...Дачка, тачка и собачка». Представителей организованной преступности толкали на совершение противоправных деяний их личные проблемы, лежавшие в экономической плоскости — достижение успеха в обществе связывалось ими исключительно с возможностью быстро и без усилий разбогатеть.

Исполнители преступлений экстремистской и террористической направленности определяют свою противоправную деятельность по-другому. Экономические мотивации хоть и присутствуют в их действиях, но не являются доминирующими, либо глубоко скрыты и не вполне очевидны даже для самих преступников. Экстремисты осознанно идут на совершение противоправных дей-

Вместе с тем многие экстремисты участвовали в грабежах и разбойных нападениях с целью добычи денег. Так, члены экстремистской группы «НСО–Север» В. и А. осуществили два разбойных нападения, а также не упустили случая проверить содержимое карманов своих жертв. Осужденный в Санкт-Петербурге за совершение убийства руководитель националистической ячейки г. Пикалево Ленинградской области М. организовал вместе с подельником ограбление почтальона. Все денежные средства, полученные в результате совершения данного преступления, были обнаружены в ходе обыска в квартире М. в полной сохранности, тратить их на собственные нужды он считал для себя совершенно неприемлемым.

ствий, не останавливаясь перед нарушением норм права или общественных норм поведения не ради обладания материальными благами, а ради утверждения той идеологии, которую исповедуют.

Получается парадокс: экстремисты совершают разбойные нападения, однако меркантильно-гедонистические мотивации не являются для них доминирующими. Все встает на свои места, если понимать, что ограбление (экспроприация) воспринимается ими как инструмент для финансовой подпитки политической или религиозной борьбы, а не как способ достижения комфортной, «теплой» личной жизни. На квартирах членов экстремистских организаций, проживающих в условиях крайней нужды, часто в ходе обысков обнаруживались значительные денежные суммы, предназначенные именно для ведения политической борьбы. Необходимость как раз такого отношения к материальным благам обосновывается для членов деструктивных, тоталитарных групп их лидерами и авторитетами в различного рода инструкциях или проповедях. Так, в тексте осужденного за серию убийств на националистической почве в Санкт-Петербурге Алексея Воеводина по кличке «СВР» (сделан в России), распространенного в сети Интернет, очень ярко прослеживается именно эта черта. Он пишет: «...всякий раз, когда я надеваю маску и беру в руки оружие, я ощущаю жар огня расовой революции... вектор грабежей и разбоев в качестве средств для террористической деятельности я выбрал правильно. Факт!»

Примечательно, что и члены деструктивных организаций террористической направленности, представители радикального, так называемого салафитского ислама не пренебрегают мелкими преступлениями вроде мошенничества с кредитными картами, подделки документов и т. д. Подобное поведение для правоверного мусульманина является недопустимым, ведь приверженец ислама должен быть для окружающих образцом благочестия. Именно стремление избавиться от нечистого образа жизни, возмущение им мотивировало многих из них присоединиться к салафитскому джихаду. Вместе с тем оказывается, что и здесь мелкие преступления становятся допустимой деятельностью, если направлены на материальную поддержку джихада. Более того, преступная деятельность официально поддерживается фетвами и совместима с такфиром, ибо вставшие на путь джихада члены террористических групп нарушают человеческий закон уже не ради личной выгоды, а на своем пути к Богу. В итоге основные отличия между экстремистами и обычными преступниками лежат в мотивационной сфере. Носитель экстремистского типа личности даже свои сугубо меркантильные интересы рационализирует через призму политической борьбы. Себе и окружающим они могут самый неблагоприятный поступок объяснить политической необходимостью.

13.3.1. Психологические особенности личности профессионального экстремиста

Многие исследователи отклоняющегося поведения констатируют, что картина мира фанатика, экстремиста, террориста одинаково черно-белая, поделенная на «Мы» и «Они». При таком восприятии мира невозможно остаться в стороне от борьбы,

здесь можно либо встать на сторону «Мы», либо оказаться для сделавших данный выбор врагом. Следует заметить, что имеется нечто существенное, что разделяет носителей экстремистской картины мира между собой. Это прежде всего личностные и групповые черты, способные подтолкнуть человека на совершение преступления против человеческой жизни ради утверждения своих экстремистских взглядов или, наоборот, удерживающие его от такого действия.

С одной стороны, необходимо понять, где та психологическая грань, за которой заканчивается простое декларирование радикальной, деструктивной, экстремистской идеологии и начинается открытое посягательство на общественно значимые интересы, а в крайних случаях и на человеческую жизнь ради утверждения религиозной или политической идеологии. С другой стороны, одна из важных теоретических задач социально-психологического исследования экстремизма — постараться провести четкое различие между экстремизмом как патологической формой психологической и в равной степени политической активности и конструктивными формами активности в виде социального протеста в решении, к примеру, социально-политических проблем.

Любому человеку необходим в жизни свой, особенный, индивидуальный ценностный фундамент, на который можно было бы опереться в выстраивании поведенческой стратегии как в сиюминутно складывающихся ситуациях, так и в долгосрочной перспективе. Потом, в течение жизни, можно подвергнуть его коррекции, уйти от устаревших, не соответствующих требованиям времени неэффективных норм, но вместе с тем всегда знать, что к этому сформированному когда-то базису можно опять вернуться. Такой фундамент часто дают идеологические установки, усваиваемые через социальную среду в процессе воспитания. Наличие ценностного фундамента оказывается особенно важным, когда человек пребывает в состоянии кризиса, пытается обрести себя, оказывается на пороге самостоятельной жизни, переживает смертельную болезнь, остается без средств к существованию, т. е. находится в целом в трудных жизненных условиях. В такой ситуации он волей или неволей вынужден проходить своего рода обряд обновления, перехода из прежнего состояния в новое. Этот переход зачастую оказывается тяжелым, для его прохождения человек остро нуждается в общественных институтах или социальных группах, которые могут помочь ему преодолеть это кризисное состояние, помочь перенести утраты и сложные жизненные моменты, утвердить себя, дать ощущение персональной ценности и нужности, что в конечном счете будет залогом дальнейшей успешной жизни. Различные государственные или формальные общественные институты, такие как армия, школа, партии и профессиональные союзы, а также церковь пока слабо справляются с этой задачей. Иначе не было бы такого количества деструктивных религиозных сект, экстремистских политических групп или так называемых коммерческих культов.

Коммерческий культ — это общественное объединение, образованное по принципу сетевого маркетинга, где в качестве наивысшей ценности предла-

гается товар — тот или иной продукт, подлежащий продаже, которому приписываются уникальные потребительские свойства, например *Herbalaif*.

Громадное количество людей, потерявших или не обретших свое Я, готовы отдать почти все тем, кто предоставит им возможность найти себя, а заодно даст возможность, пускай и иллюзорную, быстрого жизненного успеха. К великому сожалению, самый простой и быстрый путь обретения ощущения осмысленности существования предлагают лидеры разного рода деструктивных политических и религиозных организаций. Неуверенность, размытость Я, отсутствие целей и смыслов снимаются простой черно-белой авторитарной картиной мира, характерной для экстремистской идеологии. Неформальные деструктивные группы часто внешне представляют собой силу, с которой можно идентифицироваться, получить через ощущение сопричастности уверенность в скором решении всех личностных проблем. Определяя внешнего врага, с которым надо бороться, такие организации дают тем самым своим adeptам цель и смысл жизни. У человека вырабатывается иллюзия скорого разрешения угнетающих его проблем, как только «враг», персонализированный в том или ином лице, будет уничтожен. «Враг» в системе экстремистского сознания — это всегда динамичная категория, которая не имеет устойчивого наполнения, да это и не требуется. В качестве «врага» могут выступать отдельные люди, различные социальные группы, а иногда и целые социальные, политические, религиозные системы. В сознании отдельных людей и групп экстремизм стал удобным инструментом в решении проблем, связанных с социальным статусом, религией, поисками идентичности. Экстремизм стал опасен прежде всего тем, что всем понятные индивидуально-психологические и групповые стремления утвердить себя в жизни он подменяет обыкновенным насилием.

Предлагается рассматривать феномен экстремизма как образованный из двух составляющих, различия между которыми лежат в мотивационной сфере. Будем определять их терминами «профессиональный экстремизм» и «ситуативный экстремизм». Для профессионального экстремиста его социальная активность становится ведущим видом деятельности, тогда как у ситуативного экстремиста его активность вызвана какими-то конкретными личностными переживаниями.

В качестве наглядной иллюстрации феномена ситуативного экстремизма обратимся к кинематографу. В фильме «С меня хватит!» (оригинальное название — «*Folling down*») — вниз по наклонной (англ.) американского режиссера Дж. Шумахера) главный герой оказывается в сложной ситуации — он лишается работы, у него серьезные проблемы в семье, его мать страдает психическим заболеванием. Герой, изначально инкорпорированный в общество, не собирается изменить его устои, ему хочется лишь устранить очевидную, казалось бы, несправедливость. Несомненно, его позиция абсолютно эгоцентрична, интересы других людей им совершенно не принимаются в расчет. Казалось бы, социальная среда здесь вынуждает героя выбрать насилие в качестве способа преодоления личностного кризиса, однако с его помощью на

самом деле не удается решить ни одной из по-настоящему важных для него проблем. Более того, насилие лишь порождает новые проблемы и вынуждает героя совершить в финале фильма так называемое полицейское самоубийство.

Экстремизм — это прежде всего крайние, выходящие за грани общественно приемлемого формы представления своей позиции. Свободомыслие и экстремизм находятся на разных идеологических полюсах, экстремизм не терпит отклонений от установленных им догматов. Экстремизму часто свойственно посягательство на человеческую жизнь, авторитарное навязывание своих убеждений, крайняя нетерпимость к оппонентам, которая базируется на враждебной, полярной, дуалистичной черно-белой картине мира.

Существуют психологические различия между профессиональными экстремистами и ситуативными экстремистами.

Профессионального экстремиста характеризует *экстремистский тип личности* — устойчивая характеристика личности, не зависящая от объективных социально-политических противоречий. Своей деятельностью профессиональный экстремист не разрешает существующих в обществе проблем, она направлена на рационализацию его собственных жизненных установок. Процесс осуществления экстремистской деятельности для него является самостоятельной ценностью.

Ситуативный экстремист своей деятельностью пытается устранить негативное влияние (прежде всего на себя лично) отрицательно оцениваемых общественных явлений. Для него конечный результат деятельности важнее процесса ее осуществления.

Экстремистский тип личности как совокупность достаточно устойчивых характерологических черт, вырабатывается в процессе первичной социализации. Он не формируется изначально в экстремистской или террористической группе, но группа акцентирует в такой личности уже

Картиной, иллюстрирующей феномен профессионального экстремизма, является фильм российского режиссера Ю. Мамина «Бакенбарды». Здесь как нельзя более красочно показана эволюция экстремистской группы, от момента ее создания до трансформации в интегрированное с властными структурами сообщество, осуществляющее преступную деятельность. Особенно интересно наблюдать процесс вовлечения в деятельность деструктивной организации новых участников, переход от ненасильственных форм общественной активности к неприкрытому и зачастую немотивированному и неадекватному насилию.

сформированные в процессе социализации характерологические черты и паттерны поведения. Асоциальная, деструктивная социальная среда, воздействуя на такую личность, провоцируя на противоправную деятельность средствами массовой и межличностной коммуникации, опирается на уже сложившиеся социально-психологические черты.

Основные отличия между экстремистами и обычными преступниками лежат в мотивационной сфере. Носитель экстремистского типа личности даже свои сугубо меркантильные интересы рационализирует через призму политической борьбы. Себе и окружающим они могут даже самый неблагоприятный поступок объяснить политической необходимостью.

Экстремизму свойственно посягательство на человеческие права и свободы, авторитарное навязывание своих убеждений, крайняя нетерпимость к оппонентам, враждебная черно-белая картина мира: жестко авторитарная, ценностно насыщенная, поделенная на «мы» и «они», на «своих» и «врагов». В целом можно утверждать, что экстремистской картине мира свойствен авторитаризм, более того, она на нем базируется.

Чтобы научиться распознавать в любых отношениях авторитарность, как пишут Д. Крамер и Д. Олстед в своей совместной книге «Маски авторитарности» (Крамер Д., Олстед Д., 2002), достаточно ознакомиться со следующими характерными ее установками:

- нельзя отклоняться от линии группы. Каждый, чьи действия или чувства противоречат общепринятой позиции, считается ошибающимся или вредным;
- все, что делает вождь, считается совершенным и истинным, не терпящим никакой критики и порицаний;
- все, кто не с нами, те против нас;
- вверху лучше знают, что лучше;
- указания свыше не обсуждаются, а исполняются;
- страх наказания за инакомыслие в корне подавляет все возможные сомнения и колебания.

Авторитаризм зарождается либо из потребности подчиняться некоему непрерываемому авторитету, либо из стремления самому занять его место. Концепция авторитарной личности и характера вышла из работ основателей франкфуртской социологической школы М. Хоркхаймера, Э. Фромма, Т. Адорно и др.

В 1936 году под редакцией М. Хоркхаймера, в то время руководителя Франкфуртского института социальных исследований, была издана коллективная работа: «Исследование авторитета и семьи» (*Studien über Autorität und Familie*, 1936). В этой работе, как впоследствии отмечал Т. Адорно, уже была заложена общая структура понятия «авторитарная личность». Также в «Диалектике просвещения» (1940) М. Хоркхаймер и Т. Адорно, предприняв попытку социологического анализа тоталитарных тенденций, свойственных политическим структурам фашизма и позднего капитализма, высказали предположение, что когнитивные структуры авторитаризма, ан-

тисемитизма и культурного конформизма являются результатом «истощения Эго», бессилия человека в тотально управляемом мире.

В «Диалектике просвещения» антисемитизм, например, интерпретировался как переориентация экономического недовольства на евреев и рассматривался в качестве одного из элементов авторитарной структуры характера, порождаемой объективными социально-экономическими условиями капитализма.

Между тем видный представитель франкфуртской школы Э.Фромм занялся проблемой авторитарности еще в 1931 году. В ходе своего исследования, которое он провел в Германии среди представителей среднего класса, как известно основной избирательной базы НСДАП, Э.Фромм установил, что немецкие рабочие и служащие, принадлежащие к среднему классу, обладали глубоко укорененными в структуре характера установками, определяющими их готовность к принятию авторитарного режима и даже потребность в нем.

В дальнейшем Э.Фромм подробно зафиксировал свои наблюдения и выводы в работе «Бегство от свободы» (1941), где он ввел понятие авторитарной личности и определил авторитарный характер как особый тип социального характера, составляющий психологическую базу фашизма.

Авторитарным был назван тип характера, специфическими особенностями которого являются: любовь к сильному и ненависть к слабому; ограниченность и скудность во всем (в деньгах, чувствах, эмоциональных проявлениях, мышлении) вплоть до аскетизма; агрессивность, связанная с общей тревожностью и являющаяся для данного типа личности доминирующим способом психологической защиты; узость кругозора; подозрительность; ксенофобия; «завистливое любопытство»; бессилие и нерешительность; преклонение перед прошлым, связанное с неспособностью чувствовать себя полноценной личностью в настоящем.

Наиболее важный элемент в структуре авторитарного характера — «особое отношение к власти»: любовь к силе самой по себе и презрительное отношение к бес сильным людям и организациям.

В структуре авторитарного характера можно наблюдать амбивалентность, выражающуюся как в беспрекословном подчинении сильной деспотической власти, так и в столь же сильной тенденции сопротивляться власти и отвергать любое влияние сверху, если власть воспринимается как слабая. Авторитарному характеру равно присущи и жажда власти, и стремление к подчинению. Общей особенностью авторитарного мышления является «убеждение, что жизнь определяется силами, лежащими вне человека, вне его интересов и желаний». Эта особенность проявляется не только в области политических идеологий, но и в более общих представлениях о судьбе, предназначении человека, воле Божьей, моральном долге и т. п. В такого рода представлениях отражается потребность в наличии той внешней и могущественной силы, которой можно подчиниться. Авторитарный характер не приемлет свободы, которая для него психологически невыносима, и «с удовольствием подчиняется судьбе».

Э.Фромм, полагая, что *авторитарная личность* — это преобладающий тип не только в условиях фашистской системы, но и в современном обществе, перенес свою критику авторитарной личности с критики фашизма на критику современного об-

щества, показав, что механизмы подчинения личности власти в этих двух системах одни и те же. Говоря о фашистских государствах, Э. Фромм пользуется термином «авторитарная личность», а когда пишет о современных г системах, он говорит о «конформистской личности», «конформистском характере». В некоторых отношениях конформистская личность, согласно Э. Фромму, более страшна, чем обыватель в фашистских странах: если авторитарная личность с удовольствием подчиняет себя авторитету, то конформистская личность полностью в этом авторитете растворяется.

Для среднего человека, полагал Э. Фромм, нет ничего тяжелее, чем чувствовать себя одиноким, не принадлежащим ни к какой большой группе, с которой он может себя отождествить и которая сможет его защитить.

В описании Э. Фроммом авторитарной личности можно выделить следующие черты (Фромм Э., 1990).

1. *Выраженная зависимость* от внешних сил (других людей, каких-либо организаций, от природы).
2. *Перекалывание ответственности* за результаты своих поступков на эту силу.
3. *Восхищение властью и желание подчиняться*, но в то же время желание самому быть властью, чтобы другие подчинялись ему.
4. *Любовь к сильному и ненависть к слабому* (бессильные люди или организации вызывают презрение).
5. *Деление людей* на имеющих или не имеющих силу и власть, т. е. *на высших и низших*. Любые различия — будь то пол или раса — для него обязательно являются признаками превосходства или неполноценности. Различие, которое не имело бы такого смысла, для него просто невообразимо.
6. *Ограниченность, враждебность, скупость* (не только в экономическом, но и в психологическом смысле).
7. *Чувство совершенства и превосходства* над другими.
8. *Узость взглядов, подозрительность*.
9. *Ненависть к незнакомцу и завистливое любопытство* по отношению к знакомым.

Исследования авторитарной личности сегодня связываются прежде всего с именем Т. Адорно. Ему принадлежит не только теоретическая проработка концепции, но и конкретное эмпирическое исследование, результаты которого были представлены в известной книге Т. В. Адорно, Э. Френкеля-Брунsvика, Д. Дж. Левинсона и Р. Н. Сэнфорда «Исследование авторитарной личности», увидевшей свет в 1949 году. В этой работе были подвергнуты всестороннему исследованию психологические аспекты проблемы появления в обществе авторитаризма. Цель исследования — выявление элементов личности современного человека, которые опреде-

ляют его предрасположенность к реакциям враждебности по отношению к расовым, этническим, религиозным и другим социальным группам. В ходе исследования была продемонстрирована устойчивая корреляция между расовыми и этническими предубеждениями и определенными глубинными чертами личности, образующими «новый антропологический тип» человека, возникший в XX веке — *авторитарный тип личности*.

Авторитаризм как устойчивая личностная психологическая черта связывался с процессом воспитания в особой авторитарной семье, где каждая тенденция в направлении непослушания жестко подавлялась властным родителем, подчинение и идентификация с которым в детстве, переносились во взрослом возрасте на исповедование политических убеждений консервативного и фашистского толка, на стремление подчиняться авторитарным лидерам, на приверженность иерархическому принципу упорядочивания социальных отношений, враждебное отношение к группам меньшинств.

Сильная тенденция к авторитарной конформности в социально референтной группе включает в себя негативный взгляд на людей вне этой группы вплоть до дискриминации и уничтожения, особенно, если представители аутгруппы воспринимаются как менее могущественные. Согласно авторам книги, агрессивность, связанная с невозможностью в детстве иметь собственный голос и с подчинением родительской системе ценностей и воле, фокусируется в дальнейшем не на их причине (могущественных взрослых), а на менее угрожающих и более слабых элементах. Основной механизм формирования авторитарного синдрома в структуре личности — это неспособность преодолеть Эдипов комплекс вследствие недостаточно сформировавшегося Супер-эго. Авторитарная личность управляема Супер-эго и должна постоянно бороться с противоречивыми устремлениями Ид, а ее отношение к власти и социальному авторитету приобретает иррациональный характер. Субъект приспосабливается к обществу, только получая удовольствие от подчинения, субординации. Утрата авторитета отца у авторитарной личности выливается в самоидентификацию с авторитетом конвенциональных норм какой-то группы, государства, лидера. Вместо идентификации с родительским авторитетом такая личность может взбунтоваться, что ведет к иррациональной и слепой ненависти к любому авторитету, однако чаще сопровождающейся тайной готовностью подчиниться. Авторитарная агрессия и подчинение проявляются как почитание вышестоящего во властной иерархии и стремлении подавить и унижить нижестоящих. Авторитарная личность склонна мыслить в терминах власти. Для нее всегда важно выяснить, кто кому подчиняется, кто главный. Авторитарный характер в целом, согласно Т. Адорно, отличают определенные личностные черты:

- конвенционализм — приверженность к принятым нормам;
- авторитарное раболепие — некритическое подчинение идеализированным авторитетам собственной группы;
- авторитарная агрессия — тенденция выискивать людей, нарушающих конвенциональные нормы, чтобы осудить отвергнуть и наказать их;

- антиинтрацепция — неприятие всего субъективного, исполненного фантазии, чувствительного;
- суеверность и стереотипизм — вера в мистическое предначертание собственной судьбы; предрасположенность к мышлению в жестких категориях;
- сила и крепость — гипертрофированное мышление в таких категориях, как господство — подчинение, сильный — слабый, вождь — последователи; идентификация себя с фигурами власти, выпячивание конвенциоанализированных атрибутов собственного Я; выставление напоказ силы и крепости;
- деструктивность и цинизм — обобщающая враждебность, очернение человеческого;
- проективность — предрасположенность верить в нелепые и опасные процессы, происходящие в мире, проекция неосознанных эмоциональных импульсов во сне;
- сексуальность — чрезмерный интерес к сексуальным происшествиям.

Эти переменные тесно связаны друг с другом и образуют единый синдром, более или менее устойчивую структуру личности. Именно такая личность имеет запрос на ценностный базис и в случае переживания личностного кризиса готова воспринять экстремистскую, черно-белую картину мира в качестве такового. Идеология, основанная на ненависти и вражде по принципу принадлежности к той или иной социальной группе, акцентирует в личности экстремиста уже имевшиеся у него патологические черты характера. Опасность здесь состоит прежде всего в том, что под воздействием идеологии эти черты могут в крайних случаях получить реализацию в делинквентном поведении.

По результатам исследований личности участников радикальных и экстремистских организаций, совершивших тяжкие и особо тяжкие преступления под воздействием экстремистской идеологии, были определены характерологические черты, в значительной степени составляющие указанные выше особенности авторитарной личности. Вместе с тем для таких преступников имеется ряд дополнительных личностных особенностей, которые описывают именно *экстремистскую личность*, т. е. ту личность, которая не просто пассивно принимает тоталитарную идеологию, но готова осуществлять под ее влиянием конкретные поведенческие акты вплоть до совершения преступлений, связанных с применением насилия. Причем качественное содержание идеологической догматики здесь может быть любым — от консерватизма и национализма до анархизма или либерализма, от утверждения прав меньшинств до защиты прав животных.

Для носителей экстремистского типа личности выделены следующие *характерологические особенности*.

Во-первых, лиц, способных на совершение противоправных действий по идеологическим мотивам, отличают крайне высокие показатели шкалы авторитаризма (термин «авторитаризм» здесь употребляется для обозначения количественного измерения описанного выше свойства личности, получаемого эмпирически по методике Т. Адорно), что иллюстрирует применимость выявленных указанными выше

исследователями франкфуртской школы особенностей авторитарной личности к современным экстремистам, чья преступная деятельность выявлена и доказана в суде в современной России. Как одно из ведущих свойств экстремистской личности здесь можно также выделить *ригидность*, или интеллектуальную уплощенность. Носитель этого свойства вовсе не обязательно имеет пониженный уровень интеллекта. Скорее, ригидность характеризует неспособность к абстрактному мышлению, к высшей степени аналитического обобщения получаемой из внешней среды информации — созданию новых смыслов. Такой человек в своих суждениях обязательно должен опираться на чье-то авторитетное мнение, для выстраивания собственной позиции ему необходима идеологическая платформа, полученная извне. Вместе с тем, обретая некую систему координат, воспринимая систему ценностей, отражающую его картину мира, ригидный человек оказывается неспособным отнестись к своим убеждениям критически. Попытки переубедить его оказываются безнадежными. Однако существует возможность подвергать под сложившуюся у него картину мира новые факты и обстоятельства. Так, например, участникам различных деструктивных групп, в том числе имеющих полярные идеологические установки и открыто враждующих между собой, можно разъяснить необходимость совместных действий, выстраивая для них образ общего врага, например «кровавый режим Мубарака» в Египте, где в революционных событиях 2011 года по одну сторону баррикад оказались и радикальные исламисты, и ориентированные на светский образ жизни студенты. То, что после общей победы интересы ее творцов разойдутся на разные полюса, является очевидным, и египетские события 2012–2013 годов наглядно демонстрируют, какого накала могут достичь эти противоречия, поставившие упомянутую страну на грань гражданской войны.

Второй отличительной *чертой* лиц, склонных к преступлениям против личности из экстремистских побуждений, являются высокие показатели по шкале агрессии. Это свойство иллюстрирует стремление носителя экстремистского типа личности решать все возникающие проблемы силовым путем, изначальное отсутствие желания устанавливать конструктивный диалог со стороной, представляющей противоположные или просто отличающиеся взгляды на ту или иную ситуацию. В случае возникновения конфликта здесь существует только два варианта его развития — либо силовое подавление более слабого противника, либо раболопное подчинение более сильному. Являющаяся здесь важной составляющей общей агрессивности высокая самоагрессия демонстрирует прежде всего сложности в принятии себя, стремление к само модернизации, основной целью которой становится обретение силы, которая позволила бы, по мнению носителя экстремистского типа личности, обрести преимущество в конкурентной борьбе. Для таких людей характерно стремление к занятиям силовыми видами спорта и контактными единоборствами. Боевые искусства, требующие долгого совершенствования техники и духовной практики, для них являются непривлекательными.

В-третьих, экстремистскую личность отличают высокие значения по шкале экстернальности (внешний локус контроля). Для них характерно делегирование ответственности за свои неудачи, за трудности в налаживании межличностных отношений

внешним факторам. Они не склонны к рефлексии, к поиску источника своих проблем внутри себя. Их самоодернизация не направлена на поиск собственного места в социальном окружении, ее целью является исключительно эгоистическое стремление к доминированию над окружающими. Будучи готовыми к подчинению силе, они, в свою очередь, стремятся подчинить себе более слабых. Свое право на социальное доминирование они рационализируют через декларирование собственной *особой* общественной миссии, через идею собственной исключительной социальной роли. Этот фактор в значительной степени определяет необходимость существования в экстремистской картине мира образа врага как внешнего источника постоянной угрозы, на который переносится ответственность за все неудачи. Носитель экстремистского типа личности готов поверить любому самому нелепому обвинению, прозвучавшему от участника референтной группы в адрес относимых к категории «враг». Для него изначальная злонамеренность окружающих является не требующим доказательства свойством объективной реальности.

Четвертым фактором, определяющим экстремистскую направленность личности, является фактор мизантропии. Негативное отношение к окружающим, основанное на крайнем недоверии, восприятие окружающего мира как исключительно враждебного являются особенностями носителя экстремистского типа личности. Реализовать естественный для каждого запрос на идентичность здесь оказывается возможным только через объединение людей со схожими личностными свойствами в малую референтную группу, сплоченную на основе общей идеологии, участие в которой закрепляется общей деятельностью. Численность таких ячеек, как правило, не более 10 человек. Ввиду того, что личностные черты членов таких малых групп оказываются схожими, их участники получают удовлетворение имеющегося у них запроса на идентичность. Внутри группы носители экстремистского типа личности могут позволить себе быть искренними, не скрывать своих истинных убеждений, строить самые фантастичные и нелепые планы на будущее. Вместе с тем у них не образуется отношений личной привязанности. Способность к эмпатии у носителя экстремистского типа личности понижена, ему не свойственно ставить себя на место другого человека, даже близкого. Иногда достаточно бывает непроверенных подозрений, чтобы агрессия членов такой группы была обращена на бывшего товарища, обвиненного в том или ином проступке либо просто объявленного врагом. Враг сразу оказывается дегуманизирован, деперсонализирован, лишен человеческого достоинства. Вчерашний товарищ, попавший в эту категорию, становится в глазах носителя экстремистского типа личности нечеловеком. Осуществление в отношении нечеловека насильственных действий не воспринимается носителем экстремистского типа личности как социально неприемлемое поведение.

Пятым фактором, определяющим свойства экстремистского типа личности, является фактор паранойяльности. Он проявляется не только в виде сформированной устойчивой идеи о враждебности окружающей среды, но и в ощущении реальности этой исходящей от окружающего мира и людей угрозы. Человек, обладающий такими характерологическими особенностями, живет в постоянном ощущении опасности, и это ощущение оказывает сугубо негативное влияние на его поведенческие

реакции. Не проходящее ощущение опасности порождает необходимость поиска ее источника и его нейтрализации, на что часто и направлена деятельность носителя экстремистского типа личности. Эмоциональный фон у такого человека понижен, он оказывается неспособным переживать радость или печаль, ему непонятны удовольствия от дружеского общения или любовные переживания. Налаживание социальных контактов зачастую становится для носителя экстремистского типа личности трудновыполнимой задачей, даже группирование имеет сугубо инструментальную цель. Ощущение групповой идентичности превращается в иллюзию, ведущим группирующим фактором является здесь поиск терпеливого слушателя или помощника в том или ином виде деятельности. Как только групповая динамика перестает отвечать интересам какого-либо участника, он или стремится занять доминирующую позицию в группе, чтобы навязывать остальным ее участникам свои решения в качестве групповых, или выходит из группы. Единственным сдерживающим фактором для продолжения своего участия в группе может являться страх перед бывшими товарищами либо боязнь разоблачения в случае реализации членами группы делинквентного поведения.

Можно констатировать, что выделенные выше черты во многом являются пересекающимися и дополняющими друг друга. Их совокупность дает достаточно полное представление о наиболее ярко выраженных характерологических особенностях самых радикальных носителей экстремистского типа личности. Именно такие реципиенты под воздействием экстремистской коммуникации общественно опасны. Нуждаясь в почве для самоактуализации в рамках враждебной дуалистичной картины мира, являющейся для них наиболее понятной, они оказываются готовыми к осуществлению преступной деятельности вплоть до совершения насильственных преступлений и актов терроризма в рамках той идеологической платформы, которая подтвердит их мировоззрение, основанное на поиске образа врага.

Необходимо также отметить ряд социально-психологических признаков, характеризующих феномен профессионального экстремизма. Прежде всего одним из таких признаков, характерных для людей, вовлеченных в профессиональный экстремизм является особенность их первичной социализации. Так, например, большинство из профессиональных экстремистов воспитывались либо в неполных семьях, либо в семьях с неродным отцом. Кроме того, имеются существенные различия в уровне образования профессиональных и ситуативных экстремистов. Профессиональные экстремисты демонстрируют, как правило, более низкий уровень образования. По имеющимся эмпирическим данным, среди них только 10 % поступают после окончания средней школы в высшие учебные заведения, 60 % ограничиваются получением среднего образования в общеобразовательных учреждениях, 10 % имеют среднее специальное образование, полученное в профессиональных училищах, 20 % не имеют законченного среднего образования. Из поступивших в вузы профессиональных экстремистов подавляющее большинство не в состоянии проучиться там более одного года. Для сравнения: среди ситуативных экстремистов всего 10 % не имеют высшего образования либо не обучаются в вузах.

Также немаловажным является тот факт, что у «профессиональных экстремистов» отсутствует профессиональная идентичность. Здесь нет противоречия — они не имеют представления о той сфере занятости, в которой могли бы развиваться в обществе, о своей будущей социальной роли. На вопросы о желаемом будущем, идеальном для них стиле жизни, профессиональные экстремисты, как правило, оказываются неспособными ответить что-то определенное. Однако каждый из них при этом рисует мысленную картину праздности и материального благополучия, близкую по звучанию образцам успешности, навязываемым современными массмедиа (легкий успех без усилия, удача, везение, чудо, желание прославиться). При этом они не демонстрируют представления о реальных способах и усилиях, сопровождающих достижение успеха, даже мысленного сценария реализации этих ожиданий.

Все это уживается с «мессианским» характером ультрарадикальной идеологии, которую они исповедуют, весьма схожей с концепцией «космической войны», выделенной М. Юргенсмейером (2003). Какие-либо достижения в современном состоянии общества объявляются бессмысленными ввиду скорого апокалипсиса, который может выступать в виде RaHoWa («расовой священной войны», «битвы богов», «конца света», глобального социального взрыва, мирового экономического кризиса, всеразрушающего народного бунта), выжить в котором смогут только сильнейшие и достойнейшие. Мир в концепции профессионального экстремиста является нестабильным, и любое сколь-нибудь значимое происшествие в нем может послужить началом наступления глобального катаклизма.

Следует также обратить внимание на то, что профессиональные экстремисты, совершившие тяжкие и особо тяжкие преступления насильственного характера, как правило, рассказывают похожие истории своего вовлечения в деструктивную деятельность. Так, увлечение радикальными политическими течениями появилось у них под влиянием общения в сети Интернет в возрасте 14–17 лет. После получения стойкой идеологической платформы, позволяющей рационализировать собственное нежелание осуществить социальный лифт, они потеряли интерес к получению образования и каких-либо необходимых для социальной адаптации навыков. Вместе с тем объяснить, в чем конкретно состоит разделяемая ими идеология, они не могут, да для них это и неважно. После попадания в радикальную идеологическую яму экстремисты получают возможность создания устойчивой положительной Я-концепции. Преступники, совершившие тяжкие общественно опасные деяния по экстремистским мотивам, даже после получения весьма сурового приговора суда не отказываются в большинстве своем от усвоенной ими идеологической модели, факт их осуждения лишь утверждает для них тезис о наличии в обществе социальной несправедливости.

13.3.2. Некоторые социально-психологические портреты устойчивых экстремистов по результатам анализа следственных материалов

Социально-психологических портреты устойчивых экстремистов, приведенные ниже, получены по результатам анализа следственных материалов.

Испытуемый М., возраст 24 года, совершил убийство (с целью сокрытия которого расчленил труп жертвы), а также грабеж. Общается охотно, декларирует удовольствие от проявленного к нему интереса, однако мимические реакции практически отсутствуют. Признался, что для получения более комфортных условий пребывания в СИЗО взял на себя вину за подрыв СВУ, который не совершал. При этом официально от признания отказываться не собирается. Процесс расчленения трупа заснял на видеокамеру и выложил на закрытом сайте в сети Интернет. В ходе беседы определил себя «врагом Российской Федерации». На вопрос о продолжении преступной деятельности после отбытия наказания ответил уклончиво. До ареста постоянно нигде не работал, не учился. Проживал с матерью в отдельной квартире, родители много лет находятся в разводе. После вовлечения в деятельность деструктивного ультранационалистического сетевого ресурса потерял интерес к обучению. Объясняет это невнимательностью к нему педагогов. Работать по рабочей специальности вместе с отцом отказался, считая получаемую там заработную плату недостаточной. Близкие отношения с женщинами не складывались. С его слов, состояние влюбленности ему незнакомо. Находясь в заключении, проявляет интерес к политике, прослушивает соответствующие радиопередачи. Читает в основном националистическую литературу, с удовольствием демонстрирует владение соответствующей терминологией, однако к диалогу по вопросам идеологии не готов. Отмечает альтернативный взгляд на усвоенные им националистические теории. Считает, что находится в заключении из-за ошибки в организации своих преступлений, сетует на собственную неискушенность в совершении убийств, так как оставил на месте преступления после себя улики. Утверждает, что сам факт пребывания в местах лишения свободы не может являться для него основанием для переосмысления исповедуемой идеологии. О совершенном им преступлении рассказывает спокойно, в подробностях описывает свои ощущения — напряженное ожидание, отчаянная решимость, потом — крайняя усталость, как после тяжелого физического труда.

Испытуемый С., 19 лет, совершил более десяти убийств и ряд подрывов СВУ, в том числе подрыв СВУ во время богослужения в православном храме. Воспитывался в полной семье, благополучной, но малообеспеченной. Среднюю школу не закончил, так как совершил на родине убийство и в связи с этим находился в розыске. До ареста более двух лет проживал по подложным документам в разных регионах России вместе с поделщиком. Со своими родителями весь этот период времени не общался. Радикальной идеологией увлекся в возрасте 16 лет, однако вглубь националистического учения не погружался. На вопрос о религиозной принадлежности, ответил, что является родновером, т. е. неоязычником. Рассказать, в чем конкретно состоит исповедуемое им вероучение, не смог, однако отметил, что убийство у родноверов не считается преступлением. На вопрос о причинах совершения им такого

количества убийств ответил, что убивал он только мигрантов и христиан, раскаяния не испытывает. С улыбкой произносит фразу: «...ну, может быть они все наконец-то уедут?!» Все попытки наладить с ним диалог по поводу идеологии блокирует, однако охотно рассказывает в подробностях о совершенных им убийствах. В своих преступлениях не раскаивается.

Испытуемый В., 19 лет, совершил более десяти убийств, одно из них с расчленением трупа, два грабежа. Изготавливал СВУ, готовил серию террористических актов в Московской области. При задержании оказал активное сопротивление сотрудникам милиции, нанес одному из оперативников тяжелое ножевое ранение. В СИЗО вел себя сначала крайне агрессивно, ежедневно устраивал драки с сокамерниками, однако через некоторое время стал активно сотрудничать со следствием, охотно давал показания, позволившие изобличить лидеров экстремистской организации, в которую он входил. Участвуя в очных ставках с подельниками, вел себя по отношению к ним с нескрываемой агрессией. Сообщил в беседе, что перед задержанием разрабатывал план убийства соратников, совместно с которыми он проживал на съемной квартире, после чего собирался уехать в удаленный регион Российской Федерации и поступить на срочную военную службу. Опрошенные в ходе исследования соратники В. сообщили, что он производил на них настолько пугающее впечатление, что они даже свой арест восприняли как избавление от постоянной угрозы, исходившей от него. Убийство доставляло ему удовольствие. Известно, что он отработывал на убитых им людях ножевые удары, однажды из интереса даже попытался пробить ножом череп жертвы. Вел дневник. В процессе изучения дневника В. были обнаружены следующие написанные им собственноручно фразы: «Ненавижу эту жидовскую хрюсову веру»; «Ненавижу быдло. Вот сегодня ехал в метро — там везде сплошное быдло. Быдло надо убивать. Пойду сейчас и кого-нибудь убью!»

Испытуемый Д., 17 лет, совершил более десяти убийств и несколько подрывов СВУ совместно с описанным выше С. Воспитывался матерью, бывшей военнослужащей (рядовой состав). Отец — армянин по национальности — в его воспитании участия не принимал, материальную помощь не оказывал. Так же как и С., более двух лет скрывался от правоохранительных органов, находясь в розыске за совершение убийства, однако поддерживал контакты с матерью и сводным братом. При задержании сделал попытку оказать активное сопротивление. Показания давал охотно, в подробностях рассказывал о совершенных им убийствах. По вероисповеданию, как и С., является родновером. В совершении тяжких преступлений не раскаивается. Проявляет оптимизм в разговорах о будущем, однако никакой конкретной области деятельности для себя выбрать не может. От идеологической платформы, основанной на расовой и национальной ненависти, отказываться не собирается.

Испытуемая Ж., 19 лет. Участвовала в совершении нескольких убийств представителей народов Северного Кавказа и Средней Азии, неоднократно принимала участие в драках с членами других радикальных группировок. До ареста проживала вместе с матерью, сводной сестрой и отчимом. Родители много лет в разводе. С отцом практически не общалась. Увлечлась националистическими идеями в старших классах под влиянием своих школьных товарищей. В ходе беседы неоднократно заявляла, что виновной себя ни в чем не считает, потому что «из-за большого количества

мигрантов представители титульной нации вынуждены страдать». В чем именно выражаются страдания представителей титульной нации, уточнить затрудняется. По вероисповеданию определяет себя родноверкой. Обосновывает такой выбор религии тем, что «желает обрести силу», для чего постоянно совершенствуется, занимаясь спортом. Сила ей необходима, чтобы давать отпор «агрессивным мигрантам». Считает необходимым организацию массовых убийств мигрантов и христиан. Христиане, по ее мнению, ответственны за слабость и безволие русских. Она уверена, что из-за христианских проповедей титульная нация утратила былую силу и теперь не готова противостоять «иностранным нашествиям».

Испытуемая К., 19 лет. Участвовала в совершении ряда подрывов СВУ и поджогов. Проживала совместно с матерью и сводной сестрой, с которыми постоянно конфликтовала. С отцом никаких контактов не поддерживала. С 15 лет стала уходить из дома, отсутствовала по несколько дней. За несколько месяцев до ареста мать предоставила К. возможность проживать в отдельной квартире, помогая ей лишь материально. Увлекалась различными молодежными субкультурными течениями, однако относительно комфортным для себя нашла участие в неоязыческой религиозной группе, где ее знали под прозвищем Волчица. В возрасте 17 лет увлеклась националистическими идеями, стала активным участником радикальной группы, занимающейся в том числе совершением нападений на мигрантов. В кругу соратников считалась агрессивной, способной на насилие. В беседе К. декларировала, что ее мать невнимательно относится к ее нуждам, не понимает ее, в связи с чем у них сложились отношения, основанные на взаимном отчуждении. Со слов К., мать никак не способствовала развитию ее творческих способностей, не уделила внимания ее образованию, несмотря на то что сама является педагогом по специальности. Вместе с тем на вопрос о будущей профессии, в которой К. могла бы найти себя, вразумительного ответа получено не было.

Испытуемый В., 19 лет. Совершал многочисленные нападения на мигрантов, изготавливал СВУ, совершал подрывы и поджоги. Студент 1-го курса химического факультета. Высшее учебное заведение выбрал, учитывая необходимость специальных знаний и навыков для изготовления взрывчатых веществ. Свою жизнь планировал посвятить «борьбе с режимом, позволяющим бесчинствовать мигрантам». Проживал совместно с матерью и отчимом, единственный ребенок в семье. Для родителей сообщение о его участии в противоправной деятельности и задержании явилось шокирующим известием. В беседах декларирует полное безразличие к окружающим его, проявляет крайний эгоизм. отождествляет собственные интересы с общественным благом. Демонстрирует отсутствие искренней, эмоциональной связи с матерью. К своим соратникам относится свысока, считая себя более совершенным, чем они, человеком. Много внимания уделяет занятиям спортом (единоборствами), увлекается холодным и огнестрельным оружием. Спортивные достижения являются для него наглядным доказательством права на особое общественное положение, на собственную исключительность. В качестве авторитетов признает только людей, значительно старших по возрасту и имеющих влияние в радикальной среде. Уверен в собственной особой миссии, окружающие для него являются лишь инструментом ее исполнения. На контакт идет охотно, с удовольствием рассуждает на обществен-

но-политические темы. Со следствием сотрудничать согласился. От своих идей не отказывается, считая их верными.

Испытуемый П., 20 лет. Совершал многочисленные нападения на мигрантов, несколько подрывов СВУ. Проживал совместно с родителями, в полной семье. В ходе беседы вел себя вызывающе, свысока. Считает себя сверхчеловеком, представителем нового поколения, новой цивилизации, которому все позволено. Неоязычник, придерживается культа силы. В его записях присутствуют следующие мысли: «... если для интересов расовой борьбы потребуются жизнь белого младенца, настоящий “НС” должен не задумываясь убить его...». Для него существует разделение людей на «НС» — национал-социалистов, «своих», относимых к категории «Мы», и всех остальных. К остальным относятся прежде всего «жиды», «чурки», «менты», во вторую очередь — «овощи». Под «овощами» он понимает тех представителей титульной нации, «белой расы», которые не вовлечены в «расовую борьбу». Охотно пускается в пространные рассуждения по поводу расовой теории. После обвинительного приговора суда от своих убеждений не отказался, считая собственную жизненную позицию единственно верной. Заявил, что после отбытия наказания свою деятельность в том или ином виде продолжит, однако будет прилагать больше усилий по соблюдению конспирации.

Испытуемый Ю., 27 лет. Участвовал в совершении нескольких убийств, в грабежах. После совершения одного из убийств несколько лет находился в розыске, проживал на съемных квартирах вместе с соратниками. Нигде не работал, деятельность в радикальной экстремистской организации была его единственной формой занятости. К участию в деятельности экстремистской организации его подтолкнула идея «об угрозе, которую представляют приезжие из регионов Кавказа и Средней Азии для русского народа». Осознанно занимаясь противоправной деятельностью, несколько лет скрываясь от правоохранительных органов, жил в постоянном страхе за свою жизнь. Наибольший страх испытывал перед соратниками, с которыми проживал совместно. Постоянно искал в их поведении признаки враждебности, был готов дать им решительный отпор. При этом понимал, что, скорее всего, при неблагоприятном развитии событий избежать смерти ему не удастся.

Испытуемый О., 20 лет. Совершил несколько убийств. В деятельность экстремистской организации был вовлечен через общение в сети Интернет в возрасте 16 лет. Последние два года перед задержанием путешествовал по стране, останавливался у соратников, постоянного источника доходов не имел. Уверен в реальности угрозы, исходящей для «белой расы» от «инородцев», в их изначальной злонамеренности. Настороженно относится и к соратникам, проживая у них, всегда испытывал к ним недоверие. Из одной из «конспиративных квартир» он сбежал, так как, с его слов, «атмосфера там была очень напряженная». Неоязычник, на теле имеет многочисленные крупные татуировки с рунами и готическим шрифтом.

Как итог описания личности устойчивых экстремистов можно привести сравнительную табл. 13.1, наглядно показывающую социально-психологические особенности устойчивых экстремистов в сравнении с креативной и девиантной личностью.

Таблица 13.1. Социально-психологические особенности креативной личности, девианта и устойчивого экстремиста

Креативная личность (по Д. Симонтоу)	Девиант (аддиктивная личность по В. Д. Менделевичу)	Устойчивый экстремист
Независимость взглядов и неконформность суждений	Неконформность, неадаптивность поведения и суждений вследствие скрытого комплекса неполноценности	Внутригрупповая конформность при совершенной нетерпимости к внешним суждениям, сочетание скрытого комплекса неполноценности с комплексом превосходства
Стремление выйти за рамки, нарушить границы, оригинальность и нестандартность	Жажда острых ощущений, необычных переживаний, склонность к риску, эпатажность	Жажда острых ощущений, склонность к демонстративности, эпатажу, при стремлении минимизировать вероятность наступления непрогнозируемых последствий
Открытость ко всему новому и необычному	Жажда острых ощущений, новых запредельных переживаний, новых, необычных и нетривиальных способов достижения удовлетворения	Ведущая мотивация — достижение личного удовлетворения с готовностью к совершению необычных поступков, но чаще всего в рамках, очерченных группой
Устойчивость к неопределенным ситуациям	Хорошая переносимость кризисных ситуаций в сочетании с плохой адаптацией к обыденным ситуациям	В кризисных ситуациях — вероятность потерять способность к критическому ее осмыслению. Чаще всего действует по заранее отработанному сценарию, если он не эффективен — теряется. Хорошо адаптируется к жизни в местах лишения свободы
Конструктивная активность в предметной деятельности	Высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов	Высокий уровень активности в сфере девиантных интересов. Нуждается в групповом одобрении
Сила Я, связанная с возможностью автономного функционирования и устойчивостью к давлению социального окружения	Независимость в неадаптивных сферах деятельности, сочетаемая со стремлением обвинять окружающих и с зависимостью в сфере аддикции	Девиантная сфера деятельности занимает практически все свободное время. Сильно выраженная зависимость от групповой идеологической концепции. Высокий уровень экстернатальности
Чувствительность к красоте в широком смысле слова		Неспособность к получению эстетического удовольствия в широком смысле слова
	Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими контактами	Страх перед стойкими контактами сочетается с сильной зависимостью от группы
	Стремление уходить от ответственности	Стремление уходить от ответственности
	Стремление говорить неправду	Готовность говорить неправду
	Тревожность	—

13.4. Социально-психологические особенности развития устойчивой экстремистской группы

13.4.1. Психология развития устойчивой экстремистской группы

Можно утверждать, что экстремистские сообщества эксплуатируют пять фундаментальных психологических потребностей, наиболее точно выделенных Ф. Зимбардо. Это такие фундаментальные человеческие потребности, как *потребность в принадлежности, потребность в автономии и контроле, потребность в целостности и рациональности, потребность знать и понимать окружающий мир и свое место в нем, потребность в стимуляции* (табл. 13.2). В ходе проведенного Зимбардо «стандфордского эксперимента» было красноречиво показано, как эти потребности подверглись трансформации и были извращены. Так, Зимбардо указывает, например, что потребность в принадлежности может быть «превращена в безропотный конформизм, подчинение и групповую враждебность к членам других групп, а потребность в автономии и контроле может быть сведена к желанию доминировать и к выученной беспомощности». Интересно, что абсолютно те же трансформации можно наблюдать и в структуре экстремистского сообщества.

В целом можно утверждать, что экстремистская группа психологически развивается поступательно. На самых первых этапах члены таких групп обычно занимаются деятельностью, носящей характер хулиганства. Это чаще всего распространение листовок и иной наглядной агитации, нанесение на строительные конструкции экстремистских лозунгов и символики радикальных организаций. Следующим этапом вовлечения в противоправную деятельность является участие в драках или нападениях на людей, когда радикалы ограничиваются исключительно нанесением тяжелых телесных повреждений. По мере развития преступной деятельности группы в качестве оружия у боевиков выступают уже не кулаки, а бейсбольные биты, палки. Затем осуществляются акции с использованием холодного оружия, которое применяется против всех тех, кто не подпадает под критерии «Мы» экстремистской картины мира, кто является с точки зрения радикальной идеологической конструкции неполноценным — проститутки, бомжи, представители групп национальных или сексуальных меньшинств.

Так, упомянутый уже в рамках настоящей работы член Петербургской БТО А. Воеводин пишет: «...на Загородном проспекте снял проститутку и забил ее до смерти кастетом. За что? Не знаю. За то, что проститутка... От нечего делать я резал и забивал бомжей, алкашей».

Завершающим этапом развития экстремистской группы может быть приобретение травматического и боевого оружия, изготовление СВУ. Так, у А. Воеводина находим следующие слова: «...но мне порядком надоело холодное, хотелось опробовать мои новые “винторезы”».

Наряду с указанной динамикой поступательной радикализации, происходит то, что классики отечественной психологии называли сдвигом мотива на цель. В данном случае первичные идеологические мотивации преступной деятельности уходят на

Таблица 13.2. Фундаментальные позитивные человеческие потребности и их негативные трансформации (по Ф. Зимбардо)

Фундаментальные позитивные человеческие потребности	Негативные трансформации, происходящие в рамках экстремистского сообщества
Потребность в принадлежности — желание быть связанным с другими, сотрудничать, следовать групповым нормам	Безропотный конформизм, подчинение и групповая враждебность к членам других групп
Потребность в автономии и контроле. Потребность, ведущая к самостоятельности и планированию	Желание доминировать и выученная беспомощность
Потребность в целостности и рациональности, придающая жизни осмысленное и разумное направление	Оправдание и объяснение себе последствий неудачных решений
Потребность знать и понимать окружающий мир и свое место в нем, лежащая в основе научных открытий философии, гуманитарных наук и искусства	Фрустрация и самоизоляция
Потребность в стимуляции, побуждающая исследовать мир, активно действовать и рисковать	Желание развлекать себя экстремальными поступками

второй план, уступая свою роль тому, что раньше было всего лишь инструментом. Так, убийства, изначально являвшиеся инструментом для достижения торжества идеологии, становятся со временем целью деятельности экстремиста.

А. Воеводин пишет: «Первую мою жертву я помнил хорошо, было страшно, а потом уже как работа». Далее у него же: «Думаю о всякой х...не. О слиянии левого и правого подполья, о WP-музыке, о “позиции”. Все это чушь. Главное — это умение и желание убивать! Главное — убивать!»

Анализ результатов следственных материалов показывают следующую динамику организации экстремистского сообщества.

Испытуемый А., раскрывая особенности создания экстремистской группы, в которую он входил, рассказал следующее:

Он был приглашен на встречу, на которой помимо него присутствовало еще пять человек. Все участники встречи были уже знакомы между собой. Данную встречу инициировал один из его знакомых по имени Д., с которым испытуемого познакомила девушка, близкая к данному экстремистскому сообществу. Первое знакомство с Д. состоялось у них на тренировке по рукопашному бою. Во время разговора Д., инициировавший встречу, пояснил, что нужно создать организацию и назвать ее С. Целью организации будет революция — коренное, качественное изменение государственного строя, общества в стране. Данной организации необходимо также заложить *националистическую* цель — проживание в России только русских

(данная цель должна была быть реализована посредством поджогов и взрывов объектов, «принадлежащих “нерусским” (азиатам, кавказцам)»). Также Д. предложил структуру организации — она должна состоять из нескольких ячеек, чем больше их будет, тем лучше. В каждой ячейке — от 3 до 7 человек. Количественный состав ячеек определил Д. Интересно, что Д. просил участников встречи пригласить кого-либо из своих знакомых в организацию. Д. также настаивал на том, что деятельность организации в обязательном порядке должна освещаться в средствах массовой информации.

Д. предложил всем закидать «коктейлями Молотова» (бензин в стеклянной бутылке) торговые места выходцев с Кавказа и азиатов, здания правоохранительных органов для осуществления целей организаций — дестабилизации обстановки в обществе. Среди акций, которые совершала организация и в которых учувствовал испытуемый, был поджог ларька. Данную акцию испытуемый снимал на видео. Видео акции он выкладывал в интернет. Также испытуемый учувствовал в поджоге машины с пропуском МВД, поджоге винно-водочного магазина и т. п. Все эти акции он также снимал на видео.

Испытуемый К. пришел в экстремистское сообщество через увлечение рукопашным боем. С руководителем экстремистского сообщества В. он, так же как и большинство исследованных экстремистов, познакомился по собственной инициативе. В. был тренером по рукопашному бою. К. стал посещать тренировки по рукопашному бою, проводимые В. и его помощниками в спортивном клубе. Со слов испытуемого, в процессе общения с членами спортивного клуба он заметил, что члены клуба имеют некую четкую структуру и общие задачи. Его это заинтересовало. Испытуемый стал вступать в доверительные беседы с теми, кто готов был идти на контакт из числа членов клуба. Ему были близки националистические идеи, выдвигаемые его собеседниками. Оказалось, что все они являются членами крайне радикальной националистической организации. Он выяснил структуру, состав и назначение данной организации и стал участвовать в ее деятельности.

Задачей организации были: «боевая подготовка, ведение партизанской войны, различные способы прямых действий, т. е. физическое воздействие на какой-либо объект с целью его уничтожения или причинения максимального урона». Организация насчитывала около 100 человек, все они делились на уровни 1, 2, 3 и 4. На *первом* уровне человек должен был убить собаку в качестве зачета, на *втором* — человека. *Третий* уровень включал в себя изготовление отравляющих и взрывчатых веществ. Бойцы третьего уровня составляли спецназ организации. *Четвертый* уровень предполагал выживание в боевых условиях в течение 3 месяцев или создание локального конфликта. Убийства, совершенные участниками организации, были множественными и носили бессистемный характер. Объектами убийств, как правило, выбирались «*приезжие с ярко выраженной внешностью “нерусской национальности”*», так как они чаще всего оказывались нелегалами и расследование убийств с неопознанными трупами было крайне затруднительно, что создавало ощущение безнаказанности».

Испытуемый Л. рассказал достаточно типичную историю существования экстремистского сообщества. Вместе с тремя подельниками Л. напал на азербайджанца,

они избили его, а затем убили. По данному факту было возбуждено уголовное дело, и двое из группы были привлечены к уголовной ответственности, но впоследствии оправданы, а Л. с другим участником акции скрылись от следствия в другом городе. В этом городе они вместе с подельником сняли квартиру. Работали грузчиками в магазине, перебивались случайными заработками. Затем они решили изготовить самодельную бомбу, чтобы, с их слов, сначала «просто подорвать ее и посмотреть, что будет». В процессе своей экстремистской деятельности они познакомились с девушкой. Л. рассказал, что он читал книгу в публичном месте, в качестве иллюстрации на книге была изображена свастика, и именно она привлекла к ним внимание данной девушки. Впоследствии она стала активным членом данной группы, участвуя в акциях — подрывах и убийствах. «Оказалось, что мы разделяем одну и ту же веру, а именно язычество», — отметил испытуемый. Л. пояснил, в чем заключается вера: «Все равно, все едино. Верим в силу природы. Зло и Добро все одно и то же». В качестве мотива, побудившего Л. решиться на убийства представителей иных национальностей, он назвал «недовольство тем, что они постоянно нарушают Конституцию РФ, их никто не наказывает, они совершают преступления (грабят, убивают, насилуют) в отношении граждан славянской народности и остаются безнаказанными, а СМИ ничего не говорят про преступления, совершенные ими, однако постоянно обсуждают преступления, совершенные в отношении лиц кавказской народности».

После изготовления пробного образца взрывного устройства вместе со своим подельником Л. изготовил и заложил взрывное устройство в помещение православной церкви с целью «развязать религиозную войну». Взрывное устройство они оставили в помещении церкви и произвели взрыв. Войдя во вкус, они решили подорвать также железнодорожное полотно и пустить под откос пассажирский поезд дальнего следования. «Когда мы хотели, чтобы поезд сошел с рельс, целью было, чтобы кавказцы не приезжали в Москву». Изучив расписание поездов и график их движений, они изготовили взрывное устройство и заложили его на железнодорожном полотне. После этих акций они заложили взрывное устройство в ресторан быстрого обслуживания. Они решили это сделать, чтобы «привлечь внимание СМИ, совершив громкое преступление, а также для дестабилизации положения в стране». Помимо взрывов, они совершили в общей сложности 6 убийств. Каждый наносил жертвам порядка 5–10 ножевых ударов. Среди жертв были представители иных национальностей и бомжи. Интересно, что каких-либо вещей, ценностей у своих жертв они не забирали.

Испытуемый А. националистическими идеями увлекся в подростковом возрасте, тогда же начал активно искать общение с людьми, придерживающимися националистических взглядов. Находил их самостоятельно по телефонам, указанным в листовках, расклеенных на улицах. В это время у него в кругу друзей появилось прозвище — имя одного из нацистских лидеров фашистской Германии. С тех пор он стал представляться этим прозвищем. А. читал националистическую литературу, которую покупал в метро, посещал националистические митинги и собрания, которые организовывала Народная национальная партия и РНЕ. На этих митингах и собраниях его привлекало то, что там «пропагандировались идеи русского национализма,

а целью этих движений был объявлен приход к власти легальным путем, чтобы остановить миграцию в Россию граждан неславянской национальности, прекратить вымирание русских».

За нанесение тяжкого вреда здоровью человека (армянина по национальности) А. отсидел два года в тюрьме. После освобождения из мест лишения свободы он продолжил исповедовать националистическую идеологию. Тогда же, после освобождения, произошло его вовлечение в организованную экстремистскую группу. Через общего знакомого А. встретился с одним из участников боевой экстремистской организации. Со слов А., в этом человеке его привлекало то, что он пропагандировал националистическую идеологию, проводил тренировки по рукопашному бою, предоставлял спортзал для проведения тренировок. Через некоторое время этот человек привел А. на лекцию о национал-социализме, которую читал лидер данной боевой экстремистской организации. Общий смысл лекции «сводился к тому, что национал-социализм — это не немецкое вчера, а русское завтра».

После нескольких лекций А. лично пообщался с лидером экстремистского сообщества и пришел к выводу, что его идеи ему близки. После этого он стал активно участвовать в деятельности экстремистского сообщества. Регулярно посещал лекции, которые читал лидер группы, а также тренировки по рукопашному бою. Первой публичной акцией в составе экстремистской группы, в которой участвовал А., был сбор подписей в поддержку националиста, задержанного за границей.

Само экстремистское сообщество искало новых членов, привлекая их в свои ряды путем агитации в интернете и печатных изданиях, члены группы издавали газету. Также члены группы занимались расклейкой листовок националистического содержания на транспорте (в листовках указывался адрес сайта организации), проводили митинги. Примечательно, что по одному из федеральных каналов был показан фильм об организации, снятый по инициативе члена группы.

Все члены организации слушали лекции о национализме и занимались спортом. Проводились тренировки по рукопашному бою, а также хардболу (стрельбе из пневматического оружия). Эти тренировки проводились как в специально арендуемых спортзалах, так и на природе. Постепенно в структуре организации был создан боевой отряд. Также для членов отряда были сделаны специальные идентифицирующие футболки. Этому отряду полагалось выполнять функции спецназа, его члены должны находиться в прекрасной физической форме и быть готовы выполнить любой приказ организации.

Со слов А., постепенно на собраниях организации стали говорить о том, что прийти к власти путем легальной политической борьбы невозможно. Для того чтобы органы власти начали диалог с организацией, необходимо «завалить эту власть трупами», т.е. совершать взрывы, убийства граждан неславянской национальности и представителей власти.

Можно еще раз отметить, что для изученных устойчивых экстремистов одним из центральных глубинных психологических мотивов вступления в экстремистскую группу являлся требующий реализации запрос на идентичность. О важности удовлетворения этого запроса, особенно в условиях постмодернистского общества, гово-

рилось выше. Для устойчивых экстремистов этот запрос возможно было удовлетворить только через участие в экстремистской группе, где находились люди со схожими личностными свойствами, сплоченные на основе общей идеологии и участия в общей деятельности. Внутри группы носители экстремистского типа личности могли позволить себе быть искренними, не скрывать своих истинных идеологических убеждений, строить самые фантастичные и нелепые планы на будущее.

Однако ощущение групповой идентичности, к которому так стремились устойчивые экстремисты, в конечном итоге оказалось иллюзией. Налаживание социальных контактов зачастую является для носителя экстремистского типа личности трудно-выполнимой задачей, группирование здесь имеет сугубо инструментальную цель. Единственным мотивирующим фактором для продолжения своего участия в группе с течением времени оказывается страх перед бывшими товарищами либо боязнь ареста. У устойчивых экстремистов не образуется отношений личной привязанности. Иногда достаточно бывает непроверенных подозрений, чтобы агрессия членов такой группы была обращена на бывшего товарища, в их терминологии «соратника», которого обвиняют в том или ином проступке либо просто объявляют врагом. Враг же сразу оказывается лишен человеческого достоинства, его убивают.

13.4.2. Социально-психологическая структура экстремистской группы

В настоящее время в специальной научной религиоведческой литературе содержится достаточное количество определений и признаков религиозных групп, которые можно рассмотреть как экстремистские. Более того, сегодня существует определенный научный спор относительно того, как классифицировать ту или иную религиозную экстремистскую группу. Одни исследователи определяют их как секты, другие как новые религиозные движения. Вместе с тем анализ следственных материалов, проведенный нами, показал, что вне зависимости от того, как определять экстремистские религиозные группы (секты, новые религиозные движения, деструктивные религиозные группы), им свойственны похожие и достаточно характерные черты.

Прежде всего религиозные экстремистские группы являются предприятиями для получения финансовых выгод от владения имуществом и деньгами завербованных членов или средством удовлетворения личных психологических потребностей руководителей этих групп. Последнее обстоятельство, безусловно, структурно во многом сближает их с экстремистскими группами политического характера. Религиозные экстремистские группы, так же как и политические, не только стремятся осуществлять личное влияние на уже завербованных ими членов (жертв), но и стараются, по возможности, распространить свое влияние шире, вплоть до участия в политическом процессе. Прикрываясь религиозной риторикой, религиозные экстремистские группы вовлекают в свой состав людей, находящихся в ситуации личностного кризиса, поиска смысла жизни, ощущения социальной изолированности, одиночества. Особенно широко для вовлечения новых членов религиозные экстремистские группы используют кризисные и экстремальные ситуации в стране — экономические

кризисы, личную неустроенность людей, помноженную на неспособность властей решить их социальные проблемы.

Как показывают результаты проведенного исследования, руководители религиозных экстремистских групп являются большей частью людьми с психопатическими чертами личности. Вместе с тем они несомненно обладают рядом харизматических свойств или харизмой, что представляется особенно опасным, так как их харизматическое влияние может распространяться на очень широкие аудитории. Среди наиболее часто встречающихся харизматических черт у лидеров религиозных экстремистских групп можно выделить *психосексуальную* привлекательность, *маргинальность* или *противоречивость личности*, что создает ощущение некой загадки или избранности, умение создать вокруг себя уникальное психологическое поле.

В арсенале религиозных экстремистских групп находится ряд психологических приемов воздействия на потенциального члена организации или жертвы. Формы психологического воздействия варьируются от прямого принуждения при помощи угроз лишений или психологического нападения, обращенного к эмоциональному пласту личности, до более-менее тонкого манипулирования, где используются различные мотивировки личности — тщеславие, страх, самолюбие, жалость к себе, состояние глубокого психологического кризиса. Нередко между членами религиозных экстремистских групп удачно выстраивается система взаимобязательств, когда у жертв создается ощущение, что они чем-то обязаны или что-то должны группе. В психологическом арсенале вербовщиков религиозных экстремистских групп можно отметить некоторые приемы психологического влияния или манипуляции, достаточно известные и используемые в широком спектре коммуникативных технологий.

Бомбардировка любовью. Окружение потенциальной жертвы любовью, заботой, создание у нее ощущения исключительности.

Убеждение. Воздействие на сознание реципиента внешне рациональной аргументацией или трюизмами, направленными на формирование или изменение мнения или решения в пользу коммуникатора.

Внушение. Воздействие на состояние или отношение (реципиента) к проблеме при помощи нерациональных средств, т. е. влияние на эмоции и моральные принципы.

Заражение. Передача собственного субъективного отношения реципиенту и формирование у него тех эмоций, которые он может перенять.

Принуждение. Получение от реципиента желаемого поведения за счет использования угроз его безопасности.

Под манипуляцией мы будем понимать преднамеренное и скрытое побуждение другого человека к переживанию определенных состояний, принятию решений и выполнению действий, необходимых для достижения инициатором его целей.

Среди форм манипуляции, используемых адептами религиозных экстремистских групп, можно выделить и метод обращения к авторитету, когда на личность осуществляется психологическое давление путем обращения к авторитетным в ее глазах символам, званиям, образам, способам поведения, мифологемам. Широко исполь-

зуется религиозными экстремистскими группами так называемая психологическая игра — последовательная неосознаваемая цепочка действий, содержащая в себе ловушку для партнера и направленная на получение одностороннего психологического выигрыша.

В целом внутри религиозных экстремистских групп создается особая авторитарная атмосфера, где наличествуют авторитарный лидер и его подчиненные. Лидером намеренно создается авторитарная система ценностей, основа которой — жесткое деление окружающего мира на «мы» и «они». Мир осознанно делится на две части: хорошие «Мы» и плохие «Они». Внешний мир сознательно конструируется враждебным и пугающим, когда только внутри группы человек может чувствовать себя в полной безопасности. Более опасным представляется то, что идентичность члена религиозной экстремистской группы подменяет собой все другие идентичности человека (профессиональные, семейные, личностные), становясь основной.

По результатам проведенных интервью с членами религиозных экстремистских групп можно сделать выводы как о структуре вербовки новых членов, так и о психологическом профиле людей, откликающихся на риторику организации. В исследование были включены члены так называемых новохристианских религиозных групп, а также исламские радикалы, представители так называемого салафитского течения джихадистского толка. Исследование строилось на основании проведенных интервью, а также на результатах анализа следственных материалов.

Интересно, что представители религиозных экстремистских групп, прежде всего наиболее активные их члены, оказались достаточно образованными по сравнению с другими представителями экстремистских сообществ, таких, например, как исследованные выше правые экстремисты. У подавляющего числа членов религиозных экстремистских групп есть высшее образование или один-два курса вуза. Члены религиозных экстремистских групп, как правило, происходят из полных семей, где есть оба родителя, некоторые из них являются выходцами из многодетных семей. Возраст вовлечения в экстремистские религиозные сообщества также имеет свои особенности. Это не только молодые люди, но и люди в достаточно зрелом возрасте. Характерной поведенческой чертой человека, вовлеченного в религиозную группу, является то, что все они разрывают отношения со своими семьями. Такие люди либо уходят из семей и начинают проживать совместно с другими членами религиозной группы, либо начинают конфликтовать со своими близкими, что в итоге также приводит к уходу из семейного окружения.

В качестве другого интересного примера можно привести портрет Александра, бывшего члена религиозной экстремистской группы. Александр, молодой человек — выходец из многодетной семьи, с раннего возраста находился на обучении в различных религиозных группах, среди которых протестантская община из южной Кореи, секта Муна, церковь саентологии.

Мотивы его участия в этих религиозных организациях, отмеченные им самим, — поиски неких духовных, а то и сверхъестественных знаний и умений. Александр убежден, что до возраста примерно 15 лет обладал неким особым чувствованием мира, которое утратил. По словам Александра, это чувствование мира переживалось

им как ощущение счастья. Можно предположить, что данному убеждению в утрате некоего особого ощущения мира способствовала пережитая им психологическая травма, которую Александр или вытеснил из сознания, или не называет. Вероятно, за ней стоит чувство вины. Вероятно также, что убежденность в утрате неких магических способностей и сопряженного с ними чувства счастья является в структуре его мировоззрения наказанием за ситуацию, повлекшую за собой травму, в которой он винит себя. Как будет показано ниже, подобная ментальная структура полностью соответствует структуре взаимоотношений, навязываемых религиозными экстремистскими группами своим членам.

После 15-летнего возраста Александр начинает поиски утраченных мистических способностей в религиозных группах, которые предлагают духовное возрождение или обладание особенными, не как у всех, способностями. Вместе с тем, как видно из опроса, Александр считает себя обманутым религиозными группами, где он побывал, так как они не оправдали его надежды на «духовное возрождение».

Александр при всей своей психологической пограничности представляет собой достаточно характерный психологический тип человека, привлекаемого религиозными экстремистскими группами в свою систему. Среди психологических состояний таких людей можно отметить чувство вины, поиски осмысленности собственного существования с желанием получить быстрые и, главное, простые ответы на такие общие вопросы, как в чем смысл жизни?. Этим людей определяет и некий комплекс неполноценности, который выражается в стремлении утвердиться в обществе через обладание каким-то особенным сверхчеловеческим знанием. Отдельно можно отметить и субъективное ощущение себя несчастным в силу разных причин. Подобных людей также отличает чувство собственной социальной изолированности, неспособность наладить социальные связи и общение с другими людьми.

Александр утверждает, что одним из решающих моментов включения его в религиозную экстремистскую группу было обещанное ему обучение умению быстро обрабатывать информацию, умение смотреть сквозь физические преграды, умение останавливать силой мысли движущиеся объекты, например автомобили.

Можно перечислить некоторые наиболее очевидные психологические ловушки, которые использовались в изученных религиозных экстремистских группах. Рискнем утверждать, что выделенные психологические схемы могут оказаться универсальными для организаций подобного рода. Среди них следующие.

Создание зависимых отношений, по системе, которую условно можно назвать врач — пациент. Это выражается в первичном прощупывании человека на предмет беспокоящих его проблем — отсутствие социального успеха, денег, психологических умений, желание обладать некими сверхъестественными способностями и пр. Вербовщик экстремистской религиозной группы сразу берет на себя роль поводыря или специалиста-эксперта, вынуждая жертву вливаться в структуру зависимых отношений, по сути навязывая зависимую по отношению к себе и организации роль.

Первым этапом вовлечения в экстремистское сообщество может являться прохождение неких *тестовых испытаний*, например псевдопсихологического теста или собеседования, результаты которого всегда оказываются негативными для жертвы.

Жертву убеждают, что исправить негативную картину, выделенную после прохождения испытаний, можно только путем занятий на специальных семинарах, очищающих процедур и т. д. Другим интересным этапом создания зависимых отношений является предложение приобрести прямо в группе специальную литературу, напитки, например травяной чай, специальные витамины. Покупка чая или витаминов может объясняться внутри организации тем, что прохождение очищающих религиозных процедур настолько энергозатратны для человека, принимающего в них участие, что необходимо восполнять утраченную энергию путем специальных препаратов. У жертвы вырабатывается субъективное ощущение материальности или действительности самих очищающих процедур, отнимающих силы и энергию. Навязывание чая, специальной еды или диет, витаминов, ассоциирующихся в сознании прежде всего с поддержанием здоровья, вызывает у человека ощущение заботы о нем. Это еще один шаг для создания зависимого отношения врач — пациент. У человека, подпавшего под такое влияние, вырабатывается чувство, что о нем и его здоровье заботятся, вынуждающее его в ответ выполнять все инструкции организации. Создание зависимых отношений выстраивается по принципу, который предполагает ответный дар на подарок, сначала давать, потом требовать. Тестирование, рекомендация диет, специального чая, витаминов и т. д. создают у многих жертв впечатление о бескорыстной заботе о них.

Также здесь используется отмеченный в американской социальной психологии принцип *небольших уступок*, или *принцип ноги в дверях*, когда от жертвы добиваются желаемого поведения, вынуждая шаг за шагом делать небольшие уступки коммуникатору. Считается, что незначительная уступка провоцирует цепь дальнейших. В данном случае согласие на прохождение очищающей процедуры или теста может рассматриваться как уступка коммуникатору, способная психологически спровоцировать человека на совершение последующих уступок.

Угрозы во имя блага. Так можно определить еще один характер психологических взаимоотношений в структуре экстремистской религиозной группы. Этот метод касается как тех, кто выполняет роль вербовщиков, так и рядовых членов. В сознание членов группы вкладывается убеждение, что во имя утверждения господства организации можно нарушить как общечеловеческие, так и юридические законы. В экстремистской религиозной группе господствуют авторитарные взаимоотношения. В участников вкладывается убежденность, что во имя успеха дела группы можно и нужно оказывать влияние или давление на других людей как вне, так и внутри организации, не испытывая при этом психологических переживаний.

Психологические или моральные переживания, которые могут возникнуть у людей как обучающихся, так и вербующих, снимаются максимумой — *страданием во имя блага*. Член экстремистской религиозной группы в потенциале, если будет соответствующее распоряжение, должен быть согласен выполнять силовые поручения организации. Если это потребует, члены группы должны проявить готовность и к совершению террористических актов во имя идеи создания некоего глобального мира, построенного на принципах их религиозного учения. Подобный стиль взаимоотношений описан в классической социальной психологии в эксперименте С. Милграма

о подчинении авторитету, где испытуемые были в полной уверенности, что наносят другим испытуемым удары электрического тока во имя заявленной в эксперименте благой цели — изучения влияния наказания на процесс обучения.

Обещание обладания сверхъестественными способностями. Частный случай. После соответствующей беседы, как уже было сказано выше, определяются потребности каждого конкретного человека, на чем выстраивается дальнейшая вербовка. Например, обладание сверхспособностями — быстрота мышления, развитие феноменальной памяти.

Сопровождение и контроль. Каждый член религиозной экстремистской организации находится под постоянным контролем, как прямым, так и собственным, основанным в большей степени на чувстве вины за возможное нарушение принципов организации. Контроль выражается в требовании вести на себя дневники, где подробно излагаются мысли и поступки. Дневник сдается кураторам на прочтение с целью возможного наказания за несправедное с точки зрения организации поведение. Человека окружают постоянным и настойчивым контролем. В итоге у члена группы вырабатывается чувство страха за возможную ошибку или неправильное с точки зрения организации действие.

Выстраивание системы ошибок. Нахождение и обучение в организации строится таким образом, что человек постоянно находится в ситуации совершения различного рода ошибок. В итоге, во-первых, возможные вопросы о том, что, например, группа не дала обещанного, отсекаются сами собой, а во-вторых, опять выстраивается зависимое поведение. В данном случае человека психологически подавляют, вырабатывается чувство неуверенности в самостоятельном стиле мышления. Этому может способствовать известный тезис «брать ответственность на себя», т.е. не делегировать ответственность за свои неудачи на других — общество, окружающих и пр. Однако если, например, в экзистенциальной терапии осознание себя здесь и сейчас и взятие ответственности на себя являются началом психологического роста личности, то в структуре религиозной экстремистской группы данные максимы наоборот используются для привязки человека к обучающим программам без возможности психологического роста.

Вкладывается следующая структура убеждений — если ты не заработал денег или не стал счастливым после прохождения очистительных программ, в этом виноват ты и только ты. Значит, на каком-то этапе ты совершил ошибку, не совсем верно или неверно исполнял рекомендации учителя. Единственное, что ты можешь сделать, заново пройти процедуры, а не винить в своих неудачах учителя и членов организации. Для таких повторов в системе религиозных экстремистских групп придумываются специальные искупительные программы.

Основной вывод, который можно сделать, состоит в том, что существенной психологической уловкой, удерживающей людей в религиозных экстремистских группах, является конструирование системы зависимых отношений, основанных на чувстве вины, создание системы совершения ошибок в процессе обучения, а также необходимости проходить бесконечные обучающие уровни. Человек погружается в систему навязчивых зависимых отношений. Личность в такой ситуации психологи-

чески подавляется. Выстроенная система готовит зависимого, неспособного на самостоятельное решение человека. В сознание внедряется убежденность, что без религиозной группы человек будет неспособен выстраивать взаимоотношения с миром и полноценно жить. Мир внутри группы строится по принципу «Мы» и «Они», т. е. хорошие члены экстремистской религиозной группы и другие, от которых или исходит опасность как от «подавляющих» личностей, или просто непросветленных относительно религиозного учения группы. Наряду с этим в структуре Я-концепции членов религиозных экстремистских групп — это опять же роднит их с политическими экстремистскими сообществами — внедряется новая идентичность, которая вытесняет все остальные. Данная идентичность обычно основывается на идее создания некоего глобального мира, построенного на догматах того или иного экстремистского религиозного учения.

Опасность заключается и в том, что помимо тяжелого психологического ущерба, который наносится личности внутри организации, есть все предпосылки полагать, что при определенной воле руководителей группы члены организации могут быть привлечены к совершению прямых силовых действий, в частности к террористическим актам, во имя основной цели — утверждения того или иного религиозного учения в мире или борьбы с нарушителями их религиозных представлений. Этому способствуют четыре фактора.

1. *Идеология* — может заставить людей сделать зло. Идеология — это то, что призывает к действию, что оправдывает любое насилие. Милграм говорил, мы хотим исследовать способность людей к запоминанию. Благое дело, которое потребует лишь небольшого шага в направлении к всеобщему благоденствию. Нужно только покалечить другого электрическим током. Второе условие — наличие авторитета, который оправдает жестокость. Авторитет же выступит тем, кто донесет идеологию.
2. *Ситуация* должна быть *переименована*— это важное условие. Не зло, не убийство, а благое дело, ради прав человека, демократии и т. д.
3. Должна быть создана *ситуация, из которой трудно выйти психологически*.
4. *Деиндивидуализация*— условие жестокости и агрессивности во все времена. Идентичность личности подменяется коллективной. В то же самое время и жертвы лишаются индивидуальности, им придумываются некие обобщающие ярлыки, например подавляющие личности.

Еще один *общий вывод*, который можно сделать, ответив на вопрос, поставленный еще Ф. Зимбардо по итогам стэнфордского эксперимента: *Что-то не так с человеком? Или что-то не так с социальной ситуацией?* В случае с религиозными экстремистскими группами имеется два фактора: тип личности и сила обстоятельств, в которую эта личность попадает. Необходимо также отметить, что в определенные кризисные моменты почти любая личность, даже с высоким уровнем интеллекта и образования, может попасть под влияние харизмы секты (Zimbardo Ph. G., Boyd J. N., 1999).

13.5. Психология толпы

При изучении поведения человека в кризисных и экстремальных ситуациях особый интерес представляет психология толпы. Толпа является кратковременной естественной общностью, способствующей возникновению измененных состояний сознания в сфере когнитивных, коммуникативных, эмоциональных и волевых процессов. В толпе кардинально меняется психика человека. Пребывание человека в толпе не проходит бесследно для его психики. В толпе, приведенной в определенное возбужденное и, особенно, агрессивное состояние, сознание человека изменяется. Измененные состояния сознания — это многочисленные разнообразные и часто не осознаваемые человеком состояния, в которых меняются ощущения, восприятия, эмоции и когниции. Изменения психических процессов в толпе следующие (Почебут Л. Г., 2008):

- 1) когнитивные процессы предназначены для познания и категоризации окружающего мира. Способность познания, анализа, оценки экстремальных факторов и поведения окружающих людей в толпе значительно снижается. Человек оказывается не в состоянии адекватно оценить возникшую экстремальную обстановку, правильно сориентироваться в ситуации;
- 2) коммуникативные процессы направлены на обмен информацией и правильную оценку возникшей экстремальной ситуации. Они также претерпевают глубокие изменения. Взаимодействие между людьми становится односторонним, правила и нормы утрачивают свою регулирующую функцию. Движения, жесты, мимика приобретают подражательный характер, поскольку человек, не имея возможности самостоятельно разобраться в экстремальной ситуации, старается копировать поведение и действия окружающих людей, полагаясь на их мнение и опыт;
- 3) эмоциональные процессы, отражающие психическое состояние самого человека и других людей, также кардинально трансформируются. Эмоциональное заражение в толпе достигает наивысшей точки — апогея, в результате человек полностью растворяется в эмоциях возбужденной толпы. В зависимости от направленности эмоций толпы могут быть агрессивными или восторженными, праздничными. Эмоциональная сфера человека, побывавшего в возбужденной толпе, претерпевает самые значительные изменения. Неконтролируемые эмоции подавляют когнитивную и конативную деятельность;
- 4) волевые процессы, предназначенные для регуляции поведения, в толпе, попавшей в экстремальную ситуацию, значительно ослабевают. Пребывание человека в такой толпе — это одна из предпосылок утраты им разнообразных культурных форм поведения. Нахождение человека в толпе и подверженность эмоциональному состоянию возбужденной толпы не проходит бесследно для психики современного человека. Правила и нормы взаимодействия и поведения, выработанные в процессе исторического и культур-

ного развития, в толпе утрачивают свое значение. В возбужденной толпе доминируют инстинкты, что приводит к ослаблению воли, и человек становится беззащитен перед внушающим воздействием вождя, психологически и социально выпадает из рамок культуры. В то время как в обычных социальных ситуациях законы, правила и нормы регулируют поведение, большинство людей в моменты пребывания в возбужденной толпе подчиняются власти инстинктов, которые на время становятся ведущими регуляторами социального поведения. Утрата воли и подчинение инстинкту в какой-то мере возвращает психику человека в первобытное состояние.

Впервые интерес к психологии толпы возник в России. В 1879 году Н. К. Михайловский в журнале «Отечественные записки» публикует серию статей, посвященных героям и толпе. Только через шесть лет в 1885 году французский социолог Г. Тард опубликовал книгу «Законы подражания», в 1892 году — «Мнение и толпа», затем С. Сигеле пишет книгу «Преступная толпа». В 1895 году вышла в свет самая известная книга Г. Ле Бона «Психология толп». В науке возникает целое психологическое направление, изучающее психологию толпы, которое можно обозначить как охологию (*охлос* в переводе с греческого означает «толпа»).

Г. Ле Бон сформулировал основную парадигму изучения толпы (Ле Бон Г., 1998). Он выделил три основные проблемы.

1. Психология индивидов, составляющих толпу.
2. Психология толпы как единого образования.
3. Психология вождей, управляющих толпой и внушающих ей свои идеи.

Ученый считал, что в толпе у человека появляются новые свойства психики (рис. 13.1).



Рис. 13.1. Механизм образования коллективной души (по Г. Ле Бону)

Появление этих новых специфических свойств, характерных для толпы и не встречающихся у индивида в обычной ситуации, обусловлено тремя причинами.

1. Влияние инстинктов, которые становятся ведущими регуляторами поведения человека в толпе, поскольку толпа анонимна и не несет ответственности за свои действия.

2. Подверженность заражению чувствами.
3. Восприимчивость к внушению.

Специфика протекания психических процессов в толпе, согласно Г. Ле Бону, состоит в том, что человек в толпе проявляет:

- 1) способность оперировать небольшим количеством идей;
- 2) неспособность к логическим рассуждениям;
- 3) развитое воображение, восприимчивость к новым впечатлениям;
- 4) убеждения в форме религиозных чувств;
- 5) импульсивность, утрату контроля над инстинктами;
- 6) преувеличенность чувств;
- 7) нетерпимость, авторитаризм, консерватизм.

Другой французский ученый Г. Тард считал толпу естественной общностью, обусловленной природными силами. Он отмечал, что толпы не просто легковверны, они безумны. В толпе стирается чувство реальности, могут возникать настоящие коллективные галлюцинации. Г. Тард подчеркивал: толпа не способна к разумным действиям, только отдельный человек может мыслить и действовать рационально.

По мнению С. Сигеле, толпа может быть вовлечена в совершение диких и свирепых поступков, она больше расположена к злу, чем к добру. В то же время толпа может подняться до самой высокой степени самоотверженности и героизма. Он иллюстрирует эти свойства на основе многочисленных примеров действий толпы во время французских революций конца XVIII — середины XIX в.

З. Фрейд описал конфликт, возникающий между отдельной личностью и обществом. Современная цивилизация посредством моральных норм и социального контроля подавляет и вытесняет естественные инстинкты человека, что приводит к деформации характера, развитию неврозов, отчуждению от культуры. В книге «Массовая психология и анализ человеческого “Я”» (1921) З. Фрейд использует понятие «масса» как синоним понятия «толпа» (Фрейд З., 1998). В толпе, считал З. Фрейд, подавление бессознательных тенденций уменьшается. Моральные запреты исчезают, господствуют инстинкт и эмоциональность. Человек лишается собственной воли и опускается на несколько ступеней вниз по лестнице цивилизации.

Французский психолог С. Московичи в 1981 году опубликовал исторический трактат «Век толп» (Московичи С., 2011). Толпа как вид человеческой общности стремится к низшему уровню психологии ее членов. Людям в возбужденной толпе свойственны:

- 1) утрата логического и предпочтение алогичного мышления;
- 2) раскол рационального и иррационального в психике человека, утрата связи с реальностью, потеря веры в себя;
- 3) отсутствие личных интересов, критичности, способности принимать правильные решения;
- 4) подчинение приказам вождя.

С.Московичи считает, что толпа представляет собой коллективную форму жизни. Психология индивида и психология толпы не подобны друг другу. Индивид действует по законам разума, толпа — по законам внушения и подражания. Толпа нуждается в вожде, который убеждает людей не с помощью рассудка, он пленяет их воображение, опираясь не на логику, а на совместно переживаемые чувства. Вождь должен обладать тремя качествами: 1) упорной верой в свою идею; 2) преобладанием смелости над интеллектом; 3) харизмой.

Толпа представляет собой один из способов формирования коллективного бессознательного, содержание которого составляют инстинкты и совместно переживаемые чувства. Для психики отдельного человека и психологии целой общности важно, чтобы эти чувства носили позитивную направленность, чтобы люди отличались доброжелательностью и преданностью друг другу. Такие чувства порождают сплоченность, солидарность, доверие, чувство единения. Они возникают на пике праздника, торжества, массовых гуляний. Для развития общества очень важно, чтобы содержание коллективного бессознательного было позитивным, не несло в себе агрессивные и разрушающие инстинкты (Почебут Л. Г., 2004).

Агрессивные чувства, порожденные толпой, совершенные совместно преступные действия могут сплотить людей только на короткое время в попытке уйти от ответственности. Однако очень быстро пережитые совместно негативные чувства приводят к взаимной подозрительности и разрушают общность изнутри, поскольку отсутствует доверие.

Важно отметить, что в содержание коллективного бессознательного входят такие инстинкты, как биологические регуляторы поведения. Инстинкты в индивидуальном и коллективном бессознательном существуют всегда, но крайне редко прорываются из бессознательного в сознание.

Проникновение инстинктов в сознание возможно в процессе пребывания человека в толпе, находящейся в экстремальной ситуации. С другой стороны, коллективное бессознательное пополняется и может эффективно функционировать в результате проникновения из сознания в бессознательное позитивно окрашенных чувств. Проникновение сознательных компонентов психики — идей, мыслей, рассуждений — в коллективное бессознательное невозможно, иначе оно утратило бы свою сущность. Коллективное бессознательное основано на чувственном способе познания окружающего мира. Содержание коллективного бессознательного составляют инстинкты и совместно переживаемые чувства. Толпа является катализатором взаимного обмена инстинктами и чувствами между бессознательным и сознанием. Сознательная воля отдельного человека выполняет функцию мембраны между сознанием и бессознательным. В толпе эта мембрана ослабевает, становится прозрачной, преодолимой для взаимопроникновения инстинктов и чувств.

Поведение людей в толпе можно объяснить закономерностями функционирования когнитивных процессов. Во-первых, в толпе многократно усиливается процесс *социальной фасилитации* как реакции на присутствие других людей. Окружающие люди являются самым значимым стимулом для человека. Присутствие людей создает нервно-психическое возбуждение в коре головного мозга. Повышенное социальное

возбуждение усиливает доминирующую реакцию независимо от того, правильная она или нет. Поэтому люди в толпе могут бездумно и автоматически выполнять приказы вождя. Усиление эффекта социальной фасилитации в толпе возникает по следующим трем причинам:

- 1) присутствие множества людей делает человека более настороженным. Человеку трудно направлять внимание одновременно внутрь самого себя и вовне на окружающий мир. Раздвоенность внимания вызывает состояние конфликта, присутствие других приводит к настороженности;
- 2) люди в любой ситуации озабочены тем, что о них подумают другие. Обеспокоенность оценкой заставляет человека нервничать и повышает его возбуждение;
- 3) присутствие других людей отвлекает человека от выполнения основного задания.

Во-вторых, при большом количестве стимулов (множество людей в толпе) сознание совершает *ошибки в различении стимулов*. Различительные критерии идентификации предметов окружающего мира ослабевают, возникает идентификация по сходству признаков, а не по их различению. Сознание выделяет только сходные поведенческие признаки и автоматически заставляет множество людей уподобляться друг другу в манере поведения (жестах, движениях, возгласах, настроении). Поэтому люди в толпе подражают друг другу. Среди большого количества людей любые отличия в поведении интерпретируются сознанием как чуждые, на которые не следует обращать внимания, или даже как враждебные, которые должны быть уничтожены, поскольку не соответствуют критериям идентичности признаков.

Проведенные исследования (Почебут Л. Г., Мейжис М. А., 2010) показали, что в состоянии возбуждения, возникшего под воздействием толпы, у человека изменяется когнитивный стиль, снижается уровень субъективного контроля и повышается склонность к риску. Прежде всего, в толпе человек становится в большей степени *полезависимым*. Когнитивный стиль «зависимость — независимость от поля» понимается как способ приоритета получения информации от зрительной или кинестетической систем. Ориентация на зрительные сигналы трактуется как показатель высокой зависимости от поля. Ориентация на кинестетические сигналы выражает слабую зависимость от поля. В толпе у человека снижаются помехоустойчивость и умение работать в ситуации стресса. Результаты исследований показали статистически значимые различия между ответами респондентов, находящихся под влиянием толпы, и их ответами в нормальном спокойном состоянии через две недели.

Особого внимания заслуживает толпа, находящаяся в состоянии паники (см. параграф 3.4). *Паника* (греч. *panikon* от имени древнегреческого бога Пана) — это особое состояние толпы. Паника — это состояние ужаса, сопровождающееся резким ослаблением волевого самоконтроля. Поведение становится антиволевым: эволюционно примитивные потребности, связанные с физическим самосохранением, подавляют остальные потребности. Паника — это один из наиболее заметных видов поведения толпы и одновременно это особое эмоциональное состояние, возника-

ющее в результате дефицита информации о какой-либо пугающей или непонятной ситуации либо ее чрезмерного избытка. Паника проявляется в стихийных импульсивных действиях. Паникер — это человек, который сеет панику. Алармист — человек, склонный к панике. Присутствие в толпе подобных людей приводит к возникновению массовых панических толп со специфическим поведением. Предпосылками паники могут быть:

- 1) *физиологические причины*: усталость, голод, бессонница, депрессия, стресс, наркотики. Они ослабляют людей физически и психически, снижают их способность быстро и правильно оценивать ситуацию;
- 2) *психологические причины*: ощущения боли, удивление, неуверенность, страх и тем более ужас, чувство изоляции. Эти факторы рассматриваются как естественные активаторы страха;
- 3) *социально-психологические причины*: отсутствие групповой солидарности, единства группы, утрата доверия к руководству, дефицит информации, панические слухи.

Многочисленные социально-психологические эксперименты американских ученых показали, что в группах, не осознающих общности цели, слабо сплоченных и неструктурированных, панику может спровоцировать даже минимальная опасность. Напротив, в экстремальных ситуациях и в военных условиях высокий уровень сплоченности специально подготовленных, тренированных команд людей, объединенных общими целями и ценностями, может предотвратить возникновение паники.

Проведенное исследование (Почебут Л. Г., Мейжис М. А., 2010) этапов паники показало следующую закономерность: паническое поведение отличается от нормального практически полным отсутствием когнитивных элементов психики. В паническом состоянии, возникающем в панической толпе, этапы конкретных действий чередуются этапами всплеска эмоций. Таким образом, возникают следующие этапы паники:

- 1) внезапный шокирующий стимул, например взрыв, огонь, выстрел;
- 2) этап действий — прерывание ранее совершаемых действий: на миг все застыли;
- 3) этап эмоций — потрясение, замешательство, крик, плач;
- 4) этап действий — лихорадочный, бессистемный поиск выхода из ситуации, основанный на прошлом опыте, например все бегут к двери;
- 5) этап эмоций — повышение чувства страха из-за невозможности найти выход из ситуации, взаимное заражение страхом;
- 6) этап действий — индивидуальные действия каждого по спасению. Руководство к действию — «спасайся, кто может». Усиление эгоистического поведения: сильные давят слабых;
- 7) этап эмоций — возникновение состояния обреченности из-за невозможности собственного спасения;

- 8) Этап действий — появление лидера и организация группового спасения.
- 9) Этап эмоций — появление надежды на спасение.
- 10) Этап действий — организованный групповой выход из стрессовой ситуации.
- 11) Этап эмоций — последствия панического состояния, которые проявляются, как правило, вначале в виде тревоги, возбудимости, готовности к агрессии, затем наступает усталость, оцепенение.

Психологическими факторами, препятствующими возникновению паники, являются степень доверия людей друг к другу, способность к сотрудничеству, быстрая и организованная выработка решения по спасению. Особое значение имеет профилактика паники в толпе. Важно, чтобы в любой толпе присутствовали люди, способные командовать и управлять большими массами людей. Попасты в толпу может каждый. Необходимо стараться как можно быстрее ее покинуть, не сопротивляясь движению толпы.

Можно рекомендовать следующие правила взаимодействия с толпой.

1. Не лезь в толпу, держись от нее подальше.
2. Проникая в толпу, думай, как будешь из нее выбираться.
3. Оказавшись в толпе случайно, представь, что ты находишься на работе.
4. Стань субъектом деятельности, начни профессионально изучать толпу.

Когнитивная деятельность позволит человеку противостоять заражающему действию эмоционального состояния толпы. Однако порог сопротивляемости уличной массе невысок. Человек вопреки собственной воле попадает под внушающее воздействие толпы.

Толпа — это кратковременная социальная группа. Она либо быстро расходится, выплеснув свои эмоции, либо структурируется, строится в колонны и перестает быть толпой.

13.6. Психологические основы ведения переговорной деятельности

13.6.1. Психологическое обеспечение переговоров с преступниками

К ситуациям, в наибольшей степени насыщенным экстремальными факторами и предъявляющим повышенные требования к функционированию человека, относятся ситуации физического и психологического насилия с применением оружия, и прежде всего — захват заложников.

Переговоры с преступниками и их психологическое обеспечение основывается на ряде нормативно-правовых источников на уровне как федеральных законов, так и подзаконных актов. В Федеральном законе № 130 «О борьбе с терроризмом» от 25 июля 1998 года содержится специальная норма, регламентирующая особенности

ведения переговоров с преступниками. Особенность психологического обеспечения переговоров с преступниками в экстремальных условиях состоит в том, что лица, ведущие переговоры, задействуются в составе групп ведения переговоров (ГВП). Там же подчеркнуто, что к ведению переговоров с террористами допускаются только лица, специально уполномоченные на то руководителем оперативного штаба по управлению контртеррористической операцией. ГВП состоят из руководителя переговоров (их число определяется в зависимости от особенностей криминальной ситуации), консультанта-психолога, оперативных работников, обеспечивающих взаимодействие группы с подразделениями, участвующими в операции, переводчиков.

Переговорщики подбираются на добровольной основе с учетом личных и профессиональных качеств из числа сотрудников, владеющих даром убеждения, отличающихся самообладанием, эмоциональностью, быстротой реакции, наличием необходимых интеллектуальных, коммуникативных, характерологических задатков, гуманных побуждений, они должны обладать достаточными знаниями в области психологии и педагогики, пройти специальную подготовку.

От правильного ведения переговоров с преступниками порой зависит не только жизнь заложников, но и жизнь и здоровье окружающих, находящихся рядом с местом захвата заложников. Для того чтобы действия специалиста в переговорном процессе были максимально эффективными, ему необходимо следующее:

- 1) представлять **распределение функций в переговорном процессе** (чтобы понимать суть происходящего и ближайшие перспективы развития ситуации);
- 2) знать, какие **категории преступников** совершают захват заложников, и хорошо представлять их психологические особенности (чтобы правильно построить линию поведения со «своим» захватчиком);
- 3) ориентироваться в **наиболее вероятных психологических реакциях заложников** (чтобы критически осмыслить и свои переживания, и поведение окружающих);
- 4) иметь **опыт построения общения** в условиях захвата в качестве заложника.

Лиц, захвативших заложников, можно разделить на следующие категории.

1. **Преступники, действующие по психологическим мотивам.** Их поступки слабо предсказуемы в ситуации захвата, поскольку во многом детерминированы внутриличностными смыслами, порожденными до захвата заложников. Такие лица в любой момент могут прибегнуть к насилию.
2. **Самоубийца.** Например, человек, неспособный покончить с собой самостоятельно, умышленно вызывает на себя огонь. Здесь сохраняется возможность либо психологически воздействовать на человека, либо «подсказать» способ реализации своего суицидального замысла без нанесения ущерба заложнику.

3. **Психически больной** действует иррационально для окружающих, т.е. его поведение детерминировано психопатологическими (болезненными) переживаниями. Для специалиста в данном случае важнее всего определить: случилось ли временное и преходящее расстройство психики, или имеет место хроническое психическое заболевание.
4. **Лицо, захватившее заложников из мести.** В данном случае вероятность того, что преступник пойдет на крайние меры, весьма высока.
5. **Преступники, действующие по уголовно-криминальным мотивам.** Они, как правило, соглашаются на переговоры и не причиняют вреда заложникам. Это чаще всего практично мыслящие люди, умеющие правильно оценить обстоятельства и определить, насколько сильны его противники, и, следовательно, они действуют соответственно своим оценкам. Этот тип делится на три разновидности:
 - **преступник, берущий заложников, будучи застигнутым на месте преступления.** Как правило, у такого преступника нет заранее разработанного плана захвата заложников и он охотно идет на переговоры, выдвигая в качестве основного требования беспрепятственный уход;
 - **преступник, берущий заложников, находясь в заключении.** Он действует по заранее подготовленному плану. Главная цель — добиться освобождения или изменения условий содержания;
 - **вымогатель.** Действует расчетливо и методично, стремясь заставить заинтересованных лиц (семья, фирма и т.д.) выполнить его условия.
6. **Преступники, действующие по политическим мотивам.** Выделяют две разновидности:
 - **лицо, действующее из социального протеста.** Цель действия — добиться, как правило мирным путем, определенных социальных улучшений. Протест может принять форму захвата какого-либо помещения, обычно с помощью друзей и родственников. Прогноз мирного разрешения конфликта достаточно благоприятный;
 - **политический фанатик.** Попытка примитивным способом решать сложные политические проблемы указывает на нарушенную (деформированную, болезненную) логику, что требует как хорошей ориентации в его системе ценностей, так и гибкого подхода со стороны переговорщика.
7. **Террористы.** Игнорируют требования закона как таковые. Дисциплинированы, хорошо подготовлены, могут получать руководящие указания со стороны.

Важно подчеркнуть, что одной из фундаментальных работ в нашей стране по переговорному процессу с преступниками явилось исследование коллектива ученых и практических работников под руководством В. П. Илларионова, которое осуществ-

влялось в 1990–1994 годах. В ходе этого исследования были изучены практические рекомендации и реальный опыт работы правоохранительных органов США и Германии. Результатом этого исследования стали выход в свет монографии «Переговоры с преступниками (правовые, организационные, оперативно-тактические основы)» (Илларионов В.П., 1994) и защита соответствующей диссертационной работы, а также видеофильм «Вынужденный диалог». Кроме того, основные положения указанных работ легли в основу многих практических рекомендаций для сотрудников правоохранительных органов.

Ниже кратко рассмотрим основные психологически важные аспекты переговорного процесса с преступниками.

Переговоры с преступниками, захватившими заложников, — это диалог с целью достижения соглашений, компромиссов, и, как любое состязательное действие, он имеет свою стратегию и тактику. Ведение переговоров со стороны переговорщика ориентируется на установление психологического контакта, достижение конструктивных взаимоотношений, оказание психологического влияния с целью изменения поведения преступников. В упорной психологической борьбе приходится преодолевать их сопротивление, склоняя их к отказу от совершения противоправных действий, к освобождению заложников и к добровольной сдаче властям. Основная цель ведения переговоров с лицами, захватившими заложников, — это безопасность и максимальное освобождение заложников, в первую очередь женщин и детей.

Арсенал психологических методов и приемов, характеризующих мастерство переговорщиков и учитывающих особенности конкретной ситуации криминального характера, должен быть велик и гибок. Здесь имеют большое значение наработанные психологической наукой и педагогикой методы убеждения, внушения (вербального и невербального), стимулирования, психологического давления. Убеждение как главный метод психолого-педагогического воздействия предполагает использование возможностей разъяснения, опровержения, приведения доказательств. Логическая аргументация позволяет показать лицам, совершающим преступления, бессмысленность их противостояния силам правопорядка. Обращение к эмоционально-волевой сфере нередко бывает весьма эффективным приемом психологического воздействия и весьма успешно используется во многих случаях переговоров с преступниками.

Изучение практики переговоров с преступниками указывает на *два наиболее характерных периода их ведения* (Илларионов В.П., 1994): *первоначальный и последующий*. Наиболее сложным с психологической точки зрения является **первоначальный период переговоров**. Он характеризуется внезапностью действий преступников, их стремлением подавить волю представителей правоохранительных органов, навязать им удобные для себя формы диалога, при этом в ход идут разного рода оскорбления, угрозы, шантаж, предъявляются ультимативные требования о выполнении условий в краткие сроки.

Наиболее правильной тактической линией правоохранительных органов в такой экстремальной ситуации является демонстрация психологической устойчивости, снятие эмоционального напряжения, затягивание переговоров, для того чтобы выиграть время для всестороннего уточнения обстоятельств возникновения

криминальной ситуации и осуществления разведывательно-поисковых мероприятий. Главное для переговорщика — не растеряться, не становиться на путь панических обещаний, успокоить сторону, выдвигающую незаконные требования, ввести разговор в русло длительного обсуждения. При этом надо иметь в виду, что и для преступников высказываемые ими угрозы (например, убийство) носят, как правило, демонстративный характер, можно сказать рассчитанный на испуг представителей правоохранительных органов.

Второй период ведения переговоров с преступниками связан с рассмотрением конкретных требований и условий, которые выдвигают преступники, и внесением логических элементов в переговоры. Сам этот факт в значительной степени предопределяет известную пассивность позиции преступников, ибо им приходится рассматривать различные варианты решений, предлагаемые правоохранительными органами, соглашаться с ними или опровергать их. В то же время правоохранительные органы получают возможность мобилизовать необходимые силы и средства, которые воспринимаются преступниками как угроза, крушение их замыслов. Иными словами, начало второго периода переговоров нередко является залогом успеха. Стоит учитывать, что лица, захватившие заложников, часто продолжают психологическую атаку, навязывают тактику митингового обсуждения, создают трудности в конкретном рассмотрении предмета переговоров.

Во втором периоде переговоров возможен перехват у преступников инициативы в диалоге. Это обеспечивает повышение эффективности психолого-педагогического воздействия на преступников, склонение их к отказу от противоправного поведения. В результате они снижают свою активность в переговорах, делают паузы для ответа на предложения переговорщика, теряют последовательность в своих утверждениях и требованиях, занимают оборонительную позицию, начинают прислушиваться к доводам и суждениям другой стороны. *Главным доводом* во всех переговорах, связанных с захватом заложников, *должна быть постоянно подчеркиваемая* для преступников в различной интерпретации *мысль о том, что диалог с ними имеет смысл лишь в том случае, если они гарантируют жизнь и здоровье заложникам*. В противном случае применение силы закона является правомерным и неотвратимым вплоть до использования оружия на поражение.

На протяжении всего времени переговоров необходимо поддерживать у преступников убеждение в возможном удовлетворении их требований, чтобы удержать их от насилия по отношению к заложникам или от совершения ими других преступных намерений.

Эти два периода переговоров с лицами, захватившими заложников, могут быть детализированы. Выделение в них ряда этапов позволяет более свободно ориентироваться в ходе диалога с преступниками, способствует достижению большей логичности и последовательности ведения такого диалога.

Первый этап — во время его реализации обобщается информация о возникновении экстремальной ситуации, требующей ведения переговоров, принимается решение об их ведении, выделяются переговорщики, собираются дополнительные

данные о создавшейся ситуации, определяется тактика ведения диалога с преступниками, с ними устанавливаются контакты, достигается стабилизация обстановки.

Второй этап — «захват позиций». В ходе его осуществления организуется задействование сил и средств, обеспечивающих общественную безопасность, прорабатывается возможность разрешения конфликта силой, изыскиваются меры психологического воздействия на преступников и склонения их к освобождению заложников и добровольной сдаче.

Третий этап включает в себя выдвижение условий и обсуждение их приемлемости, поиск компромиссов, нахождение вариантов взаимного согласия, торг, психологическую борьбу.

Четвертый этап включает достижение полного или частичного соглашения, определение путей его реализации, анализ проведенной работы.

На всех этапах переговоров надо постоянно иметь в виду возможность уменьшения числа заложников, в первую очередь женщин, детей, больных и пожилых людей, используя для этого все поводы. Каждый освобожденный заложник — успех, достигнутый переговорщиком.

Тактика при тупике переговоров. Анализ требований, выдвигаемых преступниками, позволяет определить мотивы преступных действий и три категории выдвигаемых условий:

- *непротивоправные, приемлемые* (выслать комиссию для проверки жалоб, предоставить возможность выступить в средствах массовой информации, предъявить претензии к государственным и иным органам, добиться возвращения долгов, разрешить бытовые конфликты и т. д.);
- *противоправные, приемлемые* (добиться выезда за рубеж, получить выкуп, транспортные средства и пр.);
- *противоправные, неприемлемые.*

В случае упорного выдвижения преступниками неприемлемых условий, когда переговоры зашли в тупик, т. е. стороны не нашли удовлетворительных решений, договоренность не достигнута, используется технология переговоров *для прикрытия* (оперативная игра).

Такое положение в основном возникает, когда возможный вред от принятия выдвигаемых преступниками условий превышает уровень того вреда, который уже достигнут в результате учиненных преступных действий.

Суть переговоров для прикрытия — продолжение диалога с преступниками для создания ситуации, при которой можно наиболее эффективно и безопасно осуществить операцию пресечения преступных действий. Переговоры становятся прикрытием успешной реализации намеченных планов использования имеющихся у правоохранительных органов сил и средств. Вести подобные переговоры надо так, чтобы преступники не почувствовали изменения тональности диалога, не догадались

о принятом решении подавить их сопротивление силой. Здесь возможны из тактических соображений фиктивное согласие на выполнение определенных требований, демонстрация выполнения выдвинутых преступниками условий и т. д. Чем больше контраст между успокаивающей манерой ведения переговоров и внезапностью решительного применения силы, тем эффективнее результат. В этом смысл и назначение переговоров для прикрытия. Кроме ситуаций тупика переговоров, имеют место факты, когда диалог для прикрытия ведется при изначально принятом решении применить силу. Как правило, это связано с тем, что преступники уже осуществили преступные действия против заложников (убийства, ранения, истязания). Переговоры для прикрытия незаменимы в случаях ведения диалога с преступниками, когда их местонахождение неизвестно (угрозы совершить террористические акты, передаваемые по каналам связи, при похищении людей и др.).

От переговоров с преступниками в собственном смысле следует отличать их *имитацию*. Она возможна в случаях, когда приходится иметь дело с душевнобольным человеком. По существу, здесь отсутствует субъект переговоров, реагирующий на логическую сторону диалога и отдающий себе отчет в содеянном. В данных случаях имитация переговоров должна быть направлена прежде всего на снятие агрессивности поведения. При этом необходимо демонстрировать согласие с требованиями и высказываниями собеседника, даже с самыми нелепыми, не отказываться от обещаний, которые могут быть и невыполнимыми, идти на блеф, чтобы в удобном случае применить силу для пресечения общественно опасного поведения такого лица. Подобные диалоги лишены своей содержательной части и в действительности являются психотерапевтическим прикрытием принятия насильственных мер, позволяющих устранить опасность.

На основании изложенного можно выделить следующие психологические рекомендации ведения переговоров с преступниками.

- Перед началом переговоров следует представиться, назвав свою должность и фамилию, попросить представиться лицо, захватившее заложников. Начинать переговоры следует с простых вопросов (для создания атмосферы успешных переговоров).
- Необходимо учитывать мотивацию преступника (его нужды, цели).
- Следует побуждать воображение преступника.
- Допустимо частичное согласие с точкой зрения преступника.
- Нужно предлагать отсроченное согласие (не дать совершить опрометчивых поступков).
- Никогда нельзя говорить лицу, захватившему заложников, «нет», «это мы не можем выполнить» и т. п. На любое требование преступника соглашаться, но требовать дать больше времени, находя при этом объективные причины невозможности выполнить его требования немедленно или в установленный им срок.

- Надо убеждать постепенно (не спровоцировать отказ!).
- Необходимо дозированно критиковать себя.
- Следует вознаграждать любые шаги, облегчающие положение заложника.
- При выполнении каких-либо требований преступников нужно требовать взамен освобождение части заложников, в первую очередь женщин, детей, стариков, раненых.
- Следует избегать вызова (не ставить преступника в безвыходное положение).
- Следует избегать зрителей.
- Необходимо повышать логичность преступника, подсказывая ему более рациональные варианты решения проблем в форме уточняющих вопросов.
- Не следует торопиться (притормаживать) с принятием требований преступника.
- Возможно использование при ведении переговоров родственников или знакомых преступников, пользующихся у них авторитетом, с целью склонения их от отказа от совершения преступления и полного освобождения всех заложников.
- Необходимо поддерживать надежду преступника на желаемое для него разрешение ситуации.
- Нужно быть готовым дать возможность преступнику уйти в обмен на жизнь заложников.

13.6.2. Профессиональная подготовка переговорщиков для работы в экстремальных ситуациях

Профессиональная подготовка специалистов по переговорной деятельности в условиях экстремальных ситуаций становится сегодня все более актуальной. Почти во всех странах из-за роста техногенных, информационных, религиозно-политических, психологических факторов стремительно увеличивается количество экстремальных ситуаций, связанных с угрозой для жизни людей: захват заложников, похищение людей, шантаж, угрожающие ситуации, семейные драмы, самоубийства, требования психически больных людей и т. д. Многие из этих ситуаций разрешаются с помощью слов, без человеческих потерь и применения оружия.

Специалисты по трудным переговорам должны обладать целым рядом *профессиональных навыков и психологических качеств*: эмпатией, интуицией, природным умом, уважением к человеку, креативностью и гибкостью мышления. Выстраивание коммуникативной связи на глубинном уровне требует от переговорщика чуткого внимания к личности, интуиции, гибкости и вариативности мышления. Специалист по трудным переговорам в условиях экстремальной ситуации должен тонко чувствовать и дифференцировать все интонационные и содержательные смыслы в речевых

посылах, уметь входить в состояние другого человека, идентифицироваться с ним, понимать его мотивы и брать на себя огромную ответственность за точность своих фраз и реакций. Например, для человека, который хочет прыгнуть, неверная интонация или высокомерная фраза может оказаться пусковым сигналом.

В экстремальных ситуациях люди могут вести себя непредсказуемо. В состоянии витальной угрозы происходит сужение сознания. Многие лучше реагируют на эмоционально-аффективные послы, невербальные сигналы или односложную информацию. Проведение рационального разговора с точными логическими рассуждениями часто не дает желаемого результата. Переговорщик должен в совершенстве владеть невербальной коммуникацией, языком тела и широким репертуаром эмоциональных реакций, сохраняя при этом высокий уровень регуляции нервных процессов.

Каждый специалист по переговорной деятельности может по-разному ощущать психологическую ситуацию и воспринимать своего партнера по переговорам, но при этом он должен исходить из тех целей и задач, которые содержатся в разработанной переговорной концепции. Сочетание творчества и жесткой дисциплины — одна из главных трудностей в профессиональной подготовке специалистов по переговорной деятельности.

В странах Западной Европы целенаправленная подготовка специалистов по переговорной деятельности началась с середины 1970-х годов, после Олимпиады в Мюнхене (1972), когда террористами было совершено нападение на сборную команду Израиля. Ведение переговоров, психологическое сопровождение жертв и их родственников стало превращаться в специальную профессиональную функцию отдельных подразделений полиции. В настоящее время многие страны Западной Европы, США, Израиль проводят отбор и подготовку переговорщиков среди полицейских и чиновников силовых структур. При этом переговорщики должны иметь большой опыт работы, высокий профессионализм, специальный набор индивидуально-типологических особенностей и личностных качеств. Далее они проходят интенсивную подготовку по психологии, включающую лекции, практические занятия, тренинги, ролевые игры. В ходе подготовки обобщается опыт похожих ситуаций, даются обширные психологические знания, изучаются методы риторики. Основное интенсивное обучение полицейских длится от 3 до 4 недель. Далее происходит постоянное дополнительное обучение, в ходе которого полученные знания углубляются и обновляются за счет новой информации. В течение года полицейские дополнительно по 10–12 дней участвуют в семинарских практических занятиях. Таким образом, формируются переговорные группы, которые имеют свою внутреннюю структуру, высокую психологическую совместимость и в которой существует определенное распределение ролей. В состав переговорных групп наряду с мужчинами-полицейскими входят и женщины-полицейские. Считается, что их участие гуманизирует переговорный процесс и повышает его эффективность.

Кроме переговорных групп существуют еще и группы консультантов. Эти группы формируются, как правило, из специалистов самого высокого уровня (экономисты, юристы, врачи, психологи, инженеры и т. д.). Члены этой группы приглашаются на пе-

риод разрешения экстремальной ситуации, а руководитель консультативной группы занимает постоянную должность в полиции. Группа консультантов в течение 4 недель также проходит предварительную подготовку. В ходе ее они участвуют в теоретических занятиях, тренингах, получают практические навыки, обучаются оперативному обмену информацией и полученным опытом для улучшения тактики принятия решений. Члены такой группы могут консультировать руководителя полиции, принимают участие в прогнозе ущерба, в разработке проведения и завершения операции и последующем разборе и анализе результатов.

В нашей стране Министерство внутренних дел России и другие силовые ведомства также проводят подготовку специалистов по переговорной деятельности. Определенную помощь здесь могут оказать гражданские психологи. Так, в рамках специализации «Психология кризисных и экстремальных ситуаций» профессиональные переговорщики могут проходить постоянное повышение квалификации по целому блоку специальных дисциплин. Он должен иметь междисциплинарный характер, включать современные разработки в области информационной, социальной, клинической психологии. Кроме того, в этот блок должны входить дисциплины, связанные с сугубо творческими профессиями (актерское мастерство и т. д.) и развивающие внутреннюю спонтанность, чувство юмора, помогающие раскрепощать личность.

Таким образом, в процессе повышения квалификации акцент делается на:

- выработку невербальных навыков поведения;
- анализ аффективно-эмоционального уровня реагирования;
- изучение нервно-психической регуляции поведения;
- знание общих закономерностей поведения людей в кризисных и экстремальных ситуациях;
- развитие гибкости мышления, внутренней спонтанности и высокой креативности личности.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое фанатизм?
2. Сравните различные определения фундаментализма.
3. Каковы правовые определения религиозного экстремизма?
4. Каковы психологические характеристики религиозного фундаментализма?
5. Дайте определение понятиям «радикализм», «фанатизм», «экстремизм», «терроризм».
6. Перечислите социально-психологические предпосылки для возникновения современных экстремистских и террористических движений.
7. Изложите мотивационный аспект феномена экстремизма.
8. Можно ли говорить об экстремистском типе личности? Обоснуйте свою точку зрения.
9. Раскройте социально-психологические механизмы функционирования экстремистской группы.

10. Перечислите нормативно-правовые основы переговорной деятельности.
11. Изложите типологию преступников, совершающих захват заложников.
12. Охарактеризуйте психологические аспекты основных периодов и этапов ведения переговоров с преступниками в ситуации заложничества.
13. Перечислите основные психологических методы и приемы ведения переговоров, а также тактические сценарии.
14. Раскройте профессиональные навыки и психологические качества специалиста переговорного процесса.

Глава 14

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

14.1. Психодиагностические задачи в области психологии кризисных и экстремальных ситуаций

14.2. Особенности психологической диагностики, общие для экстремальных и кризисных состояний

14.3. Особенности психодиагностики экстремальных состояний

14.4. Особенности психодиагностики кризисных состояний

14.5. Психодиагностический инструментарий, применяемый в психологии кризисных и экстремальных состояний

14.6. Психодиагностика последствий психической травматизации

14.1. Психодиагностические задачи в области психологии кризисных и экстремальных ситуаций

В связи с высокой вероятностью потенциальной травматизации экстремальные и кризисные ситуации правомерно исследовать с позиций клинической психологии, в задачи которой входят диагностика, психопрофилактика и психокоррекция патологических состояний.

Основные психодиагностические задачи в области психологии экстремальных и кризисных состояний, как и в клинической психологии, носят прикладной и научно-исследовательский характер.

К прикладным задачам можно отнести задачу определения актуального психического состояния человека и связанную с ней задачу получения данных для дифференциальной диагностики между психофизиологическими реакциями, соответствующими доклиническому уровню, и психогенными реактивными расстройствами, а также задачу прогнозирования эффективности восстановления или развития психических нарушений — выявления и квалификации болезненных состояний и нарушений психической адаптации.

К научно-исследовательским задачам относится изучение функционирования человека в экстремальных и кризисных ситуациях. Обобщение данных, полученных с помощью клинко-психологических и экспериментально-психологических методов, позволяет не только установить закономерности функционирования психики в критических ситуациях, но и в целом расширить знания о механизмах психической регуляции. К одной из научно-исследовательских задач относится выявление предикторов развития травматизации людей, переживающих экстремальные и кризисные состояния. Научно-исследовательскими задачами являются и задачи методологические, включающие уточнение предмета изучения, категориальной базы, а также отработку и апробацию новых методов и техник.

Таким образом, к общим психодиагностическим задачам в области психологии кризисных и экстремальных состояний относятся:

- определение актуального психического состояния,
- дифференциальная психодиагностика,
- психопрофилактические задачи,
- исследовательские задачи.

Реализация перечисленных психодиагностических задач сопряжена с рядом особенностей, связанных со спецификой кризисных и экстремальных состояний, как общего характера для обоих, так и отдельного для каждого из них.

14.2. Особенности психологической диагностики, общие для экстремальных и кризисных состояний

Экстремальные и кризисные состояния правомерно рассматривать как самостоятельные категории, имеющие вместе с тем и общие объединяющие их существенные характеристики, которые определяют особенности психодиагностики этих состояний.

Общим для экстремального и кризисного состояний, является предельная интенсивность сопровождающих их переживаний. Сущностная для обеих категорий характеристика предельности возможностей человека обуславливает высокую вероятность психической травматизации, что выдвигает на первый план психодиагностическую задачу, направленную на психопрофилактику. Иными словами, психодиагностически важным является не столько констатация этих состояний (они носят ярко окрашенный характер и, как правило, представлены и субъективно, и объективно), сколько обнаружение признаков возможных психопатологических последствий, распознавание признаков развития состояния по пути травматизации. В то же время умение распознать маркеры травматизации тесно связано и с решением задачи дифференциальной диагностики — различением так называемого нормального психофизиологического реагирования (доклинического уровня проявляемых реакций) и прогностически опасных реактивных состояний.

Однако за психологической помощью к специалистам часто обращаются люди не на пике переживания экстремальной или кризисной ситуации, а спустя некоторый период времени. Как правило, при обращении предъясняется ряд соматических и невротических жалоб, которые самим человеком могут не связываться с пережитым ранее состоянием. В таких случаях речь также идет о психодиагностике актуального психического состояния, но здесь на первый план выступают задачи дифференциальной психодиагностики. Следует отметить, что часто решение этих задач представляет существенную трудность и требует от специалиста высокой квалификации. Психические нарушения, возникающие вследствие психической травматизации, — от психогенных дистимий до реактивных психических расстройств — далеко не всегда легко отнести к одному диагностическому классу. Например, сниженное настроение, чувство вины, нарушение межличностного функционирования могут свидетельствовать и о реактивной депрессии, и о расстройствах адаптации, и об остром стрессовом и постстрессовом расстройствах.

Трудность использования в психодиагностике экстремальных и кризисных состояний формализованных методов, построенных на самоотчете, вызвана еще одной общей для них характеристикой — измененной функцией сознания отражения ситуации и себя в этой ситуации. Несмотря на то что оба состояния являются осознанными, т.е. представлены в сознании и субъективном опыте (экстремальное состояние — как экстраординарное событие, кризис — как переломный момент в жизни, субъективно переживаемый чувством безысходности, тупика), их рефлексия часто носит искаженный характер.

Спецификой грамотно построенной психодиагностики экстремальных и кризисных состояний является также имманентное присутствие в ней психокоррекционной работы. Этот постулат верен как для работы с человеком, непосредственно находящимся в одном из этих состояний, так и при возвращении его к пережитому опыту.

Особенность решения исследовательских задач связана с тем, что, переживая на протяжении жизни экстремальные и кризисные состояния, большинство людей справляются с ними самостоятельно. В сфере внимания исследователей чаще попа-

Таблица 14.1. Особенности экстремальных и кризисных состояний

Состояние	
экстремальное	кризисное
кратковременное	длительное
запускаемое внешними обстоятельствами	формируемое всей логикой личностного развития
характеризуемое временным дисбалансом психики	характеризуемое утратой личностной идентичности и жизненных ориентиров
относительно личностно интактное	связанное с личностной структурой

дают, как уже отмечалось, те, для кого это состояние оказалось травматичным, и те, кто не смог самостоятельно справиться с их последствиями. Вследствие этого практически вне исследовательского поля оказываются люди, которые переживают эти состояния «благоприятным» для себя образом (исключение составляют возрастные кризисы, позволяющие изучение как конструктивного, так и деструктивного их течения в сенситивных по отношению к ним возрастных периодах). Вместе с тем изучение таких состояний могло бы представлять самостоятельный научный интерес не только для клинической психологии, но и для других прикладных и общетеоретических психологических дисциплин.

Наряду с общими каждое из рассматриваемых состояний имеет характерные для него особенности (табл. 14.1).

В соответствии со специфическими для экстремальных и кризисных состояний характеристиками реализация общих задач имеет ряд специфических для каждой из них трудностей психодиагностики.

14.3. Особенности психодиагностики экстремальных состояний

Экстремальное состояние характеризуется временным дисбалансом психики, не позволяющим человеку функционировать, привлекая привычные для него способы эмоционального реагирования, принятия решений или алгоритмы поведения (см. гл. 3). Человек в таких ситуациях испытывает чувства предельной интенсивности, действует необычным для него образом, мгновенно принимает интуитивно или инстинктивно подсказанные решения. Если механизмы саморегуляции психики оказываются неспособными адекватно выполнять свою основную функцию — отражение реальности, — происходит психическая травматизация. Вследствие травматизации психика человека нуждается в самовосстановлении (от нескольких часов до нескольких лет) или восстановлении с помощью специалистов.

Экстремальное состояние практически всегда вызвано внешними обстоятельствами. Экстремальные состояния при определенных внешних обстоятельствах (например, сверхсильных воздействиях катастрофического характера) возникают у любого человека и в этом смысле личностно интактны.

Рассмотрим следующие особенности и проблемные стороны психодиагностики экстремального состояния:

- трудность объективации экстремального состояния,
- отсутствие квалифицированного наблюдателя,
- вероятность обретения массового характера.

Трудность объективации экстремального состояния связана с тем, что для него характерно включение необычных, непривычных для человека психологических механизмов, что зачастую незаметно со стороны. Строго говоря, в полном объеме только сам субъект может констатировать, насколько идентичен он себе в своих проявлениях и переживаниях. Конечно, исключения составляют неадекватные, ярко выраженные аффективные реакции, которые заметны для стороннего наблюдения. Однако в этих случаях речь идет чаще всего не об экстремальном состоянии, а о манифестации психической травмы. В то же время трудность констатации субъектом неидентичности в собственном поведении заключается в том, что, как уже отмечалось выше, способность к рефлексии в этом состоянии снижается или утрачивается. В экстремальном состоянии психика человека функционирует по нештатным алгоритмам, все психические функции мобилизованы для одоления сверхсильного для нее воздействия, или дезорганизованы под его натиском, и рефлексия является той, что одной из первых покидает поле сознательного функционирования. В этом еще одно отличие экстремального состояния от кризисного, при котором рефлексия оказывается сверхактивной — искаженной на высоте негативных переживаний в процессе его протекания и активным инструментом в его преодолении. Таким образом, особенность функционирования психики в экстремальном состоянии снижает достоверность информации, полученной из самоотчетов.

Психологическая диагностика актуальных экстремальных состояний в исследовательских целях затруднена также тем, что они, как правило, возникают в чрезвычайных обстоятельствах. Внезапность возникновения, стремительность развития и скоротечность данных состояний чаще всего делают их недоступными наблюдению специалистами-психологами. В случае масштабных катастроф в эпицентр ЧС направляются психологические бригады, но и они попадают на место происшествия спустя часы, а то и сутки после возникновения ситуации. Кроме того, масштабный характер таких ситуаций не позволяет отследить состояние всех попавших в них людей и заметить всю палитру переживаний ситуации в ее начальном периоде.

Здесь следует отметить, что люди, пережившие экстремальное состояние, оказавшись в ситуации локального, а не масштабного характера, не имевшей общественного резонанса, а следовательно, и организованной помощи со стороны МЧС, чаще всего выпадают из поля внимания исследований. Вместе с тем эти люди безусловно входят в группу риска, связанного с вероятностью психической травматизации и развития

отдаленных ее последствий. Часто возникающее чувство личной ответственности за случившееся, вина, стыд могут повысить вероятность развития нежелательных психических последствий у человека, пережившего такую ситуацию.

В тех экстремальных ситуациях, когда рядом с человеком, переживающим экстремальное состояние, оказывается специалист-психолог, в качестве психодиагностического инструментария неуместно использовать методики и тесты. Наиболее адекватными методами психологической диагностики являются методы наблюдения и беседы. Основной целью наблюдения является обнаружение признаков, свидетельствующих о возможных психических нарушениях, и показания к оказанию соответствующей экстренной психологической помощи. Психологически грамотно построенное наблюдение дает возможность не только квалифицировать признаки угрозы травматизации, но и расширять феноменологию экстремальных состояний, решая тем самым наряду с практической (диагностической, психопрофилактической) и исследовательскую задачу. Наблюдение за эмоциональным состоянием, когнитивными функциями, поведением человека, находящегося в экстремальном состоянии, пополняет научные представления о работе психики, о ее функциональных возможностях, о сопротивлении потенциально разрушающим воздействиям, о защитных механизмах, позволяющих сохранить целостность психики в момент наибольшей для нее угрозы.

Наблюдение может быть дополнено и уточнено информацией, полученной из самоотчетов людей, находящихся в экстремальном состоянии, в тех случаях, когда это представляется возможным, — включение беседы возможно при частичном или полном восстановлении психического баланса. Здесь нельзя не напомнить, что специфические задачи психодиагностики экстремальных состояний решают одновременно и специфические для них психокоррекционные задачи. Уже на этапе наблюдения важен поиск «островков» в дезинтегрированной личности, которые могут стать опорой для восстановления обычного психического состояния и для предотвращения развития психической травмы. В процессе беседы, при концентрации внимания человека на обращенных к нему вопросах, относящихся к его состоянию, рефлексирующая психика как бы возвращается к своей основной функции — отражению и оценке реальности и себя в ней. Такое переключение внимания человека на его состояние само по себе может сыграть важную роль в предупреждении травматизации.

Как уже отмечалось, чаще всего в фокусе внимания исследователей оказываются те из переживших экстремальную ситуацию, для кого такой опыт оказался психотравмирующим. Наиболее разработанным поэтому является психодиагностический инструментарий, предназначенный для выявления признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как одного из наиболее специфичных последствий психической травмы. Тщательно сконструированные клинические интервью, многочисленные опросники, построенные на основе симптомов, соответствующих критериям ПТСР, описанным в МКБ-10 и в DSM-IV, позволяют осуществлять психодиагностику психических расстройств или его признаков у людей, переживших психическую травму.

Поиск психологических предикторов развития ПТСР, психологических причин, по которым экстремальное состояние оказалось «невозможным» для человека и развилось по травматическому сценарию, привело к многочисленным исследованиям представителей профессий, осуществляющих свои обязанности в условиях, предъявляющих сверхсильные требования к психике, или же больших групп людей, оказавшихся в эпицентре чрезвычайных ситуаций. К наиболее масштабным исследованиям такого рода можно отнести изучение психического состояния ветеранов войн, спасателей, беженцев. Скрининг позволяет выделить в исследуемых группах людей с признаками ПТСР и сопоставлять с теми, кто, пережив сходный жизненный инцидент, оказался нетравмированным. Полученные в результате таких исследований отличительные характеристики (возраст, интеллект, способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания, повышенный самоконтроль, ригидность, высокая личностная тревожность, низкая самооценка, алекситимия и др.) являются чрезвычайно важными для выделения групп риска относительно развития ПТСР. Важно отметить, что наряду с поиском предикторов травматизации, актуально также выявление психологических характеристик, опорных для благоприятного с точки зрения психических последствий выхода из экстремальной ситуации.

Однако следует помнить, что нельзя с определенностью ответить на ставший уже традиционным методологический вопрос, являются ли установленные психологические характеристики преморбидными или они манифестируют нарушения в функционировании психики, которые появились вследствие травмы.

Кроме того, нельзя не отметить, что за рамки такого подхода выходят «живые» переживания людей с травматическим опытом, возможность увидеть произошедший эпизод в контексте всего жизненного пути конкретного человека. Было бы наивным полагать, что какой-то совершенный психодиагностический метод в полной мере может отвечать данным требованиям, но в наибольшей степени этой задаче отвечают клинико-психологические методы: беседа, интервью, биографический метод и т. д.

Резюмируя, можно выделить следующие направления в решении психодиагностических задач экстремальных состояний.

- Психодиагностика актуального состояния
 - непосредственно в момент травматического события,
 - ретроспективно (воспроизведение состояния в момент травматического события),
 - в процессе динамики психических нарушений,
 - у лиц, ранее переживших травматическое событие.
- Изучение психологических характеристик, способствующих благоприятному выходу из экстремальных ситуаций, и факторов риска развития психических нарушений
 - у лиц, находящихся в неостром состоянии,
 - у лиц без нарушения психических функций.

14.4. Особенности психодиагностики кризисных состояний

Кризис — переломный момент в личностном развитии, он характеризуется высокой интенсивностью негативно окрашенных переживаний, чувствами тупика и безысходности. Кризис ставит человека перед необходимостью глубоких, трудных изменений, охватывающих всю психику, он дает шанс для дальнейшего развития личности или — при неблагоприятном развитии — заканчивается психической травмой.

Кризисное состояние означает утрату личностной идентичности и жизненных ориентиров. Кризис — относительно длительное состояние, требующее от человека зачастую трудной душевной работы по его преодолению.

Кризисные состояния связаны с личностной структурой человека, так как они сформированы всей логикой личностного развития. Безусловно, кризисное состояние, как и экстремальное, может быть вызвано и внешними событиями, но оно не порождено, а лишь спровоцировано ими.

Особенности и проблемные стороны психодиагностики кризисных состояний следующие:

- трудность в объективизации кризисного состояния,
- отсутствие данных о благоприятном (позитивном) протекании кризисов,
- сложность подбора диагностического инструментария.

Как и в случае с экстремальными состояниями, констатировать наличие или отсутствие кризиса может только сам человек, исходя из собственных субъективных ощущений. Несмотря на то что кризисные состояния, так же как и экстремальные, характеризуются предельной интенсивностью переживаний, в кризисе эти переживания более растянуты во времени и психика оказывается менее дезорганизованной и более склонной к рефлексии. Более того, часто человек, находясь в кризисе, полностью охвачен своими переживаниями и самоанализом. Таким образом, для изучения кризисных состояний, как и для экстремальных, основным психодиагностическим методом является клинико-психологический. Однако здесь в большей мере, чем для изучения экстремальных состояний, применимы самоотчеты (беседа, интервью, нарративы). Также, поскольку кризис, как правило, является поворотным моментом в личностном развитии, для исследования и описания стадий жизненных кризисов используется биографический метод. Часто человек не может обозначить начало кризисного состояния (кроме случаев, когда пусковым механизмом оказалось какое-то внешнее воздействие) и сформулировать, на каком именно этапе у него появились трудности. Использование биографических методов предполагает получение информации, источником которой являются: интервью, спонтанные и спровоцированные автобиографии, свидетельства очевидцев, опросники, контент-анализ дневников, писем и т. п. При использовании биографического метода с целью изучения стадий жизненных кризисов личности исследователи собирают и обобщают материалы, отражающие подробные сведения об определенных жизненных событиях человека, происходивших до, во время и после кризиса, а также о психологических закономерностях протекания этого отрезка жизни.

Биографические методы в психологии — это способы исследования, диагностики, коррекции и проектирования жизненного пути личности.

В случае обращения человека к специалисту объективация актуального кризисного состояния затруднена по ряду причин. Во-первых, часто люди в критической ситуации обращаются за помощью дистанционно (телефонное и интернет-консультирование), что существенно уменьшает возможность оценить актуальное состояние, поскольку такая форма общения сокращает каналы восприятия. Во-вторых, довольно часто подобные обращения бывают единичными, и в этом случае основной задачей психодиагностики является психопрофилактика, а именно выявление угрозы травматизации.

Другой особенностью психодиагностики кризисных состояний является то, что жалобы чаще всего предъявляет не сам человек, а его окружение (особенно при возрастных кризисах). В таких случаях на первый план выступает задача дифференциального диагностирования между нормативным проявлением переживания кризиса и манифестацией психических расстройств.

Жизненные кризисы на протяжении своей жизни переживает большинство людей, но только единицы обращаются к специалистам. Как уже говорилось выше, чаще всего в поле зрения психологов попадают люди, которые не могут самостоятельно справиться с кризисной ситуацией. Данных о так называемом благоприятном переживании кризисов практически нет. Вместе с тем крайне важно выявление характеристик, прогностически ценных относительно переживания кризиса. В настоящее время достаточно сложно однозначно выявить, что конкретно определяет, станет ли кризис шансом для личностного развития или приведет к психическим нарушениям, насколько это связано с личностными особенностями самого человека и какие из них способствуют более благоприятному или, напротив, негативному разрешению кризисной ситуации. Переживание кризисов непременно приводит к изменению личностных особенностей, что существенно усложняет изучение премоурбидных характеристик, исследователям становится трудно отделить то, что было характерно для человека до кризиса, а что приобретено впоследствии.

Особая сложность заключается в том, что при решении научно-исследовательских задач изучения кризисных состояний наиболее диагностически значимыми оказываются такие личностные структуры и механизмы, для изучения которых крайне сложно подобрать инструментарий. С одной стороны, необходимо учитывать, что в той или иной степени под воздействием кризисной ситуации меняется вся личность в целом, с другой стороны, необходимо всё-таки отметить, в чем именно заключаются изменения и с чем связаны трудности в разрешении кризисной ситуации. Это приводит к необходимости применения достаточно широкого спектра психодиагностических методов.

В итоге можно выделить следующие основные направления в психодиагностике кризисных состояний.

- Психодиагностика актуального состояния
 - непосредственно в момент переживания кризиса при обращении за помощью,
 - ретроспективно (воспроизведение состояния в период переживания кризиса),
 - лиц с признаками прогностически неблагоприятного переживания кризиса, выявленных в группах риска (сенситивные возрастные периоды, сложные жизненные ситуации и др.),
 - в процессе динамики психического состояния в период переживания кризиса.
- Изучение следующих индивидуально-личностных характеристик, влияющих на протекание кризиса, т. е. психологических факторов:
 - провоцирующих кризис,
 - влияющих на интенсивность и особенности эмоциональной окраски переживания кризисов,
 - способствующих благоприятному протеканию и позитивному выходу из кризисов,
 - прогностически значимых для неблагоприятных исходов психологических кризисов.

14.5. Психодиагностический инструментарий, применяемый в психологии кризисных и экстремальных состояний

Психодиагностические задачи и методы их решения находятся в непосредственной зависимости от парадигмы, в рамках которой изучаются эти сложные психологические категории. Надо отметить, что в научных исследованиях и в прикладной психодиагностике специалисты далеко не всегда отчетливо осознают теоретико-методологическую базу, на основе которой строят свои гипотезы и проводят научную или практическую работу. Чаще сами цели исследований, их методический арсенал свидетельствуют о том, что работа осуществляется в рамках определенного психологического направления. Безусловно, было бы предпочтительнее, чтобы, планируя исследование, автор осмысленно ориентировал себя в рамках определенной теоретической основы.

В связи с этим рассмотрим конкретные задачи психодиагностики, психодиагностический инструментарий, используемый в исследованиях и психологической практике в зависимости от теоретической ориентации психолога.

Экстремальное состояние в *бихевиорально-когнитивной парадигме* понимается как сверхсильный стресс, т. е. не как самостоятельная категория, а как одно из частных проявлений стресса. Кризис также понимается как стресс и на языке этого направления, скорее всего, может быть отнесен к пролонгированному макрострессу (Аббков В. А., Перре М., 2004).

Наряду с пониманием стресса как неспецифического адаптационного синдрома в *бихевиорально-когнитивной психологии* вводится понятие психологического стресса в наиболее распространенных транзактных моделях (Brähler E., Skheer J., 1983; Cox T., Mackay C. J., 1976; Keane T. M., Wolfe J., Taylor K. L., 1987). Отсутствие «соответствия» между возможностями человека и требованиями со стороны среды вызывает ответную реакцию — стресс. Стресс рассматривается как индивидуально воспринимаемый феномен, опосредованный психологическими особенностями личности. Общим для транзактных моделей психологического стресса являются: наличие воздействия на индивида, оценка угрозы со стороны воздействия и возможностей ее преодоления, физиологические и психологические реакции на несоответствие вызова и возможностей преодоления, реакции преодоления доступными человеку способами, как неосознаваемыми, так и осознаваемыми (когнитивные, поведенческие реакции, психологическая защита).

В соответствии с психологическими позициями и ориентирами исследований этого направления можно выделить и различные психодиагностические задачи, а также методы, позволяющие их решать.

Решение психодиагностических задач определения реакций на оказанное воздействие осуществляется с помощью методов, традиционно в специальной литературе обозначаемых как направленные на оценку стрессовых состояний:

- шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности (Spielberger Ch. D., 1973, адаптирована Ю. Л. Ханиным (1976));
- методика «Шкала психологического стресса PSM-25» (Lemyre L., Tessier R., Fillion L., 1991) в адаптации Н. Е. Водопьяновой (2009);
- методика «Оценка нервно-психического напряжения» (Немчин Т. А., 1981);
- опросник «Актуальное состояние» (Куликов Л. В., 1997);
- методика определения доминирующего состояния (Куликов Л. В., 2003);
- личностная шкала проявлений тревоги (Taylor J., 1953), адаптирована Т. А. Немчиным (Немчин Т. А., 1983);
- опросник «Утомление — монотония — пресыщение — стресс» (версия немецкого опросника BMS II, адаптированная А. Б. Леоновой (1984)) и ряд других методов (Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1998; 1999).

Для решения задачи исследования стимулов, которые могут оказаться экстремальными, используют опросные листы по определению гипотетической стрессовой силы. К таким методам относится довольно широко используемая «Шкала жизненных событий» Т. Холмса и Р. Райха (Holmes T. H., Rahe R. H., 1967). Шкала представляет собой список жизненных событий, оказавших по результатам исследования авторами более пяти тысяч пациентов негативное влияние на их психическое и соматическое здоровье. Каждому важному жизненному событию в этом списке соответствует определенное число баллов, соответствующее степени его стрессогенности. Итоговая оценка выражает степень стрессовой нагрузки.

Однако значимость таких методов для изучения экстремальных состояний не столь очевидна, так как эмоционально окрашенные события в этой шкале далеко не всегда, а точнее — редко, можно отнести к априорно экстремальным. Возможно, такие методики выполняют исследовательскую задачу по выявлению стрессоров (точнее, дистрессоров), характерных для различных групп людей, да и то с поправкой на культуральные различия и на время, прошедшее с момента их создания. Но и в этом случае ранжирование ситуаций, являющихся дистрессорами для популяции в целом, представляет интерес скорее для социолога, а не психолога. Вряд ли можно согласиться с тем, что одно и то же событие имеет схожее значение для разных людей и что по наличию этих событий в жизни человека можно судить об уровне его эмоционального напряжения или стресса. Более того, это не согласуется со взглядами авторов концепции психологического стресса, в рамках которой оценка степени угрозы воздействия на человека носит индивидуальный характер.

Более обоснованными представляются исследования, направленные на изучение характеристик тех психосоциальных стимулов, которые переводят их в ранг дистрессоров для конкретного человека (или в исследовательских целях для групп людей, объединенных по тем или иным признакам). Хотелось бы подчеркнуть, что такие исследования требуют тщательно построенного эксперимента, оснащенного методиками объективирования тех реакций, которые исследователи относят к стрессорным. Возможно модифицирование процедуры проведения описанной выше методики «Шкала жизненных событий», например оценивание самим респондентом представленных в списке жизненных ситуаций по степени стрессового воздействия личного для него.

Задачу психодиагностики гипотетически экстремальных жизненных ситуаций в жизни человека решает также Life Experience Questionnaire, русскоязычная версия «Опросника травматических состояний» (Тарабрина Н. В., 2001) — биографическая методика, позволяющая определить наличие травматического опыта и степень значимости его в жизни человека.

В современных исследованиях когнитивно-поведенческого направления наиболее разработанными и широко используемыми стали методы изучения копинг-стратегий.

- «опросник для изучения копинг-поведения» (Heim E., 1988) адаптирован (Карвасарский Б. Д. с соавт., 1999);
- опросник «Индикатор стратегий преодоления стресса» («The Coping Strategy Indicators», CSI, Amirkhan J. H., 1990), адаптированный Н. А. Сирота (Сирота Н. А., 1994) и В. М. Ялтонским (Ялтонский В. М., 1995);
- опросник «Стратегии совладающего поведения» — ССП, Ways of Coping Questionnaire (Folkman S., Lazarus R. S., 1988), адаптированный и стандартизованный на отечественной выборке (Вассерман Л. И. с соавт., 2009).

В основе указанных опросников лежат разработанные авторами классификации копинг-стратегий, базирующиеся, в свою очередь, на разных признаках. Однако эти опросники не лишены недостатков, так как определяемые с их помощью характерные

для человека копинговые стратегии не могут быть для него универсальными в разных жизненных ситуациях. Более того, одни и те же копинговые стратегии в одних обстоятельствах могут быть эффективными, тогда как в других не только не ведут к снижению напряжения, но и наносят вред. Кроме того, представляются спорными и некорректными научные гипотезы о наборе копинг-стратегий, характерных для групп людей, занимающихся, например, одной профессиональной деятельностью.

Вместе с тем наряду с копинговыми стратегиями авторы выделяют ряд психосоциальных, способствующих стрессоустойчивости факторов, относительно независимых от характеристик стрессовых ситуаций. К ним относят комплекс адаптивных индивидуально-типологических особенностей, таких как оптимизм, интернальный локус контроля, самооценка, а также социальная поддержка.

Диагностика стрессоустойчивости и индивидуально-психологических особенностей, влияющих на предрасположенность к стрессу, осуществляется с помощью следующих методик:

- методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз-2» (Рыбников В. Ю., 1990);
- многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А. Г. Маклакова, С. В. Чермянина (Практическая психодиагностика, 2001);
- перцептивная оценка типа стрессоустойчивости — сокращенная методика определения поведения типа А (Фетискин Н. П., Козлов В. В., 2002);
- экспресс-диагностика склонности к немотивированной тревожности (Бойко В. В., 1996);
- методика диагностики уровня социальной фрустрированности (Вассерман Л. И., Беребин М. А., Иовлев Б. В., 2004);
- тест-опросник «Исследование субъективного контроля» (Rotter J. V., 1954), адаптирована (Бажин Е. Ф. и др., 1984);
- экспресс-диагностика уровня самооценки (Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М., 2002);
- методика диагностики социально-психологической адаптации (Роджерс К., Даймонд Р., 1954), адаптирована (Снегирева Т. В., 1987; Осницкий А. К., 1991);
- методика изучения временной перспективы Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory: ZTPI, Zimbardo P. G., Boyd J. N., 1999), адаптирована А. Сырцовой, Е. Т. Соколовой, О. В. Митиной (Сырцова А., Соколова Е. Т., Митина О. В., 2007).

В последние десятилетия в рамках *когнитивного подхода* распространение получила теоретическая модель, согласно которой основополагающей причиной психических нарушений, возникающих вследствие психотравмы, является разрушение базовых убеждений — картины мира человека. Психодиагностической мишенью для исследований в рамках этой парадигмы оказывается изучение представлений человека о мире и о себе в этом мире. Что происходит с этими базовыми убеждениями в результате экстремальных событий? Какие из них оказываются наиболее уязви-

мыми? Решение таких психодиагностических задач является не только важным для расширения психологических знаний о происхождении психической травмы, но и полезным для построения психокоррекционной работы, направленной в соответствии с лежащими в ее основе теоретическими знаниями на реконструкцию картины мира (не восстановление, а реконструкцию с включенным в нее новым опытом). Психодиагностика картины мира наряду с клиническим методом может осуществляться с помощью следующих методик:

- «Шкала базовых убеждений» (Janoff-Bulman R., 1992) адаптирована (Падун М. А., Котельникова А. В., 2008), Шайгеровой Л. А., Прокофьевой Т. Ю., Кравцовой О. А. (2008);
- методика «Смыслжизненные ориентации» — СЖО (Purpose-in-Life Test, Crumbaugh D., Maholick L., 1964), адаптирована (Муздыбаев К., 1981) и модифицирована (Леонтьев Д. А., 1992а).

Исследователи *психодинамической школы*, для которых понятие «психотравма» является основополагающей, направляют свои усилия на понимание тех психических механизмов, которые включаются в экстремальном для человека состоянии для защиты его Эго-структуры. Основное внимание психодинамически ориентированные психологи уделяют психологическим защитам, сформированным человеком в течение жизни, поскольку именно они по каким-то причинам оказываются не в состоянии выдержать обрушившиеся на психику воздействия. На смену им приходят другие — или более примитивные, или так называемые злокачественные (в случае катастрофической травматизации), позволяющие сохранить Я биологическое, жертвуя сформированной Я-структурой. Здесь в фокусе внимания — структура Я и ее защиты.

Кризис в психодинамической парадигме наиболее полно представлен в теории идентичности Э. Эриксона (1996), понимающего под идентичностью набор черт или индивидуальных характеристик (постоянных или хотя бы преемственных во времени и пространстве), делающих человека подобным самому себе и отличным от других людей. Это, по словам автора, «самая сердцевина, ядро» личности. Его же эпигенетическая теория развития личности легла в основу выделения им ступеней жизненного пути, на каждой из которых решаются конкретные психологические задачи. Переход на следующую возрастную ступень сопровождается кризисом.

Таким образом, для психологов психодинамического направления предметом изучения является структура Я, ценностная структура, защитные механизмы, бессознательные конфликты — все те психические процессы, которые принято называть глубинной психологией. Излишне пояснять, почему основным методом здесь выступает клинико-психологический.

В качестве вспомогательных могут использоваться:

- «Я-структурный» тест (Ammon G., 1976) адаптирован Ю. Я. Тупициным, В. В. Бочаровым и др. (1998);
- методика изучения ценностных ориентаций Рокич (Rockeach M., 1973), адаптирована (Леонтьев Д. А., 1992б);

- методика «Индекс жизненного стиля» — определение системы защитных механизмов психики (Plutchik R., Kellerman P., Counte H., 1979) адаптирована (Клубова Е. Б., 1995; 1998);
- проективные методы (Мясищев В. Н. с соавт., 1969, Соколова Е. Т., 1980):
 - тематический апперцепционный тест — ТАТ (H. Murray, 1943), описали (Киященко Н. К., 1965; Соколова Е. Т., 1974; Гильяшева И. Н., 1976);
 - рисуночный тест «Человек под дождем» (Романова Е., Сытько Т., 1992);
 - рисуночный тест «Несуществующее животное» (Габидулина С. Э., 1986; Дукаревич М. З., 1990);
 - методика «Незавершенные предложения» (Payne A., 1928; Sacks J. M., Levi S., 1950) апробирована (Румянцев Г. Г., 1969);
 - «Тест руки» — Hand-test (Wagner E., 1992), адаптирован (Курбатова Т. Н., 2001);
 - тест Л. Сонди (1939), модифицированный и адаптированный вариант (Собчик Л. Н., 2003).

Одним из наиболее важных факторов развития психотравматизации в экстремальных ситуациях, с точки зрения приверженцев психодинамического направления, является включение диссоциативных процессов. Прогностически важным относительно психической травмы поэтому является наличие признаков диссоциации в экстремальной ситуации. Психодиагностическим инструментом, позволяющим ретроспективно оценить наличие диссоциаций переживания экстремальной ситуации, является «Опросник перетравматических диссоциаций» (Агарков В. А., Тарабрина Н. В., 1998). В остром периоде травмы диссоциация проявляется как механизм защиты от невыносимых негативных переживаний, она оказывает анестезирующее действие, выводит индивида из соприкосновения с интенсивными болезненными чувствами и эмоциями, вызванными травмой.

Еще один опросник, направленный на изучение диссоциации — «Шкала диссоциаций» («Dissociation Experience Scale», Bernstein E. M., Putnam F. W., 1986). На русский язык опросник переведен и адаптирован В. А. Агарковым и Н. В. Тарабриной в 1999 году. В данной методике оцениваются проявления механизма диссоциации и в обыденных условиях, и в экстремальных потенциально психотравмирующих ситуациях.

В рамках *гуманистической*, или *экзистенциальной*, психологии экстремальные и кризисные состояния могут рассматриваться как переломные моменты в самореализации человека. Экстремальное состояние есть отражение острой угрозы реализации всего жизненного замысла. Кризис — поворотный, переломный момент в его осуществлении. В экстремальных состояниях психологической задачей человека является переживание нового необычного опыта, имеющего угрожающий характер (возможно, даже витальную угрозу), и интеграция его в предыдущий жизненный опыт.

В кризисе жизненный замысел и путь к его осуществлению оказываются под сомнением. Субъективное чувство тупика, безвыходности, характерное для кризиса,

свидетельствует о блокировании главной с позиций гуманистической психологии личностной цели — самоактуализации человека. Психологическими задачами переживания кризисного состояния является обретение человеком новых жизненных смыслов, новых ориентиров и ценностей. Решение этих задач не только позволяет пережить кризис благополучно, но и может вывести личность на новую ступень ее развития, расширив экзистенциальный опыт. Ревизия ценностей, пересмотр старых или поиск новых жизненных смыслов, восстановление снизившейся самооценки оказываются здесь в фокусе психологической помощи и, соответственно, психодиагностики.

Исследования самосознания, ценностной структуры методически слабо оснащены. Существуют психодиагностические инструменты, предназначенные для этих целей, например:

- методика «Ценностные ориентации» (Рокич М., 1973), адаптированная А. Голштаусом, А. А. Семеновым, В. А. Ядовым (Саморегуляция, 1979), модифицированный вариант (Леонтьев Д. А., 1992);
- методика «Ценностные ориентации личности», созданная на основе теории универсального содержания и структуры ценностей С. Шварца и У. Бильски (Schwartz S. N., Bilsky W., 1990), адаптирована (Пахомова Е. В., 2011).

Созданные для социологических опросов и в настоящее время широко используемые в различных психологических дисциплинах эти методы могут оказаться полезными не только для индивидуальной диагностики, но для исследований групп. Критерии для объединения в группы могут быть самыми разными: событие, спровоцировавшее кризис, возраст, пол, профессиональная деятельность и др.

Полезными для изучения экзистенциальных проблем являются уже упомянутый выше тест СЖО, метод Ч. Осгуда «Семантический дифференциал» (Osgood Ch. E. et al., 1968; описан Т. Л. Федоровой (1978)), который позволяет получить представления о той или иной ценности в семантическом поле как отдельного человека, так и в группе людей.

Методы, применяемые для измерения самооценки, самосознания, самоотношения, которые могут быть использованы при психологической диагностике человека, находящегося в кризисном состоянии и после преодоления кризиса — для объективации данных о восстановлении личностной идентичности и интеграции личности, следующие:

- Q-сортировка (Stephanson W., 1956), адаптирована Исურიной Г. Л. (1984); Цыцаревым С. В. (2002);
- опросник самоотношения — ОСО (Столин В. В., 1985, 1987);
- методика исследования самоотношения — МИС (Пантеев С. Р., 1993);
- методика измерения самоотношения — СОТКУ (Куницына В. Н. с соавт., 2001);
- методика определения самооценки (Дембо Т., 1962), модифицирована (Рубинштейн С. Я., 1970);

- опросник для изучения образа Я у подростков Д. Оффера (Кулаков С. А., Дементьев В. В., 1990).

В близком экзистенциальном современном *культурно-историческом подходе* выделяется *возможностная теория личности по Д. А. Леонтьеву*. В рамках этого подхода в центре внимания оказывается личностный потенциал (сила Я, сила воли, саморегуляция, жизнестойкость). Суть понятия личностного потенциала лежит в основе личностной автономии и самодетерминизации. Личностный потенциал связан не только с характером человека, но и с определенными содержательными характеристиками его личности, такими как убеждения, ценности, смыслы, но и они не являются прогностически эффективными относительно личностного потенциала в критической ситуации, когда ценности окажутся под угрозой. Сам автор указывает на методологические трудности его операционализации. Вместе с тем в соавторстве с Е. И. Рассказовой в 2006 году Д. А. Леонтьев перевел и адаптировал «Тест жизнестойкости» С. Мадди, направленный на выявление личностного конструкта, характеризующего меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и уровень успешности деятельности.

Одним из проявлений кризиса может являться дезинтеграция в мотивационно-личностной сфере — конфликт соотношения ценности и доступности ее реализации. Методика «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах», разработанная Е. Б. Фанталовой в 1996 году, позволяет обнаружить степень неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, внутреннюю конфликтность ценностной сферы, явления блокады основных потребностей, а также уровень самореализации, интегрированности, гармонии личности (Фанталова Е. Б., 1996).

Методика «Духовный кризис» (Восковская (Шутова) Л. В., Ляшук А. В., 2005) направлена на исследование явления духовного кризиса, который понимается авторами как «состояние переживания утраты бытийной основы существования, которое возникает в ответ на эмоциональную реакцию относительно индивидуально значимого события или явления и сопровождается нарушением процесса поиска сакрального». Методика позволяет определить наличие и степень выраженности переживаний, связанных с такими экзистенциальными категориями, как страх смерти, одиночество, свобода, бессмысленность, вина, ответственность, неудовлетворенность и страдание. Оценка наличия кризисных переживаний в жизни обследуемого производится в различных временных измерениях (прошлом, настоящем, будущем).

14.6. Психодиагностика последствий психической травматизации

Круг психических нарушений, возникающих вследствие психической травматизации, достаточно широк. Он включает психогенные расстройства психотического и непсихотического уровней, такие как реактивные психозы, реактивная депрессия, тревожно-фобические расстройства, расстройства адаптации, психосоматические нарушения и пр.

Дифференциальная диагностика заключается в отличии этих состояний от похожих расстройств другой этиологии. На первый план поэтому выступает необходимость установить в анамнезе наличие травматического опыта и связь с ним возникших нарушений.

Более подробно остановимся на диагностике ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) как расстройстве, специфичном по отношению к переживанию экстремальных состояний.

В задачи психодиагностики последствий экстремальных состояний и травматического стресса входит выявление травматического опыта и установление наличия и выраженности симптомов, характерных для ПТСР. С этой целью разработаны специализированные методики, направленные на диагностику симптоматики, входящей в синдром ПТСР. Комплекс таких клинико-психологических и психометрических методик, адаптированных и апробированных в Лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН, включает диагностический инструментарий, наиболее часто используемый с этой целью в мировой практике (Тарабрина Н. В., 2001). Применение этих методов позволяет на основании четко описанных критериев установить диагноз ПТСР или определить наличие симптомов, помогающих выявить признаки ПТСР. Возвращение респондентов к пережитому событию имеет, как уже отмечалось, и психокоррекционный эффект, поскольку является главной целью психотерапии ПТСР, вне зависимости от теоретической направленности психотерапевта.

Основными *клинико-психологическими методами* диагностики ПТСР являются:

- «Структурированное клиническое диагностическое интервью» (СКИД) — Structured Clinical Interview for DSM (SCID) (Davidson, Smith, Kudler, 1989);
- «Шкала для клинической диагностики ПТСР» (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS) (Blake D. D., Weathers F. W. et al., 1990).

В комплекс психодиагностического инструментария ПТСР входят также опросники:

- «Шкала оценки тяжести воздействия травматического события» — Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Horowitz M. J., Wilner N. et. al, 1979);
- «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций» (Keane T. M., 1987, 1988);
- «Шкала оценки интенсивности боевого опыта» Т. М. Кина и др. (1989).

Следует отметить, что первый психодиагностический инструмент, разработанный для этих целей в отечественной психологии и успешно себя зарекомендовавший, — это «Опросник травматического стресса» (ОТС) (Котенев И. О., 1996, 1997).

14.6.1. Методы обнаружения в анамнезе испытуемого травматического события

«Структурированное клиническое диагностическое интервью» (СКИД) — Structured Clinical Interview for DSM (SCID) включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. Так, при диагностически значимых ответах на вопросы, направленные на критерий А — наличие в опыте респондента травматического события, — интервьюер задает вопросы из следующих блоков, позволяющие получить информацию об уровне выраженности симптоматики, относящейся к другим критериям ПТСР.

«Шкала оценки интенсивности боевого опыта» Т. Кина (Combat Exposure Scale). Шкала включает 7 вопросов, касающихся характера и длительности пребывания испытуемого в условиях боевого опыта. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от 0 до 3 или от 0 до 4. Испытуемый выбирает на этой шкале позицию, максимально приближающуюся к описанию его военного опыта. Числа, соответствующие выбранным испытуемым позициям, складываются. Более высокие показатели соответствуют большей вероятности наличия у испытуемого травматического опыта.

«Опросник травматических состояний» (Life Experience Questionnaire — LEQ). Опросник относится к биографическим и направлен на оценку влияния психических травм на личность респондента. Опросник содержит четыре раздела, включающие самые различные гипотетически травматичные жизненные события (от криминальных до стихийных бедствий). Респондент отмечает ситуации, имевшие место в его биографии, и оценивает степень влияния каждого из них на его жизнь за последний год по 5-балльной шкале. Таким образом, данная методика позволяет не только выявить психотравмирующие события, но и оценить уровень травматичности каждого из них, а также установить взаимосвязь пережитого травматического опыта с актуальным психическим состоянием.

14.6.2. Специализированные методики определения уровня выраженности симптоматики ПТСР

«Структурированное клиническое диагностическое интервью» (СКИД) — модуль ПТСР. Наличие утвердительных ответов на вопросы, направленные на диагностический критерий А, дают интервьюеру основание для дальнейшей беседы по следующим блокам вопросов, направленных на диагностические критерии:

В —настойчивое повторение травматического события в переживании,

С — постоянное избегание стимулов и блокировка эмоциональных реакций, связанных с травмой,

D — постоянные симптомы возрастающего возбуждения,

E — длительность протекания расстройства (более чем 1 месяц),

F — проявления клинически значимого тяжелого эмоционального состояния или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторы методики предусмотрели возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

«Шкала для клинической диагностики ПТСР» (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS). Шкала применяется, как правило, дополнительно к СКИД. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом. CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов.

CAPS разработана в двух вариантах. Первый вариант предназначен для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение предыдущего на момент исследования месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель.

CAPS состоит из четырех разделов соответственно четырем диагностическим критериям ПТСР (A, B, C, D). Каждый раздел (кроме раздела A, в который заносится вид травматического события) включает от 5 до 7 симптомов, соответствующих данному критерию. Всего опросник включает 17 пунктов. Важно, чтобы интервьюер уточнил, что у пациента манифестация симптомов C и D произошла именно после травмы.

При проведении диагностики необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома — 1 месяц. Формулировки ключевых моментов шкал оценки могут быть зачитаны пациенту. Это позволит получить максимально корректные оценки.

С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Каждый вопрос оценивается с точки зрения выраженности симптома и частоты его проявления по пятибалльной шкале.

Оценка частоты > 1 и оценка интенсивности > 2 , отражая реальные проблемы, связанные с данным симптомом, могут служить основанием для заключения о его наличии. Эти зачетные оценки суммируются отдельно по шкале «интенсивность» (I) и шкале «частота симптомов» (F). Полученные в результате суммирования оценки складывают и получают общий балл (T). Средние шкальные оценки для групп лиц, переживших различные травматические события, полученные в каждой группе от-

дельно для людей с ПТСР и без проявлений ПТСР (норма), позволяют психологу-диагносту сопоставить оценку респондента со статистическими показателями соответствующей ему группы.

CAPS желателно использовать в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими).

«Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС) — Impact of Event Scale-R (IES-R). Первый вариант ШОВТС был опубликован в 1979 г. Горовицем с соавторами (Horowitz M. J., Wilner N. et al., 1979). Созданию этой шкалы предшествовали эмпирические исследования Горовица. Первое было посвящено изучению взаимосвязи воображения и стрессовых расстройств, которое показало, что навязчивые образы сопутствуют травматическому опыту. Второе его исследование было направлено на анализ симптомов и поведенческих характеристик для поиска стратегий индивидуального лечения в зависимости от различных стрессоров, таких как болезнь, несчастный случай, утрата любимого человека. Эта работа и привела к созданию опросника IES. Опросник состоит из 15 пунктов, основан на самоотчете и выявляет преобладание тенденции избегания или вторжения (навязчивого воспроизведения) травматического события.

Шкала IES получила широкое распространение. В многочисленных работах на различных контингентах испытуемых продемонстрировано достоинство этого инструмента.

Однако, несмотря на это, была предпринята попытка пересмотра оригинальной IES. Новый вариант IES-R способен диагностировать не только такие симптомы ПТСР, как вторжение и избегание, но и симптомы гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий DSM-IV и являются составной частью психологической реакции на травматические события. В новый вариант опросника вошло 7 дополнительных пунктов, 6 из которых относятся к критерию D «гипервозбуждения» из DSM-IV (злость и раздражительность; гипертрофированная реакция испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями; бессонница) и один вопрос добавлен на выявление флэшбэков — новый пункт «вторжения» выявляет переживаемые заново состояния, похожие на диссоциативные. Один вопрос — «У меня есть трудности с засыпанием и пробуждением» — был разделен на два независимых пункта. Первое утверждение — «У меня есть трудности с пробуждением» — имеет высокую корреляцию с пунктами субшкалы «вторжение», поэтому он был отнесен к пунктам этой субшкалы. Другое утверждение — «У меня есть трудности с засыпанием» — вошло в новую субшкалу «гипервозбуждение», так как оно сильно коррелирует с пунктами этой субшкалы и слабо с пунктами субшкалы «вторжение». Эти дополнительные пункты были случайным образом распределены между 7 пунктами вторжения и 8 избегания первой версии IES, и таким образом «Шкала оценки влияния травматического события — пересмотренная» (IES-R) стала содержать 22 пункта.

Подсчет данных обследования производится согласно «ключам». Отдельно подсчитываются суммы баллов (в соответствии с выбранными испытуемым вопросами)

по трем субшкалам опросника. Авторами методики получены средние шкальные оценки для групп лиц, переживших различные травматические события. При этом в каждой группе отдельно вычислены средние показатели для людей с ПТСР и без проявлений ПТСР (норма), что делает возможным соотнесение оценки обследуемого со статистическими показателями соответствующей ему группы.

«Миссисипская шкала» (МШ) направлена на оценку степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий (Keane T.M. et al., 1987, 1988). В настоящее время МШ является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Содержащиеся в опроснике пункты входят в 4 категории. Три из них соотносятся с критериями DSM: 11 пунктов используются для определения симптомов вторжения (B), 11 — избегания (C) и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости (D). Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности.

Исследования показали, что МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ.

«Военный» вариант МШ состоит из 35, а «гражданский» — из 39 утверждений. Каждое из утверждений оценивается по пятибалльной шкале Ликкерта. С целью сбалансирования «тенденции согласия» опросник включает не только прямые пункты, согласие с которыми испытуемого оценивается как наличие у него того или иного искомого признака (симптома), но и так называемые обратные пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми. Подсчет результатов осуществляется путем поэтапного суммирования баллов по прямым и обратным утверждениям. Итоговая оценка МШ, позволяющая выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта, представляет собой сумму двух промежуточных суммарных показателей прямых и обратных пунктов.

Итоговый показатель, полученный с помощью методики, может быть сопоставлен со среднестатистическими показателями (отдельно для «гражданского» и «военного» вариантов МШ), полученными на различных выборках популяции, подвергшейся воздействию потенциально психотравмирующих событий (ветераны войны в Афганистане, ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС, беженцы, профессионалы, род деятельности которых связан с постоянным риском для здоровья и жизни), а также на нормальной популяции.

«Краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР» Б. Б. Харта (1996) переведена на русский язык и адаптирована И. О. Котенёвым (1996). Шкала предназначена для первичного выявления признаков ПТСР у лиц, переживших любого рода психические травмы. Шкала состоит всего из 10 пунктов и предполагает ответы «да» или «нет» на ясно сформулированный вопрос: «Со времени пережитого критического инцидента (чрезвычайных обстоятельств) или психической травмы испытываете ли Вы в большей степени, чем обычно, следующие состояния?» Обработка результатов состоит в про-

стом подсчете количества утвердительных ответов: чем больше ответов «да» дает обследуемый, тем выраженнее у него негативные психологические последствия травматизации, такие как тревога и депрессия — наиболее специфичные проявления ПТСР. Пороговым значением для определения наличия нарушений психического состояния являются более 4 ответов «да». Психолог должен создать у испытуемого установку на трезвую и искреннюю оценку своего психического состояния: необходимо снять тревогу в связи с предполагаемым использованием диагностики.

Эту шкалу целесообразно использовать для скрининговых обследований больших контингентов, в том числе в полевых условиях. Она может применяться и в качестве инструмента самодиагностики последствий психической травмы, а также включаться в анкетные опросы личного состава, направленные на выявление лиц, нуждающихся в психологической поддержке или помощи.

«Опросник травматического стресса» (ОТС) разработан И. О. Котенёвым (1996, 1997). Опросник состоит из 110 пунктов-утверждений, часть которых взята из других методик — СМИЛ Собчик Л. Н. (1990) и Опросник диссоциативности DIS-Q (Van der Hart O., 1993), а остальные сформулированы специально для ОТС.

Особенность опросника заключается в направленности на психодиагностику не только ПТСР, но и острого стрессового расстройства (ОСР). Другое отличие этой методики от рассмотренных выше — возможность получения стандартных оценок.

56 пунктов являются ключевыми для оценки выраженности симптомов пост-стрессовых нарушений: А(1) (событие травмы), В (повторное переживание травмы — вторжение), С (симптомы избегания), D (симптомы гиперактивации), F (дистресс и дезадаптация) и ОСР: А(1) (событие травмы), b (диссоциативные симптомы), с (повторное переживание травмы — вторжение), d (симптомы избегания), e (симптомы гиперактивации), f (дистресс и дезадаптация); 15 пунктов входят в дополнительную шкалу депрессии, отражающую наличие у испытуемого чувства вины, пониженный фон настроения и ряд других специфичных проявлений психогенного депрессивного состояния; 9 пунктов составляют три оценочных шкалы («ложь», «аггравация» и «диссимуляция»), позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, в опросник включены резервные и маскирующие утверждения, препятствующие произвольному пониманию испытуемым основной направленности теста. С целью сбалансирования тенденции согласия опросник включает прямые пункты, согласие с которыми испытуемого оценивается как наличие у него того или иного искомого признака (симптома), и так называемые обратные пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми.

Согласно инструкции, испытуемому предлагается с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») оценивать каждое из утверждений, исходя из его соответствия собственному состоянию.

Тестирование может проводиться индивидуально или в форме группового обследования, так как опросник имеет единую форму предъявления и начинается с письменной инструкции.

Итоговые показатели ПТСР и ОСР получаются в результате суммирования значений основных субшкал:

$$\text{ПТСР} = A(1) + B + C + D + F \text{ и } \text{ОСР} = A(1) + b + c + d + e + f.$$

Полученные сырые значения переводятся в Т-баллы по следующей формуле:

$$T = 50 + 10(x - M)/S,$$

где Т — результат в Т-баллах, х — сырой результат по соответствующей шкале опросника; М — среднее значение шкалы (по нормативной выборке); S — стандартное отклонение (по нормативной выборке). Для перевода сырых оценок в Т-баллы можно использовать также специальные таблицы. Предусмотрена как табличная (в сырых очках и Т-баллах), так и графическая форма вывода результатов. Графическое представление результатов наиболее удобно для интерпретации, так как дает наглядную картину места испытуемого по отношению к среднестатистической норме: чем дальше результат в Т-баллах отклоняется вверх от 50, тем более выраженной является та или иная группа симптомов.

Интерпретация результатов производится на основе как итоговых показателей ПТСР и ОСР, так и субшкал опросника, позволяющих судить об относительной выраженности отдельных групп симптомов. Учитывая сильную положительную корреляцию, существующую между оценками ПТСР и ОСР, в случаях, когда с момента травматизации прошло достаточно много времени (3 месяца и более), можно ограничиться анализом только показателей ПТСР. Если же обследование проводилось непосредственно после критического события (в течение 1 месяца), то целесообразно проанализировать структуру ОСР.

Для качественной интерпретации показателей ОТС следует принимать во внимание континуальную природу постстрессовых нарушений, анализировать структуру профиля. Автор рекомендует следующие операциональные критерии оценки степени выраженности постстрессовых состояний: при значениях шкал ниже 50 Т-баллов симптоматика, как правило, отсутствует; в диапазоне от 50 до 65 Т-баллов могут проявляться отдельные незначительно выраженные симптомы постстрессовых состояний; Т-баллы ПТСР или ОСР, равные 65–70, обычно соответствуют диагнозу частичного ПТСР или ОСР; при значениях выше 70 Т-баллов вероятность клинически выраженных расстройств заметно возрастает, а в случаях превышения уровня 80 Т-баллов необходимо уточнение клинического диагноза ПТСР или ОСР.

14.6.3. Неспециализированные методики психодиагностики последствий психической травмы

Последствия пребывания человека в травматических ситуациях не ограничиваются развитием ОСР или ПТСР. Диапазон клинических проявлений последствий сверхэкстремального воздействия на психику человека, как уже отмечалось, выражается широким континуумом разных форм психических нарушений. Кроме того, выявлена

коморбидность ПТСР и депрессии, панического расстройства и зависимости от психоактивных веществ.

В связи с этим наряду с опросниками, сконструированными строго в соответствии с диагностическими критериями ПТСР, в психодиагностический инструментарий, направленный на выявление последствий экстремальных и кризисных состояний, входят различные методы, используемые в практике клинического психолога. Речь идет в первую очередь о методиках, направленных на диагностику уровня тревоги, депрессии, психосоматических жалоб. Также при психодиагностике последствий травматизации применяются методы для выявления аддиктивного и суицидального поведения.

Симптоматически ориентированные методики для выявления последствий экстремальных и кризисных состояний:

- шкала Тейлор для оценки тревоги (Taylor J., 1953);
- методика «Определение уровня тревожности» (Spielberger C. D. et al., 1970), адаптирована Ю. Л. Ханиным (Ханин Ю. Л., 1976);
- шкала Гамильтона для оценки тревоги — «Hamilton anxiety rating scale» (HARS) (Hamilton M., 1959);
- опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН) (Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., 1973);
- шкала депрессии Бека (Beck A. T. et al., 1961), адаптирована (Тарабрина Н. В. и др., 1997, 2001);
- шкала самооценки депрессии (Zung W., 1965), адаптирована (Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1988);
- шкала Гамильтона для оценки депрессии — «Hamilton depression rating scale» (HDRS) (Hamilton M., 1960, 1967);
- шкала оценки депрессии Монтомгери — Асберг — «Montgomery — Asberg depression ratingscale» (MADRS) (Montgomery S. A., Asberg M., 1979);
- опросник депрессивных состояний (ОДС) (Беспалько И. Г., 1995);
- клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К. К., Менделевич Д. М., 1978);
- симптоматический невротический опросник (SIO) (Aleksandrowicz J. W., 1981), адаптирован (Кайдановская Е. В., 1987);
- гиссенский опросник соматических жалоб (Психосоматический тест (ПСО)) (Brähler E., Skheer J., 1983), адаптирован (Трегубов И. Б., Бабин С. М., 1992; Абабков В. А. и др. (1993);
- многошкальный опросник (BVNK-300) (Hansgen K. D., 1982), модифицирован коллективом авторов научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в 1998 году — «Опросник для определения невротических и неврозоподомных нарушений» (ОНП) (Вассерман Л. И. и др., 1998);
- опросник уровня невротизации и психопатизации (УНП) (Ласко Н. Б., 1978);

- шкала для экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) (Иовлев Б. В. и др., 1995);
- опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Check List — 90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis L. R., 1983) адаптирован и апробирован (Тарабрина Н. В. и др., 2001).

Кроме того, при исследовании психических последствий пережитого травматического инцидента используют методы, направленные на изменение самооценки, особенности межличностного и социального функционирования, семейных взаимоотношений, эмоциональных особенностей. Как и при психологической диагностике экстремального и кризисного состояния доклинического уровня, направленность психодиагностики в клинике последствий психологической травматизации и выбор конкретных психологических методик зависят от теоретико-методологической ориентации исследователя или практика-психолога.

В завершение следует напомнить, что клинико-психологический метод является основным для психолога, работающего в области экстремальной и кризисной психологии. Какого бы теоретического направления ни придерживался психолог, какие методики бы он ни использовал, главным инструментом в его работе является взаимодействие психики двух людей — человека, переживающего кризисное или экстремальное состояние, и психолога-профессионала. Это особый вид профессионального взаимодействия, выдвигающий ряд требований к специалисту, важнейшим из которых является умение осознавать собственные чувства и мотивы поведения в контакте с другим. Такое требование справедливо для любой работы клинического психолога, но при кризисном вмешательстве становится исключительно важным.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные задачи психодиагностики экстремальных и кризисных состояний.
2. В чем заключаются трудности психодиагностики экстремальных состояний?
3. Опишите особенности и проблемные стороны психодиагностики кризисных состояний.
4. Что общего и в чем различия направленности диагностики экстремальных и кризисных состояний?
5. Обозначьте основные задачи психодиагностики и соответствующий им инструментарий в зависимости от различных теоретико-методологических направлений.
6. Какие методы, специально разработанные для психологической диагностики последствий психической травматизации, вы знаете?
7. Перечислите методы, направленные на выявление наличия травматического события в жизни человека.

Глава 15

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

15.1. Значение психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях

15.2. Задачи психологической помощи

15.3. Принципы и механизмы психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях

15.4. Экстренная психологическая помощь

15.5. Методы психологической помощи

15.6. Реабилитация

15.7. Специальная психологическая помощь

15.8. Балинтовские группы

15.1. Значение психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях

Психологическая помощь — это *психологическое влияние* одного человека на другого (группу), осуществляемое в интересах того (тех), на кого это влияние оказывается. Психологическое влияние — воздействие на состояние, мысли, чувства и действия другого человека с помощью психологических средств.

Психологическая помощь в узком значении — эмоциональная поддержка. На простейшем уровне — это наличие отношений, разговор и выслушивание или совместная деятельность и объединение людей для решения текущих жизненных задач.

Эмоциональная поддержка, основанная на принятии и сопереживании, в большинстве случаев выступает как необходимое условие эффективности психологической помощи.

Профессиональная психологическая помощь отличается тем, что исходит из корректно сформулированных, непротиворечивых, научно обоснованных представлений относительно ее необходимости и интересов клиента. Действуя в интересах другого человека, профессионал может использовать специально разработанные приемы, любые из известных методов психотерапии, адекватных этим представлениям. Однако следует вернуться к исходному определению психологической помощи и подчеркнуть, что эти приемы и методы предоставляются клиенту опосредованно, с использованием психологических средств (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2004; Ялов А. М., 2010; Ялом И., 1999).

Выражение «психологическая помощь» в значительной степени ассоциируется с теми стандартными ситуациями, которые в массовом порядке обозначаются словами «кризисные», «экстремальные» и «чрезвычайные». Так, это болезни с витальной угрозой, насилие, последствия природных и техногенных катастроф и др.

Словосочетание «психологическая помощь» получило широчайшее распространение в силу организационных причин. С одной стороны — объяснимое стремление уйти от негативно окрашенных психиатрических ассоциаций в слове «психотерапия». Словосочетание «психологическое консультирование» также вызывает ассоциацию взаимных обязательств, психологическую контрактность отношений, тогда как «помощь» оставляет место ассоциациям с односторонностью, односторонностью, когда страдающий человек временно «освобождается от обязательств» (Кочюнас Р., 1999).

Профессиональная психологическая помощь может быть диагностической, консультативной, психотерапевтической. Однако ее отличием, *спецификой* по сравнению с психотерапией и консультированием является необязательность информированного согласия, предварительного осознания клиентом своих интересов (запроса), а также переговоров по поводу их выявления или формирования. Другими словами, допускается неопределенность контракта.

Контракт психотерапии в широком смысле — это контракт психологический и (или) медицинский. А в случае психологической помощи контракт может быть намного шире. Психолог может также выполнять некоторые функции спасателя или быть агентом социальной помощи. Так, он может информировать и организовывать

взаимодействие с социальными службами. (Надо заметить, что факт смешения роли психотерапевта с другими ролями в целом в психотерапии не приветствуется, хотя последовательными противниками такого смешения социальных ролей являются преимущественно психотерапевты психодинамической ориентации.)

Психолог может сам проявить инициативу контакта и в некоторый момент считает возможным предложить помощь в уместных формулировках.

Психологическая помощь предлагается социумом. Социум (государственная структура) посылает сообщение, которое символически презентует следующую последовательность: «У нас есть психолог, контакт с ним будет Вам полезен. Вам надо поговорить с психологом». В некоторых случаях негласно подразумевается, что психологическая помощь включена в «пакет спасательных услуг». И мотивом пострадавшего может быть желание отблагодарить за спасение или страх проявить неблагодарность. Другой возможный мотив связан с представлением о том, что последующая социальная помощь, включая объем бесплатного лечения, финансовые компенсации и т. п., зависит от дисциплинированности, согласия принять весь пакет помощи, предлагаемый государством.

В результате *мотивация* клиентов при вступлении в контакт со специалистом по оказанию психологической помощи может быть классифицирована следующим образом:

а) *поиск* — стремление получить для себя услугу по изменению в психологической или медико-психологической сфере;

б) *жалоба* — указание на других людей и обстоятельства как источник своего дискомфорта и желание, чтобы психотерапевт повлиял на них. Представление о собственной роли ограничивается предоставлением информации;

в) *визит* — невозможность в силу социального или семейного давления (прямого или косвенного) избежать вынужденного контакта с психотерапевтом или психологом, желание быстрее сделать отметку о посещении и прекратить нежелательный, ненужный контакт.

Целью психологической помощи человеку, находящемуся в кризисной или (и) экстремальной ситуации, может быть развитие личности, профилактика последующих нервно-психических расстройств, коррекция острых эмоциональных состояний, психотерапия, реабилитация (Бурмистрова Е. В., 2006).

Помощь оказывается для поддержания и восстановления стабильного функционирования личностной и социальной систем и может выступать одним из факторов, способствующих скорому и успешному восстановлению психосоциальной адаптации. Непатологическая адаптация должна диалектически рассматриваться как социальная адаптация в контексте ресоциализации, интеграции полученного опыта.

Облегчение эмоционального состояния клиента не является ни основной, ни конечной задачей психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях.

Боль, страдание, отрицательные эмоции — все это разные языковые описания для феномена, возникшего в ходе биологической эволюции. И этот феномен имеет сигнальное значение — боль является информацией индивиду для принятия решения и действия. При бесстрастном рассмотрении это положение очевидно. Для человека

способность к осознанию себя, способность к отражению есть его специфичность. При обращении к сфере эмоциональных страданий можно видеть, что избавление от боли (в широком значении — негативного сигнала) зачастую становится самостоятельной и доминирующей задачей. Избавление от боли рассматривается как самодостаточная предпосылка для восстановления удовлетворительного функционирования человека. Однако данный тезис не так уж однозначен и очевиден — восстановление прежнего функционирования без внесения изменения в собственную жизнь, без личностного отражения не учитывает угрозы, о которой сигнализирует боль.

В случае оказания профессиональной психологической помощи огромное значение имеют как понимание общебиологической сущности страдания, так и понимание различий между страдающим человеком и психологом. Это означает, что исходные задачи двух человек могут не совпадать. Страдающий человек хочет избавления от боли, психолог справедливо видит свою роль в том, чтобы помочь человеку измениться и тем самым внести изменения в свою жизнь. В связи с этим необходимо подчеркнуть два аспекта в отношениях между непрофессионалом и профессионалом, которые присутствуют в любых, без исключения, профессиях. Это связанные между собой переменные «доверие — недоверие» и «требовательность — потакание». Чем выше доверие между психологом и клиентом, тем более результативной может быть требовательность психолога.

В контексте вышесказанного важно понимание *требовательности* как принципиальное *побуждение* страдающего человека к *активности*, к *изменению*. Со стороны профессионала это несогласие, непринятие вполне понятных, но нереалистичных надежд клиента на чудо без собственного участия. Профессионал с пониманием относится к различиям в темпе, скорости изменений у клиента, но не к его отказу от управления собственной жизнью. В ходе психологической помощи такая требовательность может проявляться в настойчивости. Психолог последователен в проведении курса на участие клиента в предлагаемых ему взаимодействиях, даже если эти взаимодействия (вопросы, задания и т. п.) неприятны, болезненны, просто трудны и, таким образом, сопровождаются в этот момент усилением напряжения клиента.

И вот здесь-то пролегает четкая граница между профессиональной позицией и житейским сомнением непрофессионала: «Разве можно создавать напряжение у человека, которому плохо, разве можно обращаться к темам, вызывающим негативные переживания?» (особенно, если собеседник затрагивает темы, актуализируемые кризисными и экстремальными ситуациями — связанные с инвалидизацией, смертью, утратой близких и т. п.). Но ответить на этот вопрос просто. Да, можно вызывать, усиливать напряжение у страдающего человека, так как профессиональная психологическая помощь не рассматривается как снятие напряжения. В утрированном, концентрированном виде можно сказать так: клиент изначально рассматривает психолога как таблетку для снятия боли, тогда как профессионал, являясь экспертом, осознает себя и предлагает себя в роли собеседника активизирующего, более того — дисциплинирующего. Руководящим принципом является понимание, что любая помощь — мера временная, и она обеспечивает для человека процесс перехода.

15.2. Задачи психологической помощи

Профессиональная психологическая помощь в кризисных и экстремальных ситуациях является помощью в решении психологических задач личности.

Необходимо определить, что психологическая задача личности — это задача по созданию, поддержанию и восстановлению эмоциональных и мотивационных предпосылок для успешного социального и психосоматического функционирования. Очевидно, что успешное решение психологических задач, ведущее к наиболее полному социальному и психосоматическому функционированию, есть самая лучшая психопрофилактика, а в случае клинических нарушений — и обязательный компонент психотерапии.

Психологической задачей личности в случае *кризисной ситуации* является интенсивная внутренняя работа, связанная с переоценкой и переосмыслением жизненных ценностей, приоритетов, целей. Естественно, что при этом меняется эмоциональное состояние человека, а также то, что в период этой дезорганизации он не всегда может дать себе отчет о своих действиях. Такая задача появляется в связи с невозможностью продолжать прежний привычный образ действия. В *экстремальной ситуации* привычные способы личностной активности оказываются неадекватными лишь ситуативно. Внешние по отношению к человеку обстоятельства позволяют личности вернуться к прежнему образу жизни, к привычному функционированию систем. И в случае экстремальной ситуации психологическая *задача личности* является задачей по изменению картины мира, решение которой предполагает изменения, ведущие к образованию латентных ресурсов, повышающие пластичность, готовность встретиться с большим числом разнообразных стимулов (Бочаров В. В., Карпова Э. Б. и др., 2010).

Дисфункции, нарушения клинического и субклинического уровней связаны с затруднениями, неэффективностью в решении описанных выше психологических задач личности. Дисфункция в широком смысле — это зафиксировавшаяся патологическая реакция, т. е. организм научился, а затем привык так реагировать на субъективно длящийся стимул (угроза нападения на улице, угроза землетрясения, инвалидность). Тогда можно поставить задачу переобучения другим способам реагирования или, если это возможно, задачу переоценки субъективно длящегося стимула. Такая переоценка и обучение возможны только после *восстановления функционирования во времени*, устранения диспропорций психических процессов, когда прошлое не вытесняется, а будущее не отрицается. Так, аффективная погруженность, привязанность к событиям своего прошлого объясняется тем, что пока человек переживает событие, он символически создает ощущение управления прошлым, возможности обратить события.

Необходимо, чтобы к человеку вернулось *субъективное ощущение управления ходом собственной жизни*, чтобы величина неопределенности и, соответственно, тревоги стала управляема. Нет ничего парадоксального в том, что у многих людей, оказавшихся в «свежей» экстремальной ситуации, имеются также кризисные ситуации в той или иной сфере. И тогда необходимо создание иерархии решения кризисов, дающей возможность распределения ресурсов.

И наконец, клиенту предстоит находиться в состоянии переживания и осознания. Это позволит принять и в дальнейшем *интегрировать, интериоризировать опыт*, полученный при прохождении кризисной или экстремальной ситуации. Человеческий опыт может сопровождаться как положительными эмоциями, так и сильными отрицательными, но в любом случае он является источником мудрости — знания, потенциально направленного в будущее клиента. Важно помочь человеку структурировать этот опыт, сделать его доступным. Часто в ходе психотерапии приходится узнавать о трагических событиях, имевших место многие годы тому назад, — и выясняется, что люди могут становиться сильнее. Вот слова женщины, врача-педиатра по профессии. По прошествии определенного времени после смерти ее ребенка она смогла сказать: «Теперь я понимаю, что чувствуют родители детей, которых нам не удастся спасти... и теперь я не прячу глаза, а помогаю человеку пережить эту весть» (Ахола Т., Фурман Б., Ялов А. М., 2000).

Оказание психологической помощи необходимо представлять и описывать как процесс непрерывной коммуникации, каковым она и является по существу. Отправной точкой этого рассмотрения является то, что любую психологическую функцию человека и в случае нормы, и в случае патологии надо понимать как проявление констелляции эмоциональных, когнитивных и поведенческих характеристик. И эта констелляция крайне подвижна, непрерывно меняется. Однако степень этой динамичности зачастую недооценивается. Для удобства тот или иной текущий срез в жизни человека рассматривается как статичный, поддающийся описанию как нечто существующее сейчас объективно, как некая вещь. Такая позиция вполне уместна в научном исследовании. Но в психологической помощи такая позиция довольно рискованна с точки зрения получения желаемого результата.

Опишем две модели коммуникации. Первая — проблема как вещь. Психолог стремится к тому, чтобы клиент к концу встречи расстался с этой вещью. Исследовательскую позицию профессионала для этой первой модели можно символически выразить нередко задаваемым вопросом: «Какая у клиента проблема?»

Вторая модель: клиент принес с собой понимание и переживание своей ситуации в виде «X». Условно, через 5 минут коммуникации эта констелляция «X» превратилась в «X₁». Через короткое время в результате эмоционально-когнитивной переработки (интенсифицированной самой коммуникацией) «X₁» трансформируется в «X₂». Для такой коммуникативной модели вместо диагностического вопроса «Какая проблема?» уместны вопросы: «Как клиент *сейчас* видит свою ситуацию? Существует ли другой взгляд на ситуацию? А как еще можно ее понимать и какие изменения следуют из нового понимания?» Такой взгляд позволяет профессионалу быть более чувствительным к этим изменениям клиента, происходящим во время контакта. Он позволяет замечать их для себя и подкреплять их для клиента. Такое изменение фокуса восприятия у профессионала приводит к быстрому включению эффекта ожидания (*эффект Пигмалиона*). Это позволяет еще более интенсифицировать процесс психологического изменения у клиента, что является одним из условий краткосрочности, важной в случае психологической помощи.

Практическим следствием вышесказанного является включение в профессиональную подготовку специалистов по оказанию психологической помощи многих аспектов, присущих подготовке психотерапевтов (Ялов А.М., 2010; Ялом И., 1999). Специалист по оказанию психологической помощи должен уметь концентрироваться на понимании решаемой в данный момент психологической задачи клиента, четко формулировать положительный психологический исход. Ставить перед собой вопросы и отвечать на них: «Какая личностная психологическая задача стоит перед моим собеседником? Что хорошо для него именно в психологической сфере и именно сейчас? Какие изменения полезны ему сейчас?» И научиться слово «сейчас» в данном контексте понимать буквально, развивая чувствительность к микроизменениям и, соответственно, реагируя на эти микроизменения.

Таким образом, можно сделать вывод о существовании ряда отличий, характеризующих взаимодействие психолога с людьми, находящимися в кризисных и экстремальных ситуациях. Эти отличия заключаются в цели, понимании задач, ролевой многозначности специалиста и организации процесса взаимодействия, но не затрагивают сущности процесса, факторов, посредством которых помощь реализуется.

15.3. Принципы и механизмы психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях

15.3.1. Принципы психологической помощи

Психологическая помощь в кризисных и экстремальных ситуациях имеет свою специфику, обусловленную объективными и субъективными обстоятельствами. Эта специфика дает основания для выделения собственных принципов психологической помощи, не зависящих от принадлежности психолога к той или иной психотерапевтической школе.

Самым общим (фундаментальным) принципом является *направленность работы на устойчивое изменение*, в результате которого человек обретает субъективное ощущение управления ходом собственной жизни и восстанавливает упорядоченную и непротиворечивую картину мира, естественной частью которой он является.

Составляющей этого общего принципа является *принцип нормализации*, определяющий специфику изменения, суть которого заключается в принятии своего поведения в травматической ситуации как нормального и уверенности в возможности вернуться к нормальной жизни (Пергаменщик Л. А., 2004).

Определяемыми спецификой кризисной и экстремальной ситуации являются также:

- *принцип безотлагательности;*
- *принцип приближенности к месту событий.*

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше ве-

роятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства.

Суть принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма».

Определяемыми спецификой последствий перенесенных переживаний являются:

- *принцип партнерства и повышения достоинства личности* (или принцип достижения самоэффективности);
- *принцип индивидуальности* (или принцип создания личной теории излечения);
- *принцип самовыражения*.

Процесс терапии в эмоциональном плане включает в себя повторные переживания, избегание, повышенную чувствительность и самообвинение. Человек после катастрофы, с опытом жестокого обращения, с униженным достоинством и бессилием — это человек с травмированным чувством собственного Я. Но такое же бессилие могут чувствовать и те, кто остался живым после катастрофы, но не подвергался жестокости и унижению. Поэтому партнерство в терапевтическом альянсе является значимым фактором выздоровления. Работа по преодолению кризисных событий — это совместное путешествие, где известно лишь общее направление и где при встрече с каждым новым препятствием или преградой нужно быть готовым находить новые пути. Исцеляющее общение и сотрудничество приводят к взаимному доверию, к росту чувства собственного достоинства, веры в свои силы и к жизнестойкости.

Каждый человек имеет свой путь восстановления после перенесенного стресса и полученной травмы. Поэтому психолог должен понимать и ценить индивидуальные переживания, индивидуальный способ посттравматической регуляции, быть готовым к особым проявлениям переживаний и перехода на нормальный режим жизнедеятельности. Личный сюжет клиента создает свое собственное символическое и метафорическое пространство, в котором могут состояться примирение с прошлыми событиями и возникнуть новые чувства оптимизма и уверенности в завтрашнем дне. Принцип индивидуальности иногда противоречит принципу снятия уникальности переживания.

Работа над собой любым путем, через отреагирование горя или страха, выражение своих чувств по отношению к травмирующим образам в иносказательной истории или общении с другими участниками, через выработку своей системы ценностей или обращение к юмору, способствует исцелению. Терапевту необходимо поощрять все составляющие процесса выздоровления, так как он является проводником и тренером, открывающим перед клиентом или участниками группы новые подходы и навыки, которые находились в латентном состоянии.

Принципиальным правилом является понимание того, что любая помощь — мера временная, которая обеспечивает для человека процесс перехода к будущему устойчивому состоянию его жизнедеятельности.

15.3.2. Психологические механизмы изменений в психотерапии

Главным результатом психологической помощи является достижение необходимых и желаемых изменений у субъекта воздействия. По мнению Дж. Зейга, изменению в психотерапии подлежат «убеждения, способы познания, поведение, вытесненные переживания, непрерывно происходящее восприятие самого себя или окружающего мира» (Психотерапия..., 2009, с. 15).

Для оказания эффективной и результативной помощи в кризисных и экстремальных ситуациях необходимо точно понимать сущность и различия таких понятий как *условия, факторы, методы и технологии* психологической помощи, а также *психологические механизмы изменений* у субъекта в процессе психотерапии.

Психотерапевтические условия — это достаточно широкое понятие, включающее в себя весь спектр организации процесса психологической помощи, от сеттинга — организации пространства и времени — до психологической атмосферы принятия, безоценочности, поддержки, эмпатии и т. п., которые создают наиболее благоприятные обстоятельства для позитивных изменений у субъекта.

Психотерапевтические факторы — более узкое понятие, в котором выделяются отдельные, наиболее значимые (действенные) условия, инициирующие необходимые и желательные изменения у субъекта. Например, *психотерапевтический контакт* (альянс), а также *контракт* являются одновременно и условием, и фактором для психологических изменений у субъекта.

Методы и технологии — это специально организованная система воздействий на субъекта психотерапии для достижения у него планируемых изменений.

В учебниках по психотерапии и консультированию обычно выделяются факторы и условия, способствующие изменениям, а также виды воздействий и вмешательств, инициирующие их. Представитель экзистенциальной психологии И. Ялом в книге «Теория и практика групповой психотерапии» писал: «Я считаю, что терапевтическое изменение — это чрезвычайно сложный процесс, который возникает в запутанном переплетении элементов человеческого опыта, и эти элементы я буду называть “терапевтическими факторами”» (Ялом И., Лесц М., 2009, с. 21). Он выделил следующие 11 первичных факторов психотерапии: 1) вселение надежды; 2) универсальность переживаний; 3) снабжение информацией; 4) альтруизм; 5) корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы; 6) развитие навыков социализации; 7) имитационное поведение; 8) межличностное (интерперсональное) научение; 9) сплоченность группы; 10) катарсис; 11) экзистенциальные факторы.

Эти факторы И. Ялом рассматривал в контексте групповой психотерапии. Однако большинство из них применимы и к индивидуальной психотерапии, за исключением сплоченности, являющейся исключительно феноменом групповой динамики. Из этих факторов *собственно психологические механизмы* — это только катарсис, имитационное поведение и межличностное научение. Остальные являются либо психотерапевтическими условиями, либо частью методов и техник.

В современной практике психологической помощи такие понятия, как «механизмы психологической защиты личности» и «механизмы совладания (копинг-ме-

ханизмы)» являются всеобщими и рассматриваются как универсальные вне зависимости от концептов отдельных психотерапевтических школ.

Понятие «*психологические механизмы изменений*» также универсально, оно принципиально отличается от условий, факторов и методов тем, что является исключительно интрапсихическим, т. е. эти механизмы целиком происходят внутри субъекта. Примером может служить общеизвестный психологический механизм «интериоризации» в трактовке Л. С. Выготского (Выготский Л. С., 1983).

Процессы изменений у человека происходят в соответствии с законами общих теорий изменений (И. Пригожина, В. Арнольда, Э. Лоренца и др.), положениями психологических теорий возрастных изменений, в частности теории Л. С. Выготского, психологической концепции изменений К. Левина. Ими задаются общие концептуальные рамки работы психологических механизмов изменений.

Концепция изменений в теории Курта Левина предполагает фазовую (циклическую, т. е. повторяющуюся) природу процесса психологических изменений в психотерапии, состоящую из трех фаз: «размораживание», «изменение/движение» и «повторное замораживание».

Таким образом, в терминах процесса психотерапии эти три фазы цикла изменений включают в себя:

фаза 1. *Временное «изменение-сдвиг»* («размораживание» по К. Левину — нарушение стабильности системы) — временное, непродолжительное, неустойчивое. Сдвиг обязательно предшествует устойчивому изменению, он расшатывает привычную картину мира и ощущения себя в нем субъектом. Фундаментальная основа изменения-сдвига — эмоциональная, т. е. изменение эмоционального состояния, сильное переживание, эмоция, чувство. Иначе говоря, уже само переживание кризисной или экстремальной ситуации является предпосылкой развития устойчивых расстройств как антипсихотерапевтического изменения. Именно на этом основан принцип безотлагательности психологической помощи, который позволит избежать негативных последствий и даже способствует личностному росту субъекта;

фаза 2. *Устойчивое «изменение-переструктурирование»* — системное новообразование в структуре личности, стабильное и структурированное. Основа изменения-переструктурирования — смена смыслов, значений или появление новых. То есть человек именно в этой фазе психотерапии приходит к субъективному ощущению управления ходом собственной жизни и восстанавливает упорядоченную и непротиворечивую картину мира и себя в нем. В данной фазе обязательно происходит изменение эмоциональной оценки-отношения к миру, событиям и к самому себе;

фаза 3. *Стабильное «изменение-действие»* (закрепление и стабилизация новой системы) — новые устойчивые виды поведения, реакций, эмоциональных состояний. Результатом изменения-действия является изменение поведения-реакций, достижение устойчивых эмоциональных состояний, эффективных механизмов саморегуляции и работа копинг-механизмов личности.

Модель К. Левина стала общепринятой при работе с психотерапевтическими группами, а также с организациями, где они рассматриваются как стадии или сту-

Таблица 15.1. Модели психологической помощи на основе психотерапевтических школ

Направления психотерапии и консультирования	Фокус исследования и объект вмешательств	Цель и способы — результат (личностный рост)
Психодинамическое	Бессознательные механизмы детерминации поведения	Развитие и укрепление Эго (осознание)
Гуманистическое	Человеческий потенциал и условия его реализации	Развитие и реализация человеческого потенциала (самоактуализация)
Экзистенциальное	Индивидуальное переживание бытия-в-мире в ракурсе экзистенциальных проблем	Открытое отношение к бытию и понимание личного смысла существования (индивидуация)
Когнитивно-бихевиоральное	Внешние и внутренние (когнитивные) детерминанты поведения	Управление изменениями поведения (самоэффективность)

пени развития изменений. Иначе говоря, объект «размораживания» и другие представляют собой группу. Тем не менее циклическая динамика процесса психотерапии применима как к изменениям группы, так и к отдельному клиенту, т. е. она универсальна. Индивидуальный цикл изменений участника группы может не совпадать с циклом и фазами развития группы, но происходит по той же схеме. Феномен более быстрых и радикальных изменений у субъектов в группе стимулируется тем, что сама группа одновременно проходит аналогичный процесс. В индивидуальной психотерапии механизмы изменений иницируются труднее, количество циклов изменений больше, они менее выражены, процесс психотерапии развивается по спирали. Это вынуждает психотерапевта постоянно оценивать достигнутые результаты, соотнося их со своими планами и прогнозами.

Различные теоретические конструкторы психологических механизмов изменений были выявлены в ходе обширного анализа концепций личностного роста (Фрейд-жер Р., Фэйдимен Д., 2002), для которых задаются модели личностного роста в консультировании и психотерапии в разных теоретических направлениях (табл. 15.1).

Само понятие «психологический механизм» очень широкое и подразумевает наличие в себе совокупности факторов, условий и закономерностей взаимодействия человека с окружающей действительностью, которые обеспечивают функционирование человека в окружающем мире. Разные авторы по-разному интерпретируют это понятие, рассматривая его как структурный или процессуальный аспект явления. В частности, Л. С. Выготский, рассматривая процесс психического развития, оттачивался от вопроса, чем оно вызвано, и определил в качестве его механизма систему отношений между индивидом и средой (Выготский Л. С., 1983).

Ряд определений понятия «психологический механизм» сходится в одном — оно отражает процесс личностного развития и не противоречит пониманию целей пси-

хологической помощи. Л. И. Анцыферова определяет «психологические механизмы» как «закрепившиеся в психологической организации личности функциональные способы ее преобразования, в результате чего появляются различные новообразования, повышается или понижается уровень организованности личностной системы, меняется режим ее функционирования» (Анцыферова Л. И., 1981, с. 8).

Следовательно, *психологическим механизмом изменений* в психотерапии является особым образом выстроенный внутренний (интрапсихический) процесс, который позволяет преобразовать устойчивые эмоциональные состояния субъекта, его систему отношений к себе и окружающему миру, его поведение и реакции на происходящие события, его систему ценностей и смыслов в сторону повышения уровня психологического благополучия и жизнестойкости личности.

Анализ концептуальных моделей различных психотерапевтических школ и направлений позволил выделить следующие феномены, отвечающие определению психологических механизмов изменений в психотерапии (Беркалиев Т. Н., 2012б).

1. Осознание (в том числе его высшая форма — инсайт) — механизм, описанный З. Фрейдом в рамках психоанализа, — в первую очередь направлен на развитие и укрепление Эго путем перевода из бессознательного в сознание детерминант эмоциональных реакций и отношений субъекта, что позволяет ему воспринимать себя как упорядоченную и доступную пониманию систему в окружающем мире. Этот процесс повышает уровень саморегуляции и улучшает взаимодействие с окружающим.

2. Катарсис (или эмоциональное отреагирование) — также пришедший из психоанализа механизм, который путем разрядки эмоционального напряжения позволяет изменить эмоциональное состояние субъекта и способствует улучшению эмоциональной регуляции.

3. Научение (в том числе подражание, имитация и т. п.) — общий механизм, изученный в рамках бихевиоризма и включающий в себя большое количество его локальных механизмов, которые основаны на природной способности человека к научению и развитию. Он направлен на модификацию поведения и реакций, способствует совершенствованию управления поведением, а также развивает способности к достижению самоэффективности субъекта в его жизнедеятельности.

4. Переоценка значений и смыслов (переформулирование, масштабирование и т. п.), а также их интериоризация — механизмы, изученные в рамках когнитивной и экзистенциальной психологии. В первую очередь они направлены на произвольное построение картины мира и определения своего места в нем таким образом, чтобы ощущать осмысленность своего существования как глобальной задачи человека. Кроме того, они решают задачи упорядочения системы отношений к окружающему миру и самому себе, происходящим событиям. Они помогают также трансформировать и модифицировать систему субъективных ценностей. Традиционно направлены на преодоление экзистенциальных проблем — одиночества, страха смерти и т. д.

5. Ощущение присоединения, принадлежности с идентификацией, включенности и общности (в противоположность изоляции) — механизм, выделенный

в рамках гуманистической психологии, — позволяет почувствовать себя частью мира и человечества. Достигается путем безусловного принятия, понимания и эмпатии. *Дает возможности* для развития и самореализации, преодоления страха неопределенности и непредсказуемости жизни. Повышает жизнестойкость, помогает преодолеть потребность в симбиотических отношениях, снижает базовую тревогу. Помогает реализовывать стремление к свободе и устанавливать партнерские отношения с окружающими.

6. Эмоциональное заражение — механизм, выделенный в психологии влияния и психиатрии как способность человека воспринимать эмоции других людей, «заражаться» ими. Обеспечивает работу фактора *внушения надежды*, помогает изменять эмоциональное состояние субъекта, способствует укреплению веры в возможность позитивных изменений, в собственные возможности.

7. Экстатическое переживание (пик переживания, трансцендентальное переживание, творческое и т. п.) — механизм, описанный в трансперсональной и экзистенциальной психологии. Дает ощущение полноты и осмысленности жизни, чувство включенности и единения с миром, внутренней гармонии.

Описанные механизмы в процессе психотерапии задействуются у субъекта психологической помощи в сложных сочетаниях, усиливают и подкрепляют друг друга, происходят у человека одновременно и практически никогда не идут по отдельности. Какие-то из них являются в определенный момент ведущими, а остальные дополнительными. Профессиональный специалист должен уметь опознавать их наличие, а также их значение в данный момент и реальный психотерапевтический потенциал.

Психологическая помощь в кризисных и экстремальных ситуациях имеет свои специфические принципы, которые способствуют достижению нужного результата. Такими принципами являются: принцип нормализации, принцип безотлагательности и приближенности к месту событий, принципы партнерства и повышения достоинства личности, учета индивидуальности и поощрения самовыражения. Необходимые в кризисных и экстремальных ситуациях быстрота, точность, эффективность и результативность психологической помощи возможны при четком понимании алгоритма процесса терапии, точном определении текущей фазы, знании сущности психологических механизмов и умении их максимально использовать.

15.4. Экстренная психологическая помощь

15.4.1. Цель и специфика экстренной психологической помощи

Оказание экстренной психологической помощи происходит после события, самым сильным образом воздействовавших на эмоциональную и когнитивную сферы человека, — *чрезвычайного события*. Это могут быть масштабные чрезвычайные ситуации природного или техногенного характера и менее масштабные события, которые тоже являются мощными стрессогенными воздействиями для человека (ДТП, насилие, внезапная смерть близкого человека, суицидная попытка, сообщение о тяжелом

диагнозе и др.). Почти всегда такое событие можно охарактеризовать как событие, психологически внезапное, событие, к которому человек психологически не подготовлен (если это первый подобный опыт в его жизни). По сложившейся традиции участников подобных событий принято называть пострадавшими.

Экстренная психологическая помощь — это краткосрочная психологическая помощь после сильного негативного стрессогенного воздействия (чрезвычайного события). Экстренная психологическая помощь может быть адресована самим пострадавшим, их родственникам, а также спасателям и людям, оказывающим помощь (Романова Е. С., 2001).

Цель экстренной психологической помощи — регуляция актуального психологического и психофизиологического состояния, профилактика психогенных последствий, предупреждение риска развития патологических реакций.

Список симптомов психогенных расстройств достаточно велик. Люди страдают от ночных кошмаров, страхов шума и темноты, внезапных воспоминаний (flashbacks) о перенесенном. Они могут переживать утрату или испытывать сильное чувство вины из-за неспособности предотвратить случившееся. Многие испытывают гнев или подавленность в связи с произошедшим.

Возможность возникновения и характер психогенных расстройств после чрезвычайного события, их частота, выраженность, динамика зависят от многих факторов: характеристики экстремальной ситуации (ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия); готовности человека к деятельности в неблагоприятных условиях, определяемой его индивидуальными психологическими особенностями; поддержки и влияния других людей; возраста, пола, уровня исходной социальной адаптации; дополнительных факторов к моменту катастрофы (одиночество, наличие на попечении детей, больных родственников, собственная беспомощность: беременность, болезнь и т. д.).

Поскольку высоконадежных прогностических критериев для определения риска развития патологических реакций нет, то экстренную профессиональную психологическую помощь можно рассматривать как *профилактику для всех*. Безусловно преждевременной в случае такой психопрофилактической цели является постановка задач, характерных для психодинамической, реконструктивной психотерапии, ориентированных на конфронтацию целей, мотивов человека и используемых им стратегий для их достижения. В психотерапии решение диагностической задачи подразумевает дальнейшую коррекцию. А в случае экстренной психологической помощи может предлагаться универсальная, массовая профилактика с игнорированием того факта, что у большинства людей, не получавших специальной помощи, никаких нарушений в последующем не отмечается.

При осуществлении на практике такой своевременной массовой профилактики полезно описать *специфичность*, сопровождающую ситуацию оказания экстренной психологической помощи по сравнению с психотерапией и консультированием.

1. *Внешние условия*. Это принципиальное допущение некабинетных условий, возможности различных ситуационных помех; непредусмотренное вмешательство,

неожиданное включение в контакт других лиц, отсутствие визуального контакта, использование телефона и других технических средств связи.

2. *Момент и время контакта.* Контакт с психологом может происходить очень рано, сразу или через небольшой промежуток времени после чрезвычайного события, когда наиболее актуальным является восстановление витальной безопасности и индивидуальные стратегии психологического совладания еще не включены (или включены не в полной мере).

Практики, оперирующие понятием *экстренной психологической помощи* и опирающиеся на эмпирический опыт, в большинстве сходятся в примерном временном интервале — около двух суток. Что происходит с человеком в этот период? В реагирование индивида на опасность вовлечены тотально все уровни, обеспечивающие его функционирование, в первую очередь соматовегетативный и нейроэндокринный. Черед психической переработки наступает тогда, когда биологическая опасность оценивается как устраненная (или контролируемая). И здесь велико значение процессов, реализуемых во время различных фаз сна сразу вслед за запускающей ситуацией, в связи с чем срок в двое суток выглядит объяснимым. Известно, что напряжение и тревога по времени предшествуют поиску и осуществлению стратегий решения.

3. *Основные принципы* — принципы *обезболивания* и первичности облегчения.

Решается задача создания для участника событий опыта безопасного (социально безопасного и психологически безопасного) взаимодействия с другим человеком. Кроме того, это создание для пострадавшего возможности использования внешней речи для последующей, более быстрой реконструкции картины мира. Специалист, оказывающий экстренную психологическую помощь, находясь рядом с пострадавшим, говоря о его чувствах как естественных в этой ситуации, избавляет своего собеседника от ощущения изолированности, создает предпосылки того, чтобы в последующем для него оказалось возможным включить свой экстремальный опыт в общий жизненный контекст. (Контакт пострадавшего со спасателем, как любой контакт двух людей, когда они оба способны к психическому отражению, по определению включает психологическое влияние. Поэтому использование термина «психологическая помощь» в этом случае лишь указывает на факт и момент такого влияния и не имеет дополнительного содержания.)

4. Во многих случаях после чрезвычайного события с пострадавшим контактируют различные люди из его социальной сети (семья, другие родственники, друзья, коллеги, соседи). В отдельных случаях эти люди в силу разных причин (идентификация с пострадавшим, предыдущий характер взаимоотношений, неумение и др.) не обеспечивают поддержки. Тогда возникает *задача оперативной мобилизации поддерживающего ресурса в социальной сети клиента*, ресурса непрофессиональной психологической помощи. Она реализуется посредством информирования, обучения, собственного примера и т. д. В этом случае можно говорить, что психологическая помощь оказывается не только идентифицированному клиенту (пострадавшему), а системе, которой он принадлежит.

Вовлечение в процесс помощи членов пострадавшего сообщества — это ценный способ мобилизации психологических ресурсов для осуществления экстренной психологической помощи, основанный на их сходном опыте, общей информации о ситуации и позиции «внутри ситуации». (Необходимо помнить, что стихийно протекающие групповые процессы могут иметь и негативные следствия, в частности индукцию негативных состояний, дополнительную психотравматизацию.)

5. Специфическим требованием к подготовке специалиста для оказания экстренной психологической помощи является *умение определять неблагоприятные психологические состояния* (Психология экстремальных ситуаций..., 2007). После чрезвычайного события можно наблюдать целый спектр различных реакций. Важно подчеркнуть, что оказание экстренной психологической помощи возможно лишь в том случае, если реакция не является патологической. При переживании чрезвычайного события чаще всего встречаются следующие *реакции*: плач, истерика, нервная дрожь, страх, двигательное возбуждение, агрессия, ступор, апатия.

Плач. Относится к реакциям, позволяющим дать выход негативным эмоциям. Реакцию плача можно рассматривать как нормальную и даже желательную в ситуациях потери близкого человека, потери жилья, дома и т. п. Проявление реакции плача является симптомом переработки негативных эмоций, поэтому крайне важно дать реакции плача состояться. В отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

Истерика. Человек находится в сознании, но контакт с ним сильно затруднен. Наблюдается чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы. Речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания.

Нервная дрожь. Можно наблюдать как человек, только что переживший аварию или ставший свидетелем происшествия, сильно дрожит. Это неконтролируемая нервная дрожь — сброс мышечного напряжения. Дрожь начинается внезапно, сразу после инцидента или спустя короткое время; появляется сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы). Если эту реакцию остановить, то напряжение останется в теле и может стать причиной мышечных болей.

Страх. Напряжение мышц (особенно лицевых), сильное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный контроль собственного поведения и того, что происходит вокруг.

Двигательное возбуждение. Иногда потрясение настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не понимает — где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Единственное, что он может делать — это двигаться. Движения резкие, часто бесцельные и бессмысленные, громкая речь; нередко отсутствует реакция на окружающих. Человек может побежать, не понимая, где он оказался. Или он что-то делает, с кем-то разговаривает, куда-то бежит, но потом ничего не может вспомнить.

Агрессия. Раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу); нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; сло-

весное оскорбление, брань. Проявление злости может сохраняться достаточно длительное время и будет мешать самому пострадавшему и окружающим.

Ступор. Резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи, отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновение, боль), застывание в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности; возможно напряжение отдельных групп мышц.

Апатия. Безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами. Любое движение, слова даются с огромным трудом.

6. После чрезвычайных событий в большинстве случаев актуализируется тема смерти. Порой люди (не только пострадавшие, но и профессионалы) избегают разговоров о смерти из-за присущей каждому человеческому существу так называемой *тревоги смерти*. Это тревога вызвана перспективой потерять себя, стать *ничем*. И эта тревога, в отличие от страха, не может быть локализована, опредмечена. *Ничто* невозможно понять, и ему невозможно противостоять. Эта тревога порождает чувство беспомощности, неизменно вызывающее дальнейшую тревогу. Люди борются с тревогой смерти, смещая ее от *ничто* к *нечто*. Если удастся трансформировать тревогу в страх *чего-либо*, мы можем начать защищаться — избегать объект страха, искать союзников, создавать магические ритуалы для его умиротворения или планировать систематическую кампанию для обезвреживания. В общем виде существуют две фундаментальные защиты от тревоги смерти: вера в собственную исключительность и вера в конечного спасителя (Ялом И., 1999).

15.4.2. Кризисная интервенция как экстренная психологическая помощь

«Самые лучшие специалисты по преодолению кризиса, помогая другим, никогда не следуют жестким правилам. Оказание помощи в кризисе всегда напоминает странствование по незнакомой территории, каждый раз вы обнаруживаете, что двигаетесь по новому пути. Поэтому здесь имеет смысл говорить не о некоем алгоритме действия, а об основных принципах и подходах, которые позволят выбрать образ действий в конкретной ситуации» (Гленис Перри).

Кризисная интервенция является экстренной психологической помощью человеку, который находится в кризисной ситуации. Различные авторы описывают кризисную интервенцию, основываясь на определении кризиса, стадиях кризисного процесса и способах выхода из него (Брюдаль Л. Ф., 1998; Перри Г., 1995; Ромек В. Г. и др., 2004).

В основе кризисной интервенции лежат следующие положения (Мастерство психологического консультирования..., 2004).

1. Кризис происходит тогда, когда человек перестает видеть возможные выходы из ситуации. Старые способы, которыми он пользовался ранее, во время кризиса не приносят облегчения, поэтому человек в поиске новых способов выхода из ситуации может обратиться за психологической помощью. В период кризиса он открыт для нового опыта, что может привести к положительным переменам и способствовать личностному изменению. Именно это обстоятельство является основанием для эффективной психологической помощи.

2. Интервенция обозначает вмешательство. Она не является психотерапией или психологическим консультированием в традиционном понимании, так как человек в кризисном состоянии испытывает настолько интенсивные чувства, что у него просто нет сил обращаться к своим старым проблемам. В кризисной интервенции нужно оставаться в настоящем и работать только с актуальной ситуацией.

3. Кризисная интервенция центрирована на проблеме. В зависимости от того, как обозначена проблема, определяется ее решение. В кризисной интервенции над проблемой надо работать способом переформулирования, или изменяя привычное решение, или вовсе прекращая попытки ее решения. Следует принять во внимание, что процесс кризисной интервенции заключается не в том, чтобы любой ценой решить проблему, а в том, чтобы создать возможность работы над проблемой.

4. Кризис всегда связан с эмоциональной дезорганизацией человека, поэтому работа с чувствами в кризисной интервенции является ее неотъемлемой частью. Душевная боль, которую испытывает человек в кризисе, мотивирует его на поиск новых путей решения проблемы, на приобретение новых навыков и поиск своих внутренних и внешних ресурсов. При этом консультант не пытается изменить чувства клиента, но стремится реорганизовать их в более конструктивное целое. Одной из важнейших тактик кризисной интервенции является помощь человеку в раскрытии своих чувств и соприкосновении их с текущими событиями.

В кризисной интервенции используются навыки эмпатического и активного слушания: вводные слова, отражение чувств, перефразирование, присоединение чувств к содержанию, прояснение и отражение собственных чувств.

Модель кризисной интервенции состоит из трех стадий.

1. *Сбор информации.* Необходимо подчеркнуть, что человека, обратившегося за психологической помощью, переполняют интенсивные чувства, он испытывает чрезмерное эмоциональное напряжение.

На этой стадии консультант помогает клиенту идентифицировать и выразить чувства, что позволяет снизить эмоциональное напряжение и связать чувства с событиями, их вызвавшими. Проблемную ситуацию исследуют по отдельным событиям и определяют для клиента значение каждого из них.

2. *Формулирование и переформулирование проблемы.* Результатом исследования ситуации нередко является переформулирование проблемы. Это происходит в тех случаях, когда клиент при формулировании своей проблемы не учел каких-то важных ее аспектов или смешал актуальные и прошлые проблемы.

На этой стадии важно прояснить, какие способы решения проблемы уже были использованы и оказались неэффективными, что позволит клиенту взглянуть по-новому на проблему и переформулировать ее. Определение эффективных способов решения проблем, которые помогали клиенту раньше, позволяет ему осознать, что у него есть опыт и силы справляться с проблемами и контролировать ситуацию.

3. *Альтернативы и решения.* Нередко клиенты считают, что они обязательно должны решить проблему и с этим желанием обращаются за помощью. Однако, как это ни покажется странным на первый взгляд, ключевым моментом кризисной интервенции может явиться прекращение попыток решения проблемы.

Это имеет смысл делать тогда, когда клиент стремится контролировать события, которые он в принципе не может контролировать, или когда решение отягощает проблему. В тех случаях, когда цель, установленная клиентом, нереалистична, необходимо также отказаться от цели решения проблемы, но возможно определение действий, которые могут улучшить положение или даже полностью исправить его.

В случае, когда клиент стремится контролировать то, что он контролировать не может, необходимо помочь ему это осознать и сменить неверно направленную потребность контроля на такую, которую он мог бы реализовать.

Консультант вместе с клиентом вырабатывают последовательность действий, с помощью которых можно решить проблему. Для этого необходимо прояснить, насколько клиент чувствует себя ответственным за свои действия и определить его способность действовать по плану.

Консультанту следует избегать попадания в ловушку преждевременных решений.

Кризисная интервенция как вид экстренной психологической помощи применяется как в телефонном консультировании (служба «телефон доверия», телефон экстренной психологической помощи), так и в очном консультировании.

15.4.3. Экстренная психологическая помощь «телефон доверия»

История создания телефонов доверия

В настоящее время определить историческую точку отсчета создания службы «телефон доверия» уже довольно трудно. Ряд авторов указывают 1907 год, когда в США священником Г. Уорреном была создана «Национальная Лига спасения жизни» (Гроллман Э., 2001). Известно также, что в 1948 году психиатры Х. Хофф и Е. Рингель организовали центр с названием «Врачебная помощь людям, уставшим от жизни». Тогда впервые были объединены в едином комплексе телефонная служба и очный прием специалиста, оказывающего психологическую помощь (Чурилин И. В., 1992). Однако большинство источников соглашаются с тем, чтобы создание службы «телефона доверия» отсчитывать от 2 ноября 1953 года, когда англиканский священник Чад Вара принял первый звонок по телефону, организованному им для того, чтобы оказывать дружескую помощь тем, кто собирается покончить жизнь самоубийством. Дружеская помощь по телефону оказалась настолько востребованной, что Чаду Вару вскоре

«Нам звонила одна абонентка, — вспоминает консультант первого телефона доверия А. Л., — она говорила: “Это что ж это такое в нашей стране! Анонимная служба? Это недопустимо!” Устами этой безумицы говорила истина: действительно, как это в Советском Союзе была анонимная служба, да еще по превенции самоубийств! Во-первых, у нас в СССР не было самоубийств, у нас все люди живут до 120 лет и умирают от счастья. Во-вторых, здоровые люди самоубийством жизнь не кончают. Это была тоже доктрина. И тут вдруг телефон доверия» (Федунина Н. Ю., Чурсина Е. А., 2010).

понадобились помощники, чтобы справиться с большим количеством обратившихся по телефону людей. Таким образом, 2 февраля 1954 года было организовано сообщество волонтеров «Самаритяне». В последующие годы стали возникать аналогичные службы в других странах: 1956 г. — *Telefonseelsorge* в Западном Берлине; 1957 г. — *Die Dargebotene Hand* в Цюрихе; 1958 г. — *Telefonische Hulpdienst* в Роттердаме, *Kirkens Nattjeneste* в Осло; 1959 г. — *Tele-Accueil* в Брюсселе, *La Main Tendue* в Женеве; 1960 г. — *SOS Amitie* в Париже, кроме того, были открыты центры «Самаритян» в Бразилии, Индии, Гонконге, Зимбабве.

В 1963 году в Австралии Преподобный сэр Алан Уокер организовал круглосуточную телефонную службу поддержки *Life Line* для тех, кто «из-за одиночества и отсутствия поддержки хочет покончить с собой». В дальнейшем эта служба превратилась в крупнейшую международную организацию *Life Line International*. В 1967 году образовалась Международная федерация телефонов экстренной психологической помощи *IFOTES (International Federation of Telephone Emergency Services)*, координирующая 340 служб экстренной помощи по всему миру. *IFOTES*, *Life Line International* и *Befrienders International* (созданная на основе «Самаритян») — международные организации, которые существуют и в наши дни, объединяя сотни помогающих организаций по всему миру.

Как это было в России

В нашей стране у истоков создания первой телефонной службы стояла Айна Григорьевна Амбрумова, которая в 1960-е годы, будучи сотрудником НИИ им. В. П. Сербского, занималась проблемами суицидологии. Психологическая помощь по телефону была настолько необычной для СССР в то время, что информация о первом телефоне доверия в одной из московских газет в 1982 году была опубликована в рубрике «Невероятно, но факт». Как и аналогичные зару-

бежные службы, телефон доверия в нашей стране был направлен на предотвращение суицидов и помощь человеку в кризисном состоянии. А. Г. Амбрумовой пришлось преодолеть немалое сопротивление, обосновывая необходимость создания службы «телефон доверия». «Какие могут быть трагедии в нашем социалистическом обществе? — недоумевали члены ученого совета НИИ им. В. П. Сербского, где она делала свое первое сообщение. — Если человек “устал от жизни” и у него пропала охота бороться, значит, он душевно больной, и его лечат психиатры» (Яновская М. И., 1985. с. 27). Сам феномен телефона доверия воспринимался как нечто в высшей степени неординарное. И даже его основные принципы поражали.

Развитие службы «телефон доверия», конечно же, в большой степени связано с теми политическими событиями, которые произошли в нашей стране в конце 80-х и в начале 90-х годов XX века. Именно в эти непростые годы как для страны в целом, так и для каждого конкретного человека, когда прежняя, по-своему безопасная, жизнь разрушилась, служба «телефон доверия» стала пользоваться чрезвычайной популярностью. Почти одновременно в разных городах России появились новые телефоны доверия, и в 1991 году была создана Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи (РАТЭПП). У истоков создания РАТЭПП стоял Институт психотерапии, консультирования и ведения групп «Гармония». Сразу же после создания РАТЭПП стал издаваться «Вестник РАТЭПП». Эти небольшие книжки, содержавшие и классические работы известных психологов, и материалы об организации служб «телефон доверия», являлись в те годы почти единственным пособием, помогающим в работе консультантам телефона доверия. Затем стали регулярно проводиться конференции РАТЭПП, на которых обсуждались различные вопросы службы «телефон доверия», в том числе и этические.

Следует отметить, что в те годы, когда создавались телефоны доверия в нашей стране, никто точно не знал, как они должны работать, по каким принципам, в чем специфика консультирования по телефону. Почти сразу возникло много проблем, вызванных тем, что психологи, работавшие консультантами телефона доверия, не имели специальной подготовки. Этот пробел был заполнен обучением консультантов телефона доверия, которое стали осуществлять сотрудники Института психотерапии, консультирования и ведения групп «Гармония», прошедшие подготовку у опытных специалистов в области телефонного консультирования Центра экстренной психологической помощи «Грифон Плейс» (г. Каламазу, шт. Мичиган, США). Они же, возможно впервые в нашей стране, стали проводить обязательную супервизию для консультантов телефона доверия.

Решением Генеральной Ассамблеи IFOTES от 14 июля 1994 года РАТЭПП была принята в члены IFOTES. В настоящее время РАТЭПП объединяет и помогает координировать работу 225 служб в полутора сотнях российских городов.

Принципы работы телефона доверия

Два основных принципа работы — *анонимность* и *конфиденциальность*. Очень часто даже у специалистов возникает путаница в разъяснении сути этих понятий.

Если сформулировать кратко, то анонимность касается личности абонента и консультанта, а конфиденциальность относится к информации, предоставляемой абонентом. Рассмотрим подробнее смысл этих понятий в рамках телефонного консультирования.

Анонимность. Абонент имеет право не представляться, не называть место своего пребывания или предоставлять данные, не соответствующие действительности. Фактически большинство абонентов называют свое имя в процессе беседы в том случае, если они чувствуют доверие к консультанту, а иногда и представляются сразу. Тем не менее для многих абонентов возможность не сообщать информацию о себе становится главным преимуществом обращения за помощью на телефон доверия.

В практике телефонного консультирования достаточно распространена ситуация, в которой абонент в начале разговора представляется не своим именем и запрашивает информацию якобы для кого-то из знакомых, потом в процессе беседы, почувствовав безопасность ситуации, абонент может признаться, что вопрос касается его лично и что зовут его по-другому.

Принцип анонимности работает и для консультантов, которые имеют право представляться другим именем (в некоторых организациях консультантам настоятельно рекомендуется выбрать себе псевдоним). В работе консультанту постоянно приходится решать для себя вопрос, есть ли необходимость представить информацию о себе абоненту и насколько он готов раскрыться. Постоянные абоненты могут пытаться выяснить какую-либо информацию о других консультантах, например когда будет чья-либо смена, и в этот момент тоже необходимо помнить о безопасности коллег и их праве на анонимность.

Конфиденциальность. Вся информация, сообщаемая в разговоре абонентом, а также формы регистрации телефонных бесед доступны только сотрудникам телефона доверия. Консультант не имеет право, даже изменив имя абонента, рассказывать кому-либо постороннему содержание беседы. Ограниченная информация может распространяться только среди консультантов телефона доверия в целях супервизии, интервизии или обсуждения общих рабочих моментов.

Регулярная супервизия консультантов телефона доверия также относится к принципам работы, необходимым для обеспечения безопасности как абонента, так и консультанта.

К основополагающим аспектам телефонного консультирования относится его *отличие от психотерапии*. Поскольку методы работы телефонных консультантов имеют много общего с очной психотерапевтической работой, может сложиться впечатление, что это близкие по сути явления. Тем не менее в рамках беседы по телефону не может идти речь о глубинных личностных изменениях клиента, об этом важно помнить консультанту, чтобы ожидать от разговора адекватных результатов и грамотно рассчитывать ресурсы. Конечная цель консультации по телефону доверия — гармонизация актуального состояния клиента.

С чем обращаются на телефон доверия

В силу исторических предпосылок создания телефона доверия как службы, направленной на предотвращение суицидов, или по другим причинам, таящимся

в культуре обращения за психологической помощью, в нашей стране распространен стереотип о работе телефонов экстренной психологической помощи как службы, которая призвана работать только лишь с потенциальными суицидентами. Обычно люди, интересующиеся работой телефона доверия, в первую очередь спрашивают о том, как помочь абоненту, который звонит, стоя на подоконнике или на краю крыши. Следует подчеркнуть, что телефон доверия работает со всеми людьми, обращающимися за помощью, а не только с теми, у кого высокая степень суицидального риска.

Телефон доверия — это служба, которая оказывает населению экстренную психологическую помощь по телефону. Она считается одной из форм психопрофилактической работы, социально-терапевтической помощи, адресованной лицам, находящимся в кризисных состояниях (Морозов В. В., 2006; Моховиков А. Н., 1999; Романова Е. С., 2001).

Сотрудниками телефона доверия были выделены следующие наиболее часто встречающиеся темы, с которыми обращаются абоненты:

- кризис;
- переживание утраты;
- суицид;
- семейные, супружеские взаимоотношения;
- взаимоотношения детей и родителей;
- проблемы принятия себя;
- экзистенциальные переживания;
- общение, взаимоотношения;
- любовные отношения;
- сексуальные отношения;
- зависимости;
- здоровье;
- насилие;
- социальная адаптация/дезадаптация;
- учебные и профессиональные проблемы;
- иные проблемы.

В рамках каждой темы выделяются более конкретные категории, кроме того, один звонок может быть связан с несколькими темами, и, несмотря на все попытки классификации обращений, можно смело сказать, что каждый разговор уникален и не похож на все предыдущие. Все же есть одна общая деталь, которая объединяет многочисленные обращения за помощью на телефон доверия, — это потребность человека высказаться и быть услышанным другим человеком. Далеко не всегда абоненты телефона доверия одиноки в общепринятом понимании, у них могут быть близкие люди — семья, друзья, и все же они вынуждены обращаться за дружеской помощью к незнакомому человеку. Дело в том, что такие эмоции, как стыд, страх и вина, очень часто не позволяют людям поделиться своими переживаниями, рассказать о каких-либо событиях своей жизни даже тем, кому они в целом доверяют. Этот страх открыться мешает обратиться за очной помощью к специалисту. Фактически именно в этой области человек ощущает себя изолированным, в связи с этим чувством болез-

ненная тема приобретает дополнительные значения и смыслы, у человека возникает так называемая зона внутреннего одиночества — «...феноменологическое пространство личностно значимых переживаний человека, которыми он не делился с другими. Это “секретный мир”, куда никто не допущен, где человек остается исключительно наедине с самим собой и своим страданием, где он предельно одинок» (Палей А. И., 2008). Для человека с такой проблемой звонок на телефон доверия может быть как первым шагом к решению проблемы, так и самим решением.

В то же время на телефон доверия далеко не всегда обращаются люди с конкретной проблемой или в состоянии кризиса. Ребенок, оставшийся один дома, которому стало скучно без родителей. Одиноким пожилой человек, которому не с кем обсудить последние новости. Подвыпивший безработный, размышляющий о социальной несправедливости. Подростки, которые звонят, собравшись вместе, с выдуманной, но очень смешной проблемой. Всех этих людей объединяет желание пообщаться с человеком, быть услышанными и понятыми, несмотря на то что конкретного запроса на психологическую помощь они не предъявляют. Специалисты телефонов психологической помощи делали многочисленные попытки классифицировать подобных абонентов в зависимости от их основной потребности.

Особенно высокий уровень страха обращения к очному специалисту наблюдается у лиц, относящихся к ЛГБТ-контингенту (лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендеры). Такая ситуация сложилась в силу того, что в обществе достаточно широко распространена дискриминация по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Для данного контингента существует свой, особый телефон доверия (горячая линия Российской ЛГБТ-сети), в связи с тем что в среде специалистов помогающих профессий также нередко встречаются случаи дискриминации.

Российская ЛГБТ-сеть — крупнейшая и единственная межрегиональная ЛГБТ-организация в России, имеющая отделения в 14 регионах. Это неправительственная правозащитная организация, деятельность которой направлена на соблюдение принципа уважения человеческого достоинства каждой личности, а также на обеспечение равных прав независимо от сексуальной и гендерной идентичности. Помимо бесплатной психологической помощи, специалисты сети оказывают и бесплатную юридическую помощь. Данная помощь заключается в защите прав лиц, в отношении которых были совершены преступления на почве ненависти и дискриминации по признаку сексуальной ориентации/гендерной идентичности. На сайте организации предоставляется возможность заполнить электронную форму заявки с подробным описанием случая. Юридическая служба обрабатывает поступившие запросы и организует помощь (прежде всего представительство в суде). Зачастую лица, относящиеся к данному контингенту, испытывают страх перед органами правопорядка, страх, что информация о них будет раскрыта третьим лицам без их ведома и желания. В связи с этим, безусловно, возможность и поддержка, которую представляет сеть, очень важны для данной группы населения.

В сети существует три формы оказания психологической помощи:

- очное консультирование (при желании обратившиеся на горячую линию абоненты могут записаться на очную консультацию, если в регионе/городе

их проживания сеть наладила контакты с очными психологами, которые толерантно и безоценочно относятся к данному контингенту);

- горячая линия (психологическая помощь по телефону);
- чат горячей линии (психологическая помощь через сеть Интернет).

Горячая линия работает ежедневно, без выходных. Любой человек может позвонить на линию по единому бесплатному телефону. Психологи оказывают помощь не только лицам, относящимся к ЛГБТ-контингенту, но также их родственникам, близким и другим лицам, обратившимся по вопросам сексуальной ориентации или гендерной идентичности.

Наиболее часто встречающиеся запросы, поступающие на горячую линию:

- сложности в принятии себя (в том числе своей сексуальности, своего тела);
- взаимоотношения детей и родителей (конфликты с родительской семьей в связи с сексуальной ориентацией, отвержение семьей, желание семьи «вылечить» абонента, сделать его «нормальным» и т. д.);
- проблемы, связанные с каминг-аутом (с раскрытием своей сексуальной ориентации или гендерной идентичности перед другими людьми);
- насилие (случаи сексуального/физического/эмоционального насилия на почве гомофобии и трансфобии);
- сложности в поиске партнера (частые случаи обмана в целях сексуального использования абонента; закрытость мероприятий, на которых есть возможность встретить человека со схожей ориентацией);
- переживания, связанные с негативным отношением общества, отвержением, неприятием и осуждением; переживание чувства несправедливости, отчаяния из-за необходимости скрывать свои чувства, свои отношения от окружающих людей.

Типичному абоненту горячей линии присущи следующие характеристики:

- чаще обращаются за помощью лица мужского пола;
- возраст абонентов находится в диапазоне от 25 до 45 лет;
- регионами проживания в основном являются Москва и Санкт-Петербург;
- абонентов характеризует достаточно высокий уровень дезадаптации, снятия с себя ответственности за принятие решений, за поведение, инфантилизм;
- часто встречается неприятие себя, негативное отношение к собственной сексуальности, непонимание источника сексуальной ориентации, непонимание организации дальнейшей жизни в связи с обнаружением принадлежности к ЛГБТ-контингенту, склонность к саморазрушению, самобичеванию (данные характеристики чаще встречаются у лиц, которые впервые обнаружили, что их ориентация отличается от общепринятой, традиционной);
- часто встречаются навязчивые мысли относительно секса в целом, собственной физиологии.

Выделяют следующие категории абонентов.

Постоянные абоненты (регулярные абоненты). К этой категории относятся люди, которые в силу каких-то причин испытывают дефицит в общении, и телефон доверия становится для них возможностью компенсировать это. Ими могут быть люди, ограниченные в движении, страдающие от серьезных заболеваний, одинокие люди и другие абоненты. Иногда ежедневный звонок на телефон доверия становится просто привычкой или своеобразным ритуалом. Абоненты звонят на телефон часто, иногда по нескольку раз в день, в течение многих месяцев и лет. За это время у них складываются особые отношения к некоторым из консультантов, кому-то они доверяют больше, кому-то меньше, они запоминают смены консультантов и иногда заранее планируют, с кем и когда будут обсуждать различные вопросы. В результате такого тесного контакта очень часто возникают трудности с установлением и поддержанием границ в общении. Постоянных абонентов принято ограничивать по времени, с ними договариваются о количестве звонков за смену (обычно один, максимум два звонка) и о продолжительности разговора. Удержание этих границ — важная часть работы как для консультанта, так и для абонента, поддерживающая безопасность общения. Ограничения отменяются, когда у постоянного абонента происходит кризисная ситуация.

Проверяющие абоненты — к этой категории относятся абоненты, которым тяжело вступать в разговор, они пытаются понять, как с ними будут разговаривать, могут ли они доверить свои переживания человеку на том конце провода. К проверке могут относиться расспросы о том, как работает служба, сколько звонков принимают за день, кроме того, расспросы могут касаться консультанта (сколько вам лет, какое у вас образование); вопросы о доступности тех или иных служб. Обычно после того, как консультант проясняет первые вопросы абонента и отражает его чувства, абоненту становится легче рассказывать о себе.

К проверяющим абонентам можно отнести и тех, кто звонит на телефон с шутками и розыгрышами. Особенно распространена такая ситуация среди школьников, которые звонят, собравшись группой, заявляют какую-то проблему, но довольно быстро начинают хохотать и кладут трубку. Шутки и розыгрыши — тоже своего рода проверка — проверка терпения, профессионализма, человечности консультанта. В таких случаях, если консультанту удастся, завершая разговор, сохранить самообладание и корректно поговорить с абонентом, есть вероятность, что абонент позвонит еще раз, уже с более серьезным запросом.

Молчаливые абоненты — ничего не говорят в течение значительного отрезка времени, иногда слышно их дыхание. Причин этому молчанию может быть множество — абонент боится начинать разговор, плачет и ему трудно говорить, никак не соберется с мыслями и т. д. Для консультанта такая ситуация создает момент чрезвычайного напряжения и требует повышенного самоконтроля. Иногда достаточно просто помолчать несколько секунд, чтобы абонент вступил в беседу, иногда нужно поддержать абонента, выразить свои чувства, задать вопрос — неизвестно, что сработает в каждой конкретной ситуации, самое главное, чтобы консультант справился

со своей тревогой, тогда он сможет принять и оказать поддержку молчаливому абоненту. Значительно реже молчание связано с ситуацией алкогольного опьянения или попытками сексуального использования консультанта. Эти две последние категории абонентов вынесены в конец списка, так как в подобных случаях консультанту чаще всего приходится самому прерывать разговор.

Абоненты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения нередко становятся клиентами «Телефона доверия». По правилам телефонного консультирования, консультант имеет право объяснить, что служба не работает с людьми, находящимися в состоянии опьянения, и предложить перезвонить в другой раз, трезвым. Данное правило не применяется в ситуациях суицидального риска.

Абоненты, заинтересованные в сексуальном использовании консультантов, т.е. стремящиеся получить сексуальное удовлетворение в процессе разговора. В тех редких случаях, когда абонент в этом открыто признается, консультант рекомендует обращение в профильные службы, предоставляет информацию и корректно завершает разговор. В остальных ситуациях, если у консультанта возникли подозрения (абонент специфически дышит и разговаривает, рассказывает о сексуальных действиях и фантазиях), он может спросить об этом напрямую, сообщить о своих подозрениях и о невозможности продолжать разговор в том же стиле, попрощаться и повесить трубку. В редких случаях абоненты этой категории могут перезвонить для того, чтобы без скрытых замыслов искренне обсудить свои проблемы, поэтому для консультанта важно уметь заботиться о себе, сохраняя при этом корректность, оставляя абоненту шанс для будущего звонка.

Чем можно помочь абоненту телефона доверия?

Консультант телефона доверия должен иметь четкое представление о том, какую помощь он может оказать в рамках телефонной беседы. Впервые обратившись за помощью, абонент обычно затрудняется сформулировать, в чем она может заключаться, поэтому частый вариант первичного запроса — «посоветуйте мне...», в то время как консультанты крайне редко имеют право и возможность дать конкретный совет. Главное отличие беседы по телефону доверия от любого другого душевного разговора — это необходимость оставаться в пространстве психологического содержания. Даже если абонент звонит пожаловаться на коммунальные службы и экономику страны, консультант помогает ему выражать чувства и работает с психической реальностью абонента, не позволяя разговору перейти в обсуждение экономических или государственных проблем. Изменения могут произойти именно с абонентом, а не с внешними условиями. Абонент в процессе разговора с консультантом получает возможность:

- осознать, выразить и принять свои чувства и эмоции;
- принять свои личностные особенности и черты, а также свои реакции в тех или иных ситуациях;
- получить опыт принятия себя другим человеком (консультантом);

- получить ощущение собственной значимости;
- расширить взгляд на ситуацию, на себя и свои переживания;
- увидеть новые способы реагирования в той или иной ситуации;
- обсудить проблему, возможности ее решения или не решения, а также способы помочь себе в той или иной ситуации;
- спланировать свои дальнейшие действия;
- ознакомиться с информацией;
- получить поддержку.

Многие авторы, описывающие работу в рамках телефона доверия, пытались построить модель телефонного разговора, разбить его на определенные логические блоки и представить их последовательно. Безусловно, любая, даже самая прекрасная теоретическая модель не способна передать все богатство, многообразие и индивидуальность каждого разговора. Однако благодаря пониманию логики и последовательности событий в разговоре консультант может избежать некоторых ошибок и лучше ориентироваться в процессе беседы.

Этапы консультации по телефону

1. Установление контакта. На этом этапе происходит знакомство консультанта и абонента. Это чрезвычайно важный момент, так как главный рабочий инструмент консультанта — доверительный контакт с абонентом. Безусловно, контакт — динамическое явление. В процессе разговора он может меняться от более успешного к менее успешному и наоборот, но именно в первые минуты разговора абонент принимает решение, может ли он доверять данному специалисту. Возможно, абонент выражает тревогу, связанную с обращением на телефон доверия, консультант может ему помочь в снятии этой тревоги, проясняя информацию о службе, представляясь, отвечая на вопросы, выражая готовность продолжать беседу. Абонент может звонить в остром, аффективном состоянии, тогда цель консультанта — понять и отразить эти чувства, сняв первичное напряжение, тем самым облегчив дальнейший разговор. Иногда человеку настолько трудно начать разговор, что он просто молчит первые несколько минут. Разделить с ним это молчание — нелегкая задача консультанта, которая также помогает установить контакт.

2. Сбор информации. На этом этапе консультант узнает подробности личной истории абонента и той ситуации, которая вызвала необходимость обратиться за помощью. Для успешного сбора информации в некоторых случаях достаточно просто слушать: абонент рассказывает все сам, важно только давать ему понять, что его собеседник внимательно следит за ходом разговора, однако чаще консультант задает вопросы. Принято считать, что лучший инструмент консультанта — открытые вопросы, они позволяют абоненту больше рассказывать, давать развернутые ответы и пояснения, однако не стоит приуменьшать значение и других типов вопросов, все-таки в обычной жизни люди не случайно используют и закрытые вопросы, и альтернативные. Очень часто они упрощают общение и взаимопонимание в процессе телефонного консультирования. На этом этапе разговор может успешно завершиться —

абонент понимает, что ему было необходимо выговориться, выразить свои чувства, поделиться с внимательным собеседником, в других случаях собеседники переходят к следующему этапу.

3. Обозначение проблемы. При успешном сборе информации разговор легко перетекает к непосредственному обозначению проблемы: в чем именно заключаются трудности абонента. Причем на этом этапе консультирования, как, впрочем, и на других этапах, важно говорить с абонентом на его языке. Консультант пытается помочь абоненту не только обозначить его проблему, но и переформулировать ее таким образом, чтобы с ней было возможно работать.

Как и на этапе сбора информации, иногда обозначение проблемы приводит к успешному завершению разговора.

4. Установление контракта. На этом этапе консультант и абонент договариваются, что можно рассматривать в качестве результата работы, в чем абонент видит для себя помощь и что может ему предложить консультант. Трудность этого этапа заключается в том, чтобы правильно выбрать для него время. Если консультант слишком рано задает вопрос «Чем я могу вам помочь?», у абонента может возникнуть чувство, что к нему недостаточно внимательно относятся, что консультант торопится завершить беседу и что он может не успеть сообщить часть важной информации, которую необходимо было бы учесть для понимания ситуации. К моменту установления контракта уже должно быть собрано достаточно информации, отражены основные чувства абонента и налажен доверительный контакт. С другой стороны, отсутствие своевременно озвученного контракта может привести к тому, что консультант и абонент будут по-разному понимать цели работы. Консультант будет предлагать одно, в то время как абоненту требуется совсем другое, что приведет к разочарованию и недопониманию. Хорошо проясненный контракт помогает структурировать беседу как

Абонент может озвучивать проблему следующим образом: «Мой ребенок меня ненавидит и мечтает о моей смерти». В процессе обозначения проблемы, благодаря собранной информации и отражению чувств, она может трансформироваться и звучать следующим образом: «Мой ребенок ведет себя агрессивно по отношению ко мне, когда испытывает сильный стресс, а мне в такие минуты очень обидно, я чувствую себя беспомощным».

консультанту, так и абоненту, и, что не менее важно, снижает тревогу у обоих участников диалога.

5. Сбор ресурсов. На этом этапе консультант и абонент рассматривают все возможности, которые могут облегчить переживания абонента и улучшить его ситуацию. Для консультанта важно понимание того, что ресурс можно найти всегда, и значение его индивидуально для каждого абонента. Ресурс может быть внешним — помощь близких людей, специальных организаций и служб, а может быть внутренним — личностные, эмоциональные, интеллектуальные особенности абонента; его способности, предпочтения, знакомства; принципиальность жизненной позиции или, напротив, пластичность, гибкость способность откликаться на события, а также многое другое. Для многих абонентов возможность высказаться и знание о том, что где-то, на том конце провода, есть неизвестный человек, который искренне переживает и сочувствует ему, становится одним из важнейших ресурсов.

6. Подведение итогов, заключение. Время завершения разговора — еще одна возможность оказать поддержку абоненту, сказать о своих чувствах, получить обратную связь. Для консультанта это может быть не менее важно, чем для абонента. Специфика телефонного консультирования заключается в том, что абонент может прервать разговор в любую минуту, и далеко не всегда это происходит потому, что разговор логически подошел к концу. Во-первых, абонент имеет право прекратить разговор тогда, когда почувствует необходимость. Кроме того, внезапному завершению разговора может послужить множество причин, не зависящих ни от консультанта, ни от абонента: кто-то позвонил в дверь, пришли другие члены семьи, а при них говорить неудобно, заканчиваются деньги на телефоне или заряд аккумулятора и др.

В общем, несмотря на то что консультанту намного спокойнее в тех случаях, когда разговор заканчивается подведением итогов, нужно смириться с фактом, что это происходит далеко не всегда.

Техники

Существуют следующие специальные техники, помогающие консультанту в процессе консультирования на каждом этапе, которым обучают консультантов во время подготовки их к работе.

Паравербальное присоединение. Имеет исключительное значение в телефонном консультировании, так как консультант с абонентом используют лишь один канал связи. В первую очередь важно, чтобы у собеседников гармонично сочетались темп и громкость речи, а также дыхание и интонирование.

Разделенное молчание. Выдержать необходимую паузу, позволить абоненту сосредоточиться, подумать, помолчать — чрезвычайно важно для поддержания контакта. Иногда тревога консультанта мешает абоненту сохранять спокойствие во время паузы, возникает желание заполнить ее чем-то — вопросом, фразой. Вовремя отслеженная тревога, признание в ней, может быть, себе самому, а в некоторых случаях и абоненту, помогает преодолеть напряжение. Иногда тишина не комфортна абоненту. В связи с тем что у консультанта и абонента нет возможности видеть друг

друга, и они ориентируются только на звук голоса, комфортные паузы в телефонном консультировании обычно намного короче, чем в очной работе. В любом случае доверительный контакт помогает обговаривать такие детали в процессе разговора.

Повторение. Иногда просто повтор фразы или ее окончания дает абоненту необходимое ощущение, что его слышат, к нему внимательно относятся, а это чрезвычайно способствует контакту.

Перефразирование. Консультант дает обратную связь. Он не просто повторяет, но демонстрирует то, как он это услышал, что именно он понял. У абонента появляется возможность более точно прояснить свою мысль.

Открытые вопросы. Иногда консультант может не заметить, как, задавая закрытый вопрос, он лишает абонента возможности четко описать ситуацию и картину своих переживаний. Например, ответ на вопрос «Что вы собираетесь делать?» позволит абоненту более полно рассказать о своем предполагаемом будущем, чем на вопрос «Собираетесь ли вы сменить работу?». Тем не менее в ситуациях разговора с абонентами, которым в силу каких-либо обстоятельств тяжело много говорить, не стоит пренебрегать остальными типами вопросов.

Отражение чувств. Помогает абоненту осознать и принять чувства, а также понизить их интенсивность. В нашей культуре принято разделять эмоции на негативные и позитивные, что интуитивно понятно, но может приводить к обесцениванию и отрицанию многих переживаний. Ниже приведен список слов, помогающих в выражении переживаний как консультанту, так и абоненту.

Вентиляция чувства. Помощь абоненту в выражении своих чувств, отсоединении от них.

Я-высказывания. Иногда абоненту очень трудно принять свои чувства, обычно это касается чувств, табуированных в нашей культуре, таких как гнев, страх, ярость. В этом случае Я-высказывание со стороны консультанта позволяет ослабить запрет на эти чувства, например фраза: «Я бы страшно разозлился в такой ситуации» — дает возможность клиенту отчасти примириться со своей злостью, даже если он склонен ее отрицать.

Эмоции, чувства и состояния

Негативные

Одиночество, унижение, злость, бешенство, сарказм, холодность, предательство, бунт, раздражение, ярость, обида, ненависть, нетерпение, отвращение, надменность, злорадство, недовольство, отрицание, угрызения совести, раскаяние, нечестность, стеснение, похоть, ущербность, насмешка, растерянность, угнетенность, отчуждение, неадекватность, разочарование, поражение, жалость к себе, грусть, подавленность, скука, печаль, апатия, равнодушие, депрессия, принижение, нерешительность, настороженность, жадность, смятение, брезгливость, тревога, ужас, лень, испуг, страх, вина, стыд, бессилие.

Позитивные

Блаженство, эйфория, экстаз, счастье, легкость, покой, одухотворенность, самоудовлетворенность, согласие, любовь, гармония, раскрепощенность, пресыщение, восхищение, удивление, нежность, ласка, умиление, уверенность, забота, расположение, устойчивость, уважение, удовлетворение, расслабленность, превосходство, гордость, умиротворение, привязанность, благодарность, дружелюбность, солидарность, свобода, безопасность, бережность, симпатия, защищенность, доброта, довольство собой, удовольствие, смелость, отвага, решимость, возбуждение, комфорт, ответственность, наслаждение, поддержка, сочувствие, сопереживание, восторг, изумление, стабильность, целеустремленность, активность, любопытство.

15.5. Методы психологической помощи

15.5.1. Решение-фокусированная психотерапия

Традиционные подходы к решению проблем человеческого взаимодействия основаны на идее, что попытке решения проблем должен предшествовать их анализ. Риск *проблемно-фокусированного подхода* в том, что он создает конфликт между людьми. Это происходит потому, что анализ проблем почти неизбежно продуцирует объяснения, которые пытаются точно установить ответственность. Эти объяснения конкретно указывают недостаток и почти всегда воспринимаются как несправедливые упреки. Люди считают такие обвинения неоправданными, защищаются, пытаются ретироваться или свалить вину на кого-либо еще. Получающаяся в результате атмосфера препятствует сотрудничеству между людьми, наносит ущерб творчеству и уменьшает энергию и энтузиазм. Это естественное сопротивление требует дополнительных коммуникаций и времени, а также наличие более четкого контракта, чем это есть во многих ситуациях оказания психологической помощи.

Решение-ориентированный подход к проблемам, первоначально разработанный С. Де Шезером (S. De Shazer) и И. Ким Берг (I. Kim Berg) в 1980-х годах в Центре краткосрочной семейной психотерапии в Милуоки (Висконсин, США), предлагает конструктивный способ обойти эти ловушки проблемно-фокусированного подхода (Ахола Т., Фурман Б., Ялов А. М., 2000; Berg K. I., 1993; De Shazer S., 1985). Ориентация на решение — систематический метод помочь людям направить свою энергию к созданию целей и изобретению средств их достижения. В противном случае их энергия может быть израсходована на анализирование проблем. Отличие ориентации на решение в фокусировании внимания на том, что работает, а не на том, что не работает (см. табл. 15.2). Акцент скорее на будущем, чем на прошлом, на ресурсах и способностях, а не на проблемах, и скорее на успехах, чем на неудачах. Решение-фокусированная психотерапия (Solution Focused Therapy) — это подход, который создает уважение и расширяет сотрудничество и творчество. Ориентация на решение по-

Таблица 15.2. Сравнение проблемно-фокусированного и решение-фокусированного подходов в психотерапии

Фокус на проблемах	Фокус на решениях
Определение проблем	Прояснение целей
Исследование прошлых неудач	Исследование прошлых успехов
Осознание недавнего ухудшения	Осознание недавнего улучшения
Объяснение проблем	Объяснение прогресса
Точное указание слабых сторон и недостатков	Точное указание сильных сторон и ресурсов
Обвинение людей, которые воспринимаются как ответственные за проблему	Признание людей, которые воспринимаются как способствующие решению

рождает настроение, которое благоприятствует позитивному развитию и поощряет обнаружение решений.

15.5.2. Нарративное интервью при работе с кризисными и экстремальными состояниями

Психологическая помощь всегда включает в себя этап психодиагностики, который нередко содержит специальные процедуры, но главным образом осуществляется в рамках клинико-психологической беседы. Для большей структурированности и последовательности сбора данных многие психологи на первых порах предпочитают различные варианты интервью. Здесь хотелось бы поговорить об особенностях неструктурированных интервью, а именно о нарративном интервью.

В переводе с английского *narrative* — «история или рассказ». Данный вид интервью предполагает свободное повествование человека о своей жизни в целом или о каком-то конкретном событии (в зависимости от целей исследования задается так называемое тематическое поле).

Предпосылками возникновения нарративного интервью стали биографический метод и исследования личных устных и письменных рассказов о жизни представителей определенных социальных групп (работы представителей Чикагской школы). В сфере клинической психологии важная роль отводится З. Фрейду (S. Freud) (речь идет о его описаниях психоаналитических сессий и интерпретациях историй жизни известных личностей, основанных, правда, на вторичных документах, а не на устных повествованиях).

Однако впервые основные принципы проведения и анализа данного метода были сформулированы немецким социологом Ф. Шютце (F. Schütze), который занимался изучением общих феноменов, свойственных отдельным социальным группам. Главное преимущество этого метода Шютце видел в том, что он позволял выявить значительно больше деталей происходящих событий, личного участия и отношения

людей, нежели использование целенаправленных вопросов (см.: Журавлев В. Ф., 1993–1994, с. 34–43).

Нарративное интервью придерживается принципов феноменологии как основополагающей теоретической традиции. В качестве основного содержания рассматриваются переживания рассказчиков. Сам же метод главным образом используется в рамках нарративной психотерапии, предполагающей работу с теми историями, которые рассказывают люди. Однако сфера применения нарративного интервью как психодиагностического метода выходит за пределы нарративного подхода и в разных вариациях применяется и в психоанализе, и в работе экзистенциальных психологов.

Качественные исследования, к которым относится и рассматриваемое нами интервью, предполагают работу с качественными данными путем качественного анализа и имеют специфические черты, среди которых можно отметить следующие: «1) предпочтение полевой формы работы, 2) опора на контекстуальный анализ, 3) стремление к богатству и холизму описания, 4) интерес к единичным случаям, 5) индуктивный подход к данным, 6) гибкость и отсутствие жесткой стандартизации, 7) трактовка исследуемого человека как эксперта, 8) чрезвычайное внимание к языку как предмету и средству анализа, 9) ориентация на изучение смыслов и переживаний, 10) опора на рефлексивность исследователя» (Улановский А. М., 2007, с. 142).

Как пишет С. Квале (S. Kvale), в процессе диалога интервьюера и респондента рождается «междувзгляд» двух людей, беседующих на определенную тему, «опрашиваемые сами в диалоге формулируют свое представление о мире, в котором они живут» (Квале С., 2003, с. 37). Нарративное интервью также позволяет человеку сформировать некое цельное представление о прожитой жизни, дает возможность взглянуть на нее со стороны.

При анализе материалов качественных интервью исследователь работает с теми формулировками и «терминами», которые использует рассказчик. Таким образом, осуществляется наиболее ясное и непредубежденное описание явлений сознательной жизни, согласующееся с феноменологическими принципами исследования. Феноменологический метод, предложенный и разрабатываемый Э. Гуссерлем (E. Husserl), призывает нас вернуться «назад к вещам», быть особо внимательными к данным первичного опыта, избегая излишнего теоретизирования, руководствуясь принципами «беспредпосылочности» и «очевидности» (Улановский А. М., 2007, с. 132).

Феноменологический метод активно применялся в психиатрии и психотерапии. Карл Ясперс (K. T. Jaspers) использовал его в психиатрии для классификации эмпирических фактов в отношении явлений, называемых переживаниями, под которыми он понимал поток сознания, «единственный в своем роде нерасчлененный поток событий», неповторимый у каждого человека.

Л. Бинсвангер (L. Binswanger) расширил сферу применения феноменологического метода. Он считал, что данный метод помогает психиатру вжиться в значения слов, «вновь и вновь представить себе то, что подразумевается словами, и обратиться от буквального их смысла и значения к предмету, вещи, переживанию, на что указывают значения слов» (Бинсвангер Л., 1992. С. 129). Автор акцентирует внимание на том, что

в каждом феномене мы обязательно разглядим «личный фон», и наоборот, мы можем познавать личность только «через призму феномена».

Схожим образом феноменологическая психиатрия рассматривается и в рамках экзистенциального анализа, который предполагает всестороннее изучение биографии человека для того, чтобы иметь возможность составить цельное представление о его внутреннем мире, лучше понимать, как этот мир формировался, менялся и распадался.

Как уже говорилось, в качестве основного содержания неструктурированных интервью обычно рассматриваются переживания рассказчиков. Многие современные психологические концепции, основанные на идеях феноменологии (Ю. Джендлин, Э. Кин), понимают под переживанием «слабо оформленный поток чувствований, испытываемый нами в каждый момент времени, который обладает непосредственно ощущаемым нами чувственным смыслом, доступным для его распознавания» (Улановский А. М., 2007, с. 134).

Переживания нередко становятся единственным проводником к внутренним смыслам человека. Они находятся внутри определенного смыслового стержня, который организует всю жизнь личности, и логично вытекают из этого смысла. Согласно М. М. Бахтину, «переживания – это след смысла в бытии, это отблеск его на нем, изнутри себя самого оно живо не собою, а этим внележащим и уловляемым смыслом...» (Бахтин М. М., 1979).

Переживания другого человека не только высвечивают для нас его смыслы, но и проясняют временную перспективу. То есть мы можем понять, где лежит центр тяжести самоопределения человека: в прошлом, настоящем или будущем, куда устремлены его цели, надежды и мечты.

Помимо того что переживания открывают нам опыт взаимодействия человека с миром, они могут выступать и в качестве активной внутренней работы по преодолению критической ситуации, которая чаще всего сводится к нахождению субъективного смысла этой ситуации (Василюк Ф. Е., 1984).

Нарративный подход как самостоятельное течение в психологической науке и практике оформилось совсем недавно. Несмотря на разногласия среди сторонников данного подхода, наметились некоторые общие черты нарративного мировоззрения, такие как «опора на базовую философскую метафору “контекстуализма”»; социально-конструкционистские представления о личности и «интерес к дискурсу и историям как мощным и даже в чем-то эксклюзивным средствам конструирования индивидуального и социального опыта» (Ахола Т., Фурман Б., Ялов А. М., 2000). Сторонники данного подхода рассматривают взаимовлияние жизни и нарратива. Целью своей работы они видят помощь человеку в достижении поддерживающего нарратива, способствующего саморазвитию.

Нарративный подход активно применяется за рубежом при работе с кризисными состояниями, когда необходимо восстановить всю цепочку событий и постепенно наполнить их смыслом.

В рамках данного подхода помимо нарративного интервью также используется родственный ему метод *CCRT (Core Conflict Relationship Theme)* — «Центральная кон-

фликтная тема взаимоотношений», разработанный Л. Люборски (L. Luborsky) и подробно описанный Е. С. Калмыковой (Калмыкова Е. С., 1994). В основе данного метода лежит выявление центрального паттерна взаимодействия человека с другими людьми и выведение некой общей формулы позиции человека в большинстве ситуаций. По мнению автора, это помогает раскрыть главный конфликт пациента. Преимущество данного метода в том, что он позволяет последовательно транскрибировать речь пациента (которая записывается на аудионоситель) и предполагает независимый анализ несколькими экспертами.

Процесс анализа нарративного интервью менее затратный, нежели анализ данных, полученных с помощью метода CCRT, хотя также включает в себя несколько этапов.

Одна из главных идей Шютце заключается в предположении об интуитивной компетентности каждого человека строить повествование таким образом, чтобы быть понятным, а также представлять информацию исходя из ее релевантности для рассказчика. Чтобы получить эту наиболее значимую информацию, ограничив внутреннего «цензора», необходимо, чтобы рассказчик повествовал о событиях исключительно своей жизни и чтобы рассказ рождался спонтанно, без предварительной подготовки.

Логика повествования, по мнению Шютце, подчиняется определенным правилам речевого общения, среди которых он выделял «целостность» и «законченность» (ощущение внутренней необходимости заканчивать повествование об определенном периоде или событии, а также связывать разные события), «сгущение» (повествование о наиболее значимых событиях), «детализацию» (прояснение всех обстоятельств конкретного события для его лучшего понимания) (Журавлев В. Ф., 1994).

Таким образом, полученное повествование соответствует жизненному опыту человека, как он был пережит им, и может содержать, в зависимости от тематического поля, как фактическое изложение ситуации, так и эмоциональное сопровождение происходящего.

Последовательность проведения интервью была разбита Шютце на определенные этапы. Первый этап называется «начало интервью и основной рассказ». Его сущность в том, чтобы стимулировать человека начать повествование с помощью так называемого нарративного импульса, который представляет собой просьбу или общий вопрос исследователя. Этот нарративный импульс сразу же задает тематическое поле интервью. После начала повествования респондентом задача исследователя внимательно слушать и стимулировать продолжение рассказа. Такая пассивная роль интервьюера «позволяет рассказчику в наибольшей степени сконцентрироваться на своем жизненном опыте...» (Журавлев В. Ф., 1994, с. 37). Второй этап, «фаза нарративных вопросов», включает в себя вопросы интервьюера для прояснения непонятных моментов или раскрытия прерванных линий рассказа. На обоих этапах исследователь сосредоточивает свое внимание главным образом на событийно-фактической линии повествования. И только на следующем этапе, в заключительной части, повествующий «получает слово как “теоретик”, давая оценки и объяснения по поводу событий своей жизни» (там же), и здесь уже внимание интервьюера сосре-

доточено на ненарративных элементах, включающих аргументацию, описания, оценки.

Шютце также предложил и схему анализа материалов интервью, состоящую из 6 этапов. Вначале осуществляется анализ отдельных нарративов, выделение их событийной стороны, поворотных пунктов, в результате чего формулируется некая общая формула конкретной биографии. После этого исследователь концентрируется на ненарративных элементах повествования, к которым относятся «ориентации, оправдания, вытеснения». На следующем этапе производится сравнительный анализ всех интервью с целью выделения совпадений внутри структур биографий для составления «системы категорий, описывающих базовые характеристики биографических процессов и структур». В завершение на основании предыдущего анализа выделяются наиболее типичные биографические процессы для обследуемой выборки людей (Журавлев В. Ф., 1994).

Таким образом, метод нарративного интервью позволяет исследовать жизненные процессы внутри одной биографии и сопоставлять жизненные линии разных биографий.

По данным некоторых авторов, нарративное интервью использовалось при исследовании психической травмы, в случаях переживания кризисных и экстремальных ситуаций. В литературе имеется довольно много описаний особенностей переживания экстремального опыта (Тарабрина Н. В., 2001; Решетников М. М., 2006). Исследование женщин, переживших насилие, с помощью нарративного интервью, подтвердил имеющиеся данные, выявив такие особенности повествований как избегание болезненных тем, фрагментарность и размытость воспоминаний (Sorsoli L., 2009).

На основании всего сказанного выше можно утверждать, что нарративное интервью позволяет исследовать место и роль травматического события в контексте всего жизненного пути человека в случаях переживания критических си-

В дипломной работе Е. Н. Петровой изучался травматический опыт пациентов с расстройством адаптации, переживших кризисную (но не экстремальную) ситуацию. Однако повествования пациентов, наоборот, содержали подробное и детальное описание травматических событий, акцентировалось внимание на интенсивности своих страданий и потере смысла. То есть в данном случае травматический опыт респондентов оказался интегрированным в их жизненную историю.

туаций, раскрывает логику развития значимых отношений, динамику переживаний, временную перспективу и возможные ресурсы. Данный метод может применяться во многих случаях, в том числе при исследовании психической травмы, когда нам важно изучать субъективный опыт человека, как он был пережит и интерпретирован им.

15.5.3. Метод биологической обратной связи

Теоретическую основу метода составляют представления о механизмах саморегуляции в живых системах. Основные положения теории условно-рефлекторной деятельности, разработанные русскими физиологами И. М. Сеченовым и И. П. Павловым, были дополнены работами К. М. Быкова (теория кортико-висцеральных связей), Н. А. Бернштейна (принцип сенсорных коррекций), А. Ф. Самойлова (кольцевая система регуляции), П. К. Анохина (теория функциональных систем), Н. П. Бехтеревой (устойчивое патологическое состояние). По существующим представлениям деятельность нервной и гуморальной систем обеспечивает постоянную регуляцию физиологических процессов в качестве основы автоматического поддержания необходимых организму условий существования. Всякое значительное изменение во внешней или внутренней среде организма вызывает деятельность, направленную на восстановление нарушенного постоянства условий существования. Примерами такой саморегуляции могут служить механизмы поддержания уровня сахара в крови, постоянства температуры тела или кровяного давления.

Термин «биологическая обратная связь» (БОС) получил распространение благодаря работам Дж. В. Басмаяна (J. V. Basmajian). При его участии в США в 1969 г. было создано первое общество по изучению метода. Отличие биологической обратной связи как метода от обратной связи, существующей в организме для поддержания гомеостаза, состоит во включении в кольцо обратной связи инструментального звена, выводящего измеряемую функцию на уровень осознания (рис. 15.1). Метод БОС является психофизиологическим тренингом функций организма, плохо или совсем не поддающихся сознательному контролю. Согласно определению Американской ассоциации прикладной психофизиологии и биологической обратной связи (AAPB), *биологическая обратная связь* — это метод коррекции физиологических состояний и функций с использованием специальной аппаратуры, предназначенной для регистрации, усиления и возврата пациенту физиологической информации, в обычных условиях им не воспринимаемой. В России первые исследования биологической обратной связи относятся к 1970-м годам и связаны с именами Н. Н. Василевского и Н. В. Черниговской. Благодаря работам О. В. Богданова, Н. М. Яковлева, Д. Ю. Пинчука, А. М. Вейна, С. А. Исайчева, М. Б. Штарка и многих других БОС внедряется в клиническую практику.

Выделяют основные виды обратной связи по регистрируемой функции: обратная связь по энцефалограмме, электрокардиограмме, параметрам дыхательного цикла, температуре, электромиограмме, кожно-гальванической реакции, фотоплетизмограмме (см. табл. 15.3). Современная схема комплекса БОС включает в себя *набор датчиков*, соответствующих используемым видам обратной связи (кардиоэлектроды, тем-



Рис. 15.1. Принцип биологической обратной связи

Обозначения: ЧСС — частота сердечных сокращений, РД — рекурсия дыхания, ДАС — дыхательная аритмия сердца, ЭЭГ — электроэнцефалограмма, ЭМГ — электромиограмма, Т° — периферическая температура, КГР — кожно-гальваническая реакция.

Таблица 15.3. Виды обратной связи по регистрируемой функции

Канал регистрации	Контролируемые параметры
Электроэнцефалографический (ЭЭГ)	Альфа-, бета-, тета-ритмы и их соотношение, сенсомоторный ритм
Электрокардиографический (ЭКГ)	ЧСС, ДАС
Дыхание (датчики движения брюшной стенки и грудной клетки)	Параметры дыхательного цикла: (РД); частота дыхания (ЧД)
Температурный	Периферическая температура, Т°
Электромиографический (ЭМГ)	Огибающая ЭМГ (ОЭМГ)
Кожно-гальваническая реакция (КГР)	Кожные потенциалы
Фотоплетизмограмма (ФПГ)	Время распространения пульсовой волны (ВРПВ); амплитуда систолической волны (АСВ)

пературные и миографические датчики и др.), преобразователь сигналов, регистрирующий, фильтрующий и преобразующий сырые сигналы, поступающие от датчиков, компьютерную программу с библиотекой процедур. Аппаратура для проведения тренинга может быть стационарной и переносной, обеспечивать возможность проведения одно- и многоканальной обратной связи, включать один или два монитора для пациента и специалиста. По модальности сигнала, предъявляемого пациенту, выделяют визуальную, звуковую и тактильную обратную связь. По типу подкрепления — положительную и отрицательную. Примером отрицательной обратной связи может служить появление шума при достижении нижнего порога измеряемой функции. Специальная компьютерная программа использует полученный от преобразователя

сигнал для предоставления обратной связи в виде образов различной модальности. Ее возможности обычно позволяют выбрать из библиотеки нужную процедуру, менять в ней содержание образов, устанавливать пороги успешности, записывать ход выполнения задания и предоставлять статистический отчет, включая курсовую динамику. Необходимо учитывать, что аппаратура БОС, как правило, не предназначена для диагностики вне задач предоставления обратной связи.

Есть несколько основных направлений использования метода. Самым распространенным является *тренинг обратной связи по электромиограмме*. Он применяется как в реабилитации для восстановления двигательных функций (парезы, параличи, нарушения двигательных функций), так и в комплексной терапии неврозов, при головных болях напряжения для неспецифической релаксационной тренировки (Пинчук Д. Ю., Дудин М. Г., 2002). *Обратную связь по электроэнцефалограмме* широко используют в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей (Лютин Д. В., 2008), в терапии эпилепсии для предотвращения возникновения приступа (увеличение сенсомоторного ритма). *Тренинг по частоте сердечных сокращений* применяется для снятия тревоги, купирования панических состояний (Аверьянов Г. Г., Курпатов А. В., 2002).

Показания к тренингу обратной связи включают целый спектр дисфункций, в том числе нарушения сна, головные боли напряжения, болевой синдром, гипертензию, психосоматические заболевания, неврозы и другие виды функциональных расстройств. Его широко используют для обучения навыкам релаксации, коррекции психоэмоционального состояния, снижения стрессовой реактивности.

Считается признанной эффективностью применения тренинга в комплексном лечении посттравматических стрессовых расстройств. Преимуществами БОС являются отсутствие побочных действий, немедикаментозный характер лечения, возможность работать с детьми начиная с семилетнего возраста. Противопоказания — острые психотические состояния, в том числе острая реакция на стресс, фотосенситивная эпилепсия, когнитивная недостаточность с невозможностью понять инструкцию.

Применение метода требует индивидуального подхода к каждому пациенту, включая диагностику до и после курса, постановку задачи, выбор вида обратной связи и продолжительности курса, разработку программы занятий, оценку эффективности лечения. Специалист, проводящий занятие, должен обладать достаточным уровнем эмпатии, быть внимательным к любым изменениям в состоянии пациента во время прохождения курса, чтобы можно было внести необходимую коррекцию в программу занятий. Курсы процедур биологической обратной связи можно повторять через 3–6 месяцев, в этом случае проявляется накопительный эффект тренировок.

Пример применения психофизиологического тренинга с биологической обратной связью по ЧСС для обучения навыкам релаксации. Проводится курс из 10–15 про-

цедур длительностью от 30 мин до 1,5 ч. Общая продолжительность занятия зависит от устойчивости и глубины контакта, а также готовности пациента обсуждать с психологом свои ощущения. Каждое занятие сочетает в себе тренировку навыков диафрагмального дыхания под контролем параметров сердечного цикла с проработкой возникающих образов и эмоций. На первых этапах основная задача — научить пациента обращать внимание на сигналы тела, дифференцировать свои ощущения, называть их локализацию и описывать в терминах той модальности, которая ему ближе. Спектр ощущений очень широк, пациенты часто описывают тяжесть и комок в груди, боль и напряжение в шейно-воротниковой зоне, боль в голове (локализация индивидуальна), першение и спазмы в горле, в области солнечного сплетения, напряжения в животе, в ногах. В крайних вариантах больные или совсем не осознают наличие у себя каких-либо мышечных напряжений, или преувеличенно акцентируют свое внимание на наиболее беспокоящих ощущениях, что в обоих случаях не позволяет оценить объективное состояние. В качестве дополнительного стимула к осознанию мышечных напряжений психолог может следить за положением тела пациента во время тренинга и сообщать ему о своих наблюдениях. Перед началом процедуры нужно попросить пациента сесть удобно перед монитором, принять по возможности вертикальное положение, проверить контакт ступней с полом, положить руки свободно на подлокотники или колени, не скрещивая между собой. Необходимо обратить внимание на следующие моменты: может ли пациент принять вертикальное положение, насколько отклоняется от него и куда, устойчива ли постановка ног, нет ли резких перегибов в положении тела, особенно между грудной клеткой и животом, туловищем и шеей. Цель такого мониторинга заключается в нахождении зон напряжения. Ощущений из них пациент сможет избегать, создавая как бы изоляцию вокруг них и запрет на доступ. Так, мы можем увидеть и показать пациенту рассогласованность между отсутствием у него ощущений из напряженной зоны и объективным состоянием тела. Часто для ощущений доступны лишь отдельные зоны: только голова, голова и шея, голова и область до солнечного сплетения, голова и туловище или же все тело, включая ноги. Отсутствие ощущений — это признак высокого напряжения, и целью является добавление как можно большего количества ощущаемых зон, движение сверху вниз. На первом этапе доступным ощущением в новой зоне становится напряжение. Именно это напряжение прорабатывается с помощью диафрагмального дыхания.

Навыки диафрагмального дыхания вырабатываются под контролем обратной связи по частоте сердечных сокращений и дыхательной аритмии сердца. Используются кардиодатчики и датчики движения брюшной стенки. Дыхательный цикл является отражением чередования периодов сна и бодрствования, существующих на уровне всего организма. С каждым вдохом и выдохом организм проходит стадию активации и релаксации, которые отражаются в колебаниях пульса. Пульс человека не постоянен, он меняется по определенному закону, на экране своих мониторов психолог и пациент будут видеть пульсовую волну. С каждым вдохом пульс растет, с выдохом падает. Разница в пульсе между вдохом и выдохом, усредненная за несколько дыхательных циклов, называется дыхательной аритмией сердца. Она отражается на

экране пациента в виде сигнала обратной связи и является целевой функцией в тренинге диафрагмального дыхания. На разных этапах тренинга пациент видит в режиме реального времени на экране монитора свою пульсовую волну, динамическую столбчатую диаграмму, цифровой или стрелочный индикатор ДАС, величину пульса, меняющийся зрительный ряд. Умение успешно выполнить такие задания, как (смена картинки на экране) — понижение пульса, достижение пороговых величин ДАС — поддерживает мотивацию пациента к освоению диафрагмального дыхания, являясь положительным подкреплением. Поступающая информация о частоте пульса и ДАС является для пациента объективизацией актуального психофизиологического состояния. Психолог может дополнительно сообщить нормативные показатели пульса и ДАС. Цели тренинга диафрагмального дыхания под контролем биологической обратной связи устанавливаются в физиологической терминологии, например повысить ДАС до 20 единиц.

Пациент получает инструкцию повысить ДАС. Для этого нужно дышать глубоко, задействуя весь объем легких. Вдох нужно делать через нос, выдох через рот. Сокращение диафрагмы на выдохе позволяет полностью выдохнуть воздух, живот при этом поджимается, а на вдохе она обеспечивает полное расширение легких, при этом брюшная стенка идет вперед. Соотношение вдоха и выдоха может быть дополнительной целью тренинга на последующих этапах. Начинать можно с простого соотношения 1:1, в дальнейшем надо стремиться к замедлению дыхания и увеличению продолжительности выдоха до 1:2. Другие специальные соотношения выходят за рамки наших задач. Если пациенту доступно медленное глубокое дыхание с преобладанием выдоха, не следует его поправлять. Для исключения поверхностного дыхания мы просим пациента сохранять неподвижность верхней части спины и минимизировать движения в грудной клетке. Во время выполнения инструкции все внимание направлено на дыхание и сигнал обратной связи. Для достижения релаксации просим делать акцент на выдохе. Стандартное занятие продолжительностью 30 мин состоит из чередования рабочих этапов и периодов отдыха продолжительностью 3–5 мин. После каждого рабочего этапа необходимо спросить пациента о его самочувствии и изменении в ощущениях.

Когда базовые навыки диафрагмального дыхания освоены, а для этого понадобится от 2 до 5 занятий, вводится дополнительная инструкция, направленная на проработку мышечных зажимов и напряжений. Пациенту дается задание во время рабочего этапа сосредоточить свое внимание на ощущениях в той области, которая наиболее его беспокоит на настоящий момент. Бывает достаточно обычного наблюдения, для того чтобы дискомфорт в наблюдаемой области пропал. В противном случае можно визуализировать дыхание, представить, что на вдохе мы вдыхаем прохладный, чистый, свежий, здоровый воздух и направляем его в область напряжения. Поток воздуха очищает ее, впитывает боль, дискомфорт, и они покидают тело вместе с теплым выдохом. Если пациент обладает достаточным воображением, можно попросить его дышать через эту зону или представить, что он дышит через ладонь, которую психолог помещает над ней (Сандомирский М. Е., 2009). После такой проработки происходит расслабление, неприятные ощущения пропадают, и вниманию пациента стано-

вится доступно напряжение в следующей зоне. Последовательное прохождение всех мышечных групп сверху вниз в течение курса позволяет достичь снижения общего уровня нервно-психического напряжения.

Ощущения, возникающие во время тренинга с БОС, нужно стараться во время обсуждения переводить с языка тела на язык эмоций. Будем исходить из предположения, что каждой подавленной эмоции соответствует свой телесный зажим. Психолог спрашивает пациента о чувствах, которые могут возникнуть у него во время тренинга. Можно задать вопросы, когда в реальной жизни у него возникает подобное ощущение, ассоциации с какими событиями оно вызывает, что он чувствует прямо сейчас, когда переживает его. Если качество контакта позволяет, то следует вторую часть занятия оставлять для психотерапевтической проработки полученной информации.

Несколько слов об особенностях контакта во время психофизиологического тренинга. Когда психолог показывает пациенту, как нужно дышать, он, как правило, дышит вместе с ним. Происходит подстройка под дыхание пациента и дальнейшее ведение за собой. Кроме того, физическая дистанция устанавливается ближе, чем в терапевтическом общении. Психолог находится рядом с пациентом, просит описать возникающие ощущения, которые пациентами могут восприниматься как глубоко личные. На определенных этапах, после установления доверительных отношений, психолог может касаться плеча, спины или руки пациента, показывая как нужно исправить положение тела. Возникает глубокий контакт, и его можно и нужно использовать в терапевтических целях. Поэтому целесообразно сочетать процедуры БОС с сеансами психотерапии.

15.6. Реабилитация

15.6.1. Методологические основы реабилитации

Термин «реабилитация» происходит от латинского *re* — «вновь» и *habilis* — «удобный, приспособленный» и означает «восстановление». Изначально под реабилитацией подразумевали исключительно ее юридический аспект — восстановление доброго имени человека. Лишь в 1903 году немецкий профессор и общественный деятель Франц Иозеф Раттер фон Бус впервые в книге «Система общего попечительства над бедными» использует понятие «реабилитация», описывая благотворительную деятельность. Однако и этот смысл оказался слишком узок. XX век — эпоха двух мировых и огромного количества локальных войн. Это время научно-технического прогресса в разных областях знания, и в частности в медицине. Новые возможности позволили врачам справляться с различными заболеваниями. Пациенты, которым удалось сохранить жизнь, оставались инвалидами. Возникла задача помочь этим людям вновь войти в общество. Первые реабилитационные центры были созданы в Европе и Америке, чтобы адаптировать в социальной среде бывших военнослужащих, получивших серьезные травмы на фронте. Одним из основных видов работы с ними

являлась профессиональная реабилитация — овладение новой специальностью для самостоятельной, независимой жизни. Во второй половине XX века реабилитация начала оформляться в междисциплинарную отрасль науки и практики. С каждым годом потребность в реабилитации возрастала, и спектр проблем реабилитируемых становился все шире.

На сегодняшний день выделяют следующие *виды реабилитации*: медицинская, психологическая, педагогическая, социальная и профессиональная. В рамках *медицинской* реабилитации используется комплексный подход, который позволяет дополнить и оптимизировать различные виды лечения (восстановительное, физиотерапевтическое, хирургическое и др.). Цель — восстановление здоровья (полное или частичное), предупреждение осложнений, замедление патологического процесса. Это первая ступень в системе реабилитации, и от ее эффективности будет зависеть успешность других реабилитационных воздействий. *Психологическая* реабилитация включает в себя мероприятия с использованием психологических приемов, средств, методов и техник, направленных на адаптацию человека к социальному окружению (психотерапия, арт-терапия, терапия окружающей средой, трудотерапия и др.). М. М. Кабанов (1981) считает, что во всех случаях реабилитации необходимо обращение к личности человека, что без апелляции к личности нет подлинной реабилитации. *Педагогическая* реабилитация позволяет человеку овладеть навыками самообслуживания, социальными нормами поведения, приобрести социальный опыт. *Социальная* реабилитация представляет собой меры, направленные на восстановление разрушенных или утраченных социальных связей и отношений. Уменьшению или устранению социальной недостаточности способствует социальная помощь — выплаты, пособия, льготы. Целью *профессиональной* реабилитации является восстановление трудоспособности, приобретение новой профессии. Реабилитируемые могут пройти профессиональную ориентацию, получить образование (или переобучение), им оказывается помощь в процессе трудоустройства.

Реабилитация осуществляется как комплекс мероприятий по так называемому принципу звезды (когда используются все пять видов реабилитации одновременно). Однако в зависимости от запроса возможна работа в рамках одного или нескольких видов реабилитации (например, только медицинская и психологическая).

В основу процесса реабилитации заложены следующие основополагающие принципы:

- 1) партнерство, предполагающие активную позицию клиента в процессе реабилитации;
- 2) разносторонность (разноплановость). Реабилитационные мероприятия должны затрагивать различные сферы жизнедеятельности человека;
- 3) единство биологических и психосоциальных методов воздействия;
- 4) ступенчатость. Все мероприятия должны осуществляться поэтапно, постепенно сменяя друг друга;
- 5) раннее начало. Раннее вмешательство позволяет предотвратить возможные осложнения;

- 6) непрерывность;
- 7) реалистичность. Программа реабилитации должна составляться с учетом психофизических особенностей и личностных проблем реабилитируемых.

Рассматривая реабилитацию как практическую отрасль, можно отметить, что ее объект недостаточно определен. То есть не выделены жесткие критерии, по которым можно судить, нуждается ли человек в реабилитации. В настоящее время существуют реабилитационные программы для людей с нарушениями психосоциального функционирования различного генеза. Всех их объединяет дезадаптация к различным сторонам окружающей действительности, которая может субъективно восприниматься в качестве кризисной или экстремальной ситуации. Условно можно выделить три группы людей, обращающихся за реабилитацией. Это люди:

- с нарушениями здоровья, хроническими заболеваниями и со стойкими расстройствами функций организма;
- с последствиями пребывания в психотравмирующих ситуациях;
- с асоциальным и диссоциальным поведением.

Реабилитация осуществляется в специализированных реабилитационных центрах, на дому, в стационарах, учреждениях трудовой занятости, религиозных учреждениях. Задача восстановления личностного и социального статуса реабилитируемого не может быть решена в отрыве от окружающей его социальной среды. Значимым фактором успешной реабилитации является наличие поддержки со стороны семьи, друзей, коллег. Взаимоотношения с другими людьми влияют на динамику реабилитации. Эффективность данного процесса зависит не только от восстановления возможностей социального функционирования человека, но и от готовности общества обеспечить равноправное участие в жизни социума. Реабилитируемый может сталкиваться со стигматизацией в связи с переживаемыми им проблемами.

Поскольку реабилитация — это междисциплинарная область, то, соответственно, осуществляют ее специалисты разных профилей. Для достижения результатов необходима слаженная бригадная работа, основанная на партнерстве.

Реабилитационный процесс является сложным, многоэтапным, многоцелевым и организуется в рамках следующих мероприятий:

Обследование. На этом этапе осуществляется диагностика, позволяющая получить максимально полную картину физического и психического состояния реабилитируемого, особенности его социальной ситуации, выявляются круг медицинских, психологических и других проблем. Выясняется уровень заинтересованности и мотивации участия в реабилитационных мероприятиях.

Разработка индивидуальной программы реабилитации. Описываются формы, способы, средства и сроки проведения реабилитационных мероприятий. Совместно с реабилитируемым определяются цели, стратегии работы, специалисты, необходимые в конкретном случае. Реабилитация предполагает индивидуальный подход в работе. Доверительный контакт между специалистом и клиентом является одним из ключевых факторов, опосредующих эффективность воздействий.

Обеспечение реабилитации. Происходит этап реализации реабилитационных мероприятий.

Мониторинг. Отслеживается реабилитационный процесс.

Оценка эффективности реабилитационных воздействий.

Длительность реабилитационного процесса различна и варьируется в зависимости от того, как скоро возможно достижение результата (адаптация в социуме). В некоторых случаях реабилитационные мероприятия проводятся в течение нескольких недель, в других — на протяжении всей жизни.

Таким образом, реабилитация — это междисциплинарная область науки и практики, в рамках которой осуществляется *восстановление личного и социального статуса* человека.

15.6.2. Реабилитация лиц, находящихся в кризисном и экстремальном состоянии

Рассмотрим основные задачи реабилитации лиц, находящихся в кризисном и экстремальном состоянии. Понятия «кризис» и «экстремальная ситуация» имеют как некие общие, так и свои специфические особенности. Общим является то, что это «внутренние психические состояния, предельные по своей интенсивности» и связанные с возможной психической травматизацией индивида. Отличие заключается в следующем: экстремальное состояние определяется «логикой взаимодействия индивида и мира», а кризис — «внутренней логикой развития человека» (Бочаров В. В., Карпова Э. Б., 2010).

Основной задачей разрешения кризиса является внутренняя работа индивида, которая связана с «коренной реконструкцией личности» (Бочаров В. В., Карпова Э. Б., 2004) и направлена на переосмысление и переоценку жизненных ценностей, целей и смысла жизни. Главной задачей личности после прохождения экстремальной ситуации становится восстановление разрушенной связи с миром, возвращение к прежнему, привычному образу жизни. Экстремальная ситуация может вызвать развитие кризиса у индивида. В этом случае необходима психологическая работа как с последствиями экстремальной ситуации, так и с кризисным состоянием.

Психотерапевтическими задачами реабилитационных мероприятий для лиц, переживших экстремальную ситуацию (Тарабрина Н. В., 2001), являются:

- снижение тревоги;
- помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом;
- интерпретация эмоциональных переживаний как напоминаний о травме;
- обретение контроля над эмоциональными реакциями;
- нахождение происшедшему травматическому событию надлежащего места в общей временной перспективе своей жизни и личной истории;
- восстановление чувства личностной целостности;
- интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я) (Van der Kolk В. А., Ducey С. Р., 1989);

- коррекция отношений к другим людям, достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов (Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г., 2000).

Представленные задачи решаются как в индивидуальных, так и в групповых форматах психотерапевтической работы.

Основные психотерапевтические и психологические методы:

- техника вскрывающих интервенций (*EBI*);
- техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (*EMDR*);
- тренинг преодоления тревоги (*АМТ*).

Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе (Allen A., Bloom S. L., 1994].

Психотерапевтические задачи реабилитационных мероприятий для лиц в кризисном состоянии:

- создание безопасного пространства;
- обретение контроля над эмоциональным состоянием;
- работа с разрушительными чувствами;
- переоценка жизненных ценностей, расстановка приоритетов;
- принятие и укрепление своего Я;
- обретение жизненных смыслов;
- освоение новых ролей и моделей поведения.

Основные психотерапевтические и психологические методы:

- 1) индивидуальный формат работы:
 - кризисная интервенция (Емельянова Е. В., 2004);
 - снижение кризисного напряжения: релаксационная визуализация; трансформация образа (метод В. Стюарт) в сочетании с фокусированием (метод Ю. Джендлина); метод двойной диссоциации (НЛП);
 - техники краткосрочной позитивной психотерапии и т. д.;
- 2) групповой формат работы:
 - группы личностного роста;
 - группы со спонтанной динамикой;
 - группы с управляемой динамикой;
 - психодрама и т. д.

Подробно использование техник индивидуальной и групповой психотерапии при работе с кризисными состояниями описано Н. Г. Осуховой (Осухова Н. Г., 2005).

15.7. Специальная психологическая помощь

15.7.1. Экстренная психологическая помощь лицам, оказавшимся в зоне ЧС

В основе оказания экстренной психологической помощи лицам, оказавшимся в зоне ЧС, лежит комплексный динамический подход к лечебно-профилактическим мероприятиям, проводимым во время и после ликвидации ЧС. Основными принципами оказания эффективной медико-психологической помощи пострадавшим являются: 1) приближенность помощи к очагу поражения; 2) неотложность — оказание специализированной медицинской и психологической помощи в наиболее ранние сроки для купирования острых реакций и расстройств; 3) адекватность выбора и применение наиболее щадящих методов и средств коррекции и лечения развивающихся состояний; 4) преимущество методических подходов лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых на всех этапах ликвидации последствий ЧС; 5) этапность — оказание неотложной медико-психологической помощи пострадавшим на всех этапах медицинской эвакуации.

В соответствии с этико-деонтологическими и правовыми гражданскими нормами психолого-психиатрическая помощь в ЧС должна быть максимально добровольной в той мере, которая возможна и оправдана в данных условиях.

В очаге стихийного бедствия или катастрофы предполагаются следующие мероприятия:

- 1) оказание первой медицинской и экстренной психологической помощи жертвам, пострадавшим и очевидцам событий, находящимся в остром психотическом состоянии, в состоянии психомоторного возбуждения или ступора (фармакологическими средствами, психотерапевтическими и психологическими техниками, направленными на коррекцию не синдромов, а симптомов расстройств);
- 2) психотерапевтическая помощь выжившим, находящимся в условиях изоляции, в виде *экстренной информационной терапии*, прямой и косвенной суггестии (через систему звукоусилителей), целью которой является психологическая поддержка, уменьшение тревоги и страха пострадавших;
- 3) психопрофилактика острых реакций психотического и непсихотического уровней, отсроченных нервно-психических нарушений и массовых психических явлений среди пострадавших и населения. Это предполагает адекватное информационное обеспечение всех спасательных мероприятий. Для борьбы с паникой необходимы выявление и изоляция *отрицательных лидеров*, надежность, взвешенность и структурированность распространяемой информации с четко сформулированными и психологически продуманными рекомендациями;
- 4) психотерапевтическая помощь родственникам погибших и людей, находящихся под завалами, с помощью поведенческих приемов, направленных на

снятие психоэмоционального возбуждения и панических реакций; использование экзистенциальных техник, способствующих принятию утраты и поиску психологических ресурсов совладания. Возможно применение психофармакотерапии и рефлексотерапии, помогающих повысить защитно-приспособительные и резервные возможности организма;

- 5) психокоррекционная и психотерапевтическая помощь спасателям, сотрудникам спецслужб и другим ликвидаторам, находящимся в месте ЧС (психологический дебрифинг, техники, направленные на структурирование и выражение эмоционального переживания, методы нейролингвистического программирования, фармпрепараты профилактического действия).

15.7.2. Психологическая помощь лицам с химической зависимостью, вызванной патогенным переживанием кризиса или экстремальной ситуации

Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга в рамках Городской целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2008 гг.» были созданы реабилитационные центры на базе Межрайонного наркологического диспансера № 1. Открытие пяти наркологических реабилитационных центров (НРЦ), оказывающих помощь в режиме дневного стационара на бюджетной основе, позволило охватить те слои наркопотребителей, которые ранее не имели возможности получить помощь. Полузакрытая реабилитационная среда (дневной стационар) имеет ряд преимуществ, наиболее важным из которых является возможность для реабилитанта проживать в привычной семейной обстановке, продолжать работу или учебу, одновременно получая комплексную медико-психолого-социальную помощь. Это позволяет аддикту более быстро и продуктивно решать возникающие вне стен стационара проблемы, реализовывать на практике полученные в процессе реабилитации знания, гармонизировать отношения в семье. Все перечисленное выше поддерживает у пациентов высокую мотивацию на выздоровление.

В основу работы центра положен бригадный подход, позволяющий оказывать помощь пациенту одновременно в трех направлениях: медицинском (психиатр-нарколог, психотерапевт, терапевт, невролог, медицинские сестры), психологическом (медицинские психологи) и социальном (специалисты по социальной работе, социальные работники). Реабилитация в центре носит этапный характер — на каждом из трех этапов (адаптационный, интеграционный, стабилизационный) решаются как общие сквозные, так и специфические для каждого из этапов задачи.

Центр предназначен для работы с больными, имеющими химические аддикции (наркомания, алкоголизм, токсикомания, табакокурение). Однако основной поток обратившихся за помощью составляют зависимые от наркотиков опийной группы и зависимые от алкоголя пациенты. В фокусе рассмотрения находятся не только вопросы зависимости, но и проблемы личностного, межличностного, семейного функционирования пациента; ставятся задачи профориентации, восстановления

утраченных навыков, трудоустройства, организации досуга и т. д. Реабилитационная работа ведется как в индивидуальном, так и в групповом режиме, что позволяет пациенту посещать центр в удобное для него время. Важное место в реабилитации занимает работа с родственниками зависимых (групповая и индивидуальная формы).

Общие цели и задачи реабилитации лиц с химической зависимостью

- Проведение комплекса фармакотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ).
- Нивелирование астенических, аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, вызванных употреблением ПАВ.
- Формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремления к жизни без ПАВ.
- Повышение качества жизни наркологических больных, стремящихся пройти программу реабилитации и избежать рецидивов заболевания.
- Обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет».
- Восстановление коммуникативных навыков.
- Формирование ответственности за свое поведение и здоровый образ жизни.
- Обучение анализу и оценке саморазрушающего поведения.
- Формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов.
- Формирование реальной жизненной перспективы.
- Восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции (с акцентом на приоритет положительных) при решении личных и социальных задач.
- Нейтрализации наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности.
- Формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок.
- Восстановление и нормализация семейных отношений.
- Формирование (или восстановление) навыков систематического труда и учебы, профориентирование, содействие в трудоустройстве.
- Стабилизация профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов.
- Психотерапевтическая работа с родственниками больных, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании и алкоголизма, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния для предотвращения рецидивов заболевания, а также преодоления созависимости.

Необходимым компонентом в структуре реабилитационного процесса является программа индивидуального психолого-социального сопровождения реабилитантов с химической зависимостью. Она наравне с другими аспектами реабилитации (врачебное сопровождение, групповая психотерапия и психокоррекция и социальная работа) позволяет консультировать в индивидуальном порядке реабилитантов по наиболее типичным вопросам, связанным с зависимостью.

Для осуществления контроля за прохождением каждым реабилитантом программы проводятся еженедельные рабочие встречи среди специалистов, реализующих программу, и других специалистов НРЦ. Для получения обратной связи об успехе прохождения программы каждый реабилитант ежемесячно заполняет специальную форму, содержащую вопросы о прогрессе и субъективной важности для него тех или иных мероприятий. Контроль за осуществлением работы каждого специалиста проводится посредством совместных встреч с реабилитантом двух специалистов, после чего проводится супервизия. Важным для дальнейшей реализации программы является сбор катанестических сведений о реабилитантах, прошедших программу.

Кроме государственных центров помощи лицам с химической зависимостью, существуют и некоммерческие организации (благотворительные фонды), которые могут получать финансирование не только от государственных структур (например, Министерства здравоохранения РФ), но и из других источников (частные пожертвования, финансирование другими фондами и т. д.). К таким организациям относится благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие», который работает на территории Санкт-Петербурга. Деятельность фонда в первую очередь касается уязвимых групп населения (лиц, употребляющих психоактивные вещества инъекционной женщин, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг за деньги). Благодаря работе специалистов фонда осуществляется подготовка к психологической реабилитации, в том числе и к прохождению лечения в учреждениях, подобных наркологическим реабилитационным центрам.

В июне 2016 года фонд отметил 15-летний юбилей. Однако работа фонда началась гораздо раньше, еще в 1995 г. с проекта «Дети улиц Санкт-Петербурга». Позже в фонде были запущены еще несколько проектов, целью которых является профилактика распространения социально значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, инфекции, передающиеся половым путем) и сохранение здоровья населения. В первую очередь работа направлена на профилактику распространения данных заболеваний среди групп, имеющих повышенный риск заражения, — лиц, употребляющих ПАВ инъекционно, и женщин, вовлеченных в сферу коммерческого секса.

В фонде существует не менее важный проект — медико-социальное сопровождение, охватывающий все уязвимые группы, с которыми работает фонд. Данный проект направлен на улучшение состояния здоровья лиц, которые обратились за помощью (содействие в получении различных медицинских услуг, а именно своевременное лечение инфекционных заболеваний, сопровождение по вопросам лечения наркозависимости), а также на повышение уровня адаптации к жизни в обществе (содействие в восстановлении утраченных документов/получении новых документов и т. д.).

В январе 2017 г. проекту по работе с лицами, употребляющими ПАВ инъекционно, исполнилось 20 лет. «Синий автобус» был первым проектом в Санкт-Петербурге и в России в целом, который начал работать с наркозависимыми людьми. Цель данного проекта — снижение негативных последствий от употребления наркотических веществ и профилактика социально значимых заболеваний, в первую очередь ВИЧ-инфекции.

В рамках проекта оказывается медико-социально-психологическая помощь на базе передвижного мобильного пункта. Клиенты проекта получают стерильный медицинский инструментарий при каждом посещении (чистые шприцы, иглы, спиртовые салфетки) и средства защиты (презервативы). В пункте предоставляется возможность добровольно протестироваться на несколько инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатит С, сифилис) и получить консультацию медицинского работника. Также оказывается психологическая помощь (до- и послетестовые консультации, консультации по вопросам реабилитации, мотивационное консультирование, экстренная психологическая помощь и кризисное консультирование), проводится информационная работа.

Принципы работы проекта:

- уважение каждой человеческой личности;
- безоценочность (отсутствие осуждения образа жизни, поведения клиентов);
- анонимность и конфиденциальность (клиенты не должны предоставлять какую-либо личную информацию, им присваивается определенный код, по которому специалисты проекта могут идентифицировать их в случае необходимости);
- индивидуальный подход к каждому клиенту (учет особенностей жизненной ситуации, психологических особенностей);
- комплексность (команда проекта многофункциональна, в нее входят специалисты различных профилей — социальные, медицинские работники, психологи; данный принцип позволяет оказывать помощь целостно, с учетом всех проблемных сфер в жизни клиентов проекта);
- принцип «низкопороговости» (клиенты программы имеют возможность получить первичную помощь, для чего практически не нужно прилагать усилий — необходимо посетить проект во время его работы; данный принцип позволяет специалистам фонда связываться с теми лицами, которые уже не готовы прилагать усилия для сохранения своего здоровья).

Портрет типичного клиента проекта и его психологические особенности:

- в основном клиентами проекта являются лица от 30 лет, которые начали употреблять ПАВ инъекционно еще в конце 1990-х — начале 2000-х гг.;
- у данных лиц наблюдается целый комплекс проблем, которые возникли в большинстве своем вследствие употребления ПАВ: от медицинских — заболевания вен, гепатит С (который присутствует практически у 90 % клиентов), ВИЧ-инфекция (заболевание диагностируется у 50–60 % клиентов), туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем и т.д.; до социаль-

но-психологических (отсутствие определенного места жительства, утерянные документы / сложности в получении документов, лишение родительских прав, низкий уровень жизни, сложные отношения в семье, неудовлетворенность жизнью, принятие себя, суицидальные склонности и т. д.);

- низкий уровень адаптации к жизни в обществе / отсутствие адаптации;
- опыт нахождения в местах лишения свободы (в том числе неоднократный);
- отсутствие интереса к себе, своему здоровью и дальнейшей жизни (является наиболее тормозящим фактором в процессе оказания помощи данным лицам).

Основные психотерапевтические и психологические методы

Психообразовательные лекции (расширение понимания пациентом его болезни).

- Рациональная психотерапия (понимание предстоящих задач реабилитации). Одновременно на этом фоне формируются зачатки осознанной установки на трезвость.
- Мотивационная группа (работа над мотивацией на отказ от употребления ПАВ).
- Личностно ориентированная психотерапия (работа по гармонизации системы отношений личности).
- Психодинамический подход (работа с детско-родительскими отношениями).
- Экзистенциальная психотерапия (формирование адекватной системы ценностей и преодоление духовной пустоты).
- Гештальт-терапия (коррекция аффективной сферы).
- Психодрама (коррекция неадаптивных паттернов межличностного взаимодействия).
- Тренинговые занятия (коммуникативный, личностный тренинг, тренинг преодоления конфликтных ситуаций, экзистенциальный тренинг).
- Группы работы по заданию (выполнение аналитических упражнений в группе).
- Арт-терапия.
- Кинотерапия.
- Библиотерапия.
- Индивидуальная работа с созависимыми членами семьи.
- Религиотерапия (духовная ориентация пациентов).
- Участие в спортивных, культурно-массовых и досуговых мероприятиях.

Реабилитационная работа с близкими пациентов включает рассмотрение следующих тем (Идрисов К. А., Краснов В. Н., 2005):

- снижение уровня сильных негативных эмоций;
- осознание определенной формы созависимых отношений в семье и своей роли в их создании;

- самоопределение созависимого, пересмотр деструктивных убеждений, предубеждений и иллюзий;
- разработка стратегии взаимодействия с зависимым, препятствующей поддержанию его употребления;
- восстановление психического равновесия и физического здоровья;
- при необходимости предоставление информации о том, где созависимый может пройти медикаментозное лечение.

15.7.3. Групповая психотерапия ПТСР

Групповая терапия — наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Часто она проводится в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций относительно того, какой вид групповой терапии является более предпочтительным. Предлагаются отличные друг от друга направления: 1) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); 2) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе А. Аллена и С. Л. Блума (Allen A., Bloom S.L., 1994).

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение следующих терапевтических целей:

- разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс);
- снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;
- работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
- обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание;
- прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;
- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект;

- возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства);
- развитие чувства локтя, когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом;
- преодоление чувства собственной неценности — «мне нечего предложить другому»;
- возможность узнать о жизни других членов группы и смещение таким образом фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;
- уменьшение чувства вины и стыда, развитие доверия, способности разделить горе и потерю;
- возможность работы с «секретом» — делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста);
- укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, дающая опыт новых взаимоотношений;
- принятие групповой идеологии, языка, дающих возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом;
- получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, происходящих с каждым членом группы.

Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) психотерапия ПТСР

Центральное место в этой форме психотерапии посттравматического стресса отводится конфронтации пациента с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения. Существует несколько вариантов применения поведенческой терапии для лечения ПТСР. Наиболее известными на сегодня являются *техники вскрывающих интервенций (Exposure-Based Interventions, EBI)* и десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движений глаз (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR*), призванные помочь пациенту справиться с ситуациями, вызывающими страх, а также тренинг преодоления тревоги (*Anxiety Management Training, АМТ*), в ходе которого он учится контролировать свое чувство тревоги с помощью специальных навыков.

Техника вскрывающих интервенций

Техника *EBI* основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Из этого следует, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям (в воображении или непосредственно) должно приносить терапевтический эффект. Таким образом, метод заключается в том, чтобы помочь пациенту пережить заново травматические воспо-

минания и их интегрировать. *EBI* снижают уровень дистресса и физиологической реактивности, навязчивых воспоминаний. Эффективность данного вида терапии убедительно продемонстрирована в работе с ветеранами войн, жертвами изнасилования и детьми, находящимися в зоне военных действий (Blake D.D., Abweg F.R. et al., 1993). Метод необходим для снятия таких симптомов ПТСР, как психофизиологическая активация (*arousal*) и реакция испуга (*startle*), навязчивые мысли, ночные кошмары и агрессивность. Эффективность метода для снятия таких симптомов, как эмоциональная глухота, отчужденность и ограниченность аффекта, не очевидна. Разные авторы, например А. Аллен (Allen A., Bloom S.L., 1994), Б. Литц с соавт. (Litz B.T., Blake D.D. et al., 1990), Р. Питмэн с соавт. (Pitman R.K., Altman B., Greenwald et al., 1991) и др., отмечают, что данная терапия противопоказана клиентам, имеющими следующие особенности:

- отсутствие флэшбэков;
- злоупотребление наркотическими препаратами и алкоголем;
- кризисные состояния (например, при риске суицида);
- имеющийся неэффективный опыт прохождения данной терапии;
- стремление к получению выгод от заболевания;
- неумение включать свое воображение;
- отсутствие повторяющихся симптомов;
- неспособность выдерживать реакцию сильного возбуждения;
- психотические расстройства.

При проведении этой терапии подчеркивается важность мотивации на лечение. Пациенту следует оказывать интенсивное содействие психотерапевту, а терапевт должен быть уверен в том, что лечение безопасно для пациента и он имеет достаточный ресурс для успешного погружения в терапевтическую работу.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз

Метод *EMDR*, предложенный Ф. Шапиро в 1987 году (Шапиро Ф., 1998), в настоящее время вызывает наибольшее число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности достигалось улучшение состояния в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии, панических симптомов. Сама же Шапиро предостерегает от завышенных оценок степени эффективности метода.

EMDR — это вариант техники вскрывающих интервенций (*EBI*), дополненной движениями глаз пациента. Терапия состоит из следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (общее для *EMDR* и *EBI*) и направляемых терапевтом саккадических движений (специфичное для *EMDR*). Пациента просят сосредоточиться на травма-

тическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например: «Я беспомощен» или «Я ничего не контролирую» и т. д.). Затем пациента просят представить травматическую сцену в более сжатом виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущимся на расстоянии 30–35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания. Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например: «Я сделал лучшее из того, что мог», «Все в прошлом» и т. д.). Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса (*Subjective Units of Distress scale, SUD*), после чего принимает решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура повторяется до тех пор, пока балл по SUD не опустится до 1 или 2.

Несмотря на сообщения об успешных случаях лечения ПТСР методом *EMDR*, эти результаты считаются довольно субъективными, поскольку многие авторы не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно было бы измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур (Acierno R., et al. 1994; Boudewyns P. A. et al., 1993; Jensen J. A., 1994; Lohr J. M., 1993). Более того, проведено экспериментальное исследование, в котором показано, что само по себе движение глаз вообще никакого значения не имеет. Результаты двух групп испытуемых, в одной из которых испытуемых просили следить за движущимся пальцем, а в другой — за неподвижным, оказались сходными (Boudewyns P. A., 1993). Наконец, данные работы М. Маклина с соавторами (Macklin M. L., 1998) показали, что среди ветеранов вьетнамской войны, прошедших терапию *EMDR*, по истечении пяти лет наблюдались отчетливые изменения состояния, проявившиеся не только в усилении симптоматики ПТСР, но и в общем ухудшении их психопатологического статуса по сравнению с аналогичной выборкой ветеранов, не подвергавшихся такой терапии.

Тренинг преодоления тревоги

Тренинг АМТ включает множество разнообразных процедур, в том числе технику *биологической обратной связи (biofeedback)*, релаксационные методы, когнитивное переструктурирование и т. д. Последнее служит, помимо прочего, для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений; сюда относятся: 1) тренировка приостановки мыслей в случае настойчиво возникающих воспоминаний; 2) опознание иррациональных мыслей; 3) заучивание адекватной модели поведения; 4) когнитивное переструктурирование посредством сократовского метода задавания вопросов.

Психодинамическая психотерапия ПТСР

Интенсивность постстрессового синдрома, согласно М. Горowitzу (Horowitz M. J., 1986), определяется тем, насколько сильно выражена, во-первых, тенденция к втор-

Таблица 15.4. Последовательные цели психотерапии в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние в результате травматического события	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь пациенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения)
Проявление невыносимых состояний: наплывы чувств и образов, парализующее избегание и оглушенность	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помочь пациенту повторно пережить травму и ее последствия, а также установить контроль над воспоминаниями и осуществить произвольное припоминание. В ходе припоминания оказывать помощь пациенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с пациентом обеспечить дальнейшую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать и воспоминания, и переживания	Помочь пациенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа Я и образов других людей. Помочь пациенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом Я и планами на будущее
Способность к независимой переработке мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

жению произвольных воспоминаний, во-вторых, тенденция к избеганию и отрицанию. Основная задача психотерапии заключается в том, чтобы снизить чрезмерную интенсивность обоих этих процессов. Сначала необходимо подчинить контролю возникшее после травматизации экстремальное психическое состояние, а затем встает задача интегрировать травматический опыт в целостную систему представлений о себе и мире, тем самым уменьшится острота конфликта между старыми и новыми представлениями. Общая цель терапии — не осуществление всеобъемлющего изменения личности пациента с ПТСР, а достижение когнитивной и эмоциональной интеграции образов Я и мира, позволяющей редуцировать пост-стрессовое состояние.

Практические шаги психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР прослежены по данным таблицы М. Горовица (табл. 15.4).

15.7.4. Психологическая помощь в паллиативной медицине (на примере Хосписа № 1, Санкт-Петербург)

Определение паллиативной помощи. Смысл паллиативной помощи — в улучшении качества жизни пациентов с далеко зашедшими формами заболеваний, смягчение проявлений неизлечимой болезни. Паллиативная помощь включает в себя как методы паллиативной медицины (лечение боли и других физических симптомов), так и методы психологической поддержки больного и ухаживающих за ним родственников.

Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хосписная помощь, т. е. помощь умирающему человеку. Первые хосписы появились в Европе в середине 1970-х годов. В настоящее время такие страны, как Англия, Польша, Израиль, имеют развитую систему хосписов. В США и на Тайване 90 % хосписного ухода осуществляется на дому. В Японии многие общественные клиники также имеют выездную службу при паллиативных отделениях. В состав работников хосписа, кроме врачей и медсестер, включены психологи, социальные работники и духовные лица. Во всех странах в работе хосписа принимают участие волонтеры. В Тайване в команду хосписа включены также фармацевт и диетолог, в Японии — сиделки и физиотерапевт.

В России первый хоспис открылся в 1990 году в Санкт-Петербурге, благодаря усилиям врача-психотерапевта Андрея Владимировича Гнездилова, который стал родоначальником Российского хосписного движения. Огромную поддержку в этом ему оказал английский журналист Виктор Зорза. В реализации первого проекта приняли участие британские преподаватели в области паллиативной медицины, а также церковь, администрация и общественность города. Сегодня в Петербурге существуют четыре выделенных хосписа, хосписные отделения при клиниках, а также первый и пока единственный в России детский хоспис.

В «Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи», утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 7180-РХ от 22.09.2008 г., написано: «Основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу».

Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хосписная помощь, т. е. помощь умирающему человеку. При онкологическом заболевании процесс неизбежного угасания в среднем занимает 6 месяцев. Кроме оказания медицинской помощи пациентам, паллиативная помощь в хосписах осуществляется еще в трех направлениях — социальном, духовном и психологическом. Социальный работник помогает семье инкурабельного больного в решении социальных и юридических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека. Священнослужители сопровождают умирающего пациента и окружающих его людей в вопросах веры. Психологическое сопровождение в хосписе осуществляет онкопсихолог (далее — психолог).

Термин «онкопсихология» встречается реже, чем «психоонкология», и используется для обозначения работы с психотравмирующими факторами онкологического заболевания. Таким образом, *онкопсихология* становится выделенным направлением оказания практической помощи в рамках психологии кризисных и экстремальных ситуаций, призванным улучшить адаптацию онкологического больного и его окружения к ситуации заболевания на всех стадиях, включая терминальную, тогда как *психоонкология* — область междисциплинарных исследований на стыке онкологии, психиатрии, клинической психологии и социальных наук. Психоонкология занимается изучением эмоциональных реакций пациентов и их окружения на онкологическое заболевание и психологических факторов, влияющих на заболеваемость раком.

Цели и задачи психологической помощи в паллиативной медицине

Цель: снижение психоэмоционального напряжения, вызванного физическими и психологическими страданиями больного перед приближением неизбежного умирания и смерти.

Задачи:

- 1) смягчать переживания пациента;
- 2) диагностировать коморбидные расстройства пациента;
- 3) поддержать родственников пациента;
- 4) осуществлять профилактику эмоционального выгорания и вторичной травматизации медицинского персонала;
- 5) осуществлять профилактику собственного эмоционального выгорания и вторичной травматизации.

Комментарии к задачам.

Первая задача психолога — снизить психоэмоциональное напряжение пациента, связанное с поступлением в хоспис. Как правило, персонал выездной службы хосписа заранее формирует позитивное восприятие необходимости госпитализации больного в хоспис. В приемном покое Хосписа № 1 работают специалисты, которые умеют вступать в контакт с больным и снижать его тревогу, неизбежную при госпитализации в хоспис, они формируют доверие больного к другим сотрудникам хосписа. Поддержать или сформировать положительный настрой пациента на пребывание его в хосписе — основная задача первой беседы психолога. В том случае, когда в палате находятся родственники пациента, психолог знакомится с ними и приглашает к себе в кабинет для беседы.

Вторая задача — диагностировать коморбидные расстройства пациента. Сопутствующие основному заболеванию психические расстройства, такие как депрессия, тревожное, фобическое либо паническое расстройство, могут негативно влиять на процесс обезболивания, общий уровень психоэмоционального напряжения пациента и его окружения.

Третья задача — предоставить психологическую поддержку родственникам пациента. Случается, что психическое расстройство демонстрирует родственник.

В этом случае психолог может проводить коррекционную беседу сам или рекомендовать другого специалиста.

Четвертая задача — проводить коррекционную работу с медицинским персоналом с целью профилактики вторичной травматизации и профессионального выгорания.

Пятая задача — самонаблюдение и профессиональное развитие психолога. Работа с инкурабельными больными может вызывать вторичную травматизацию. Этот фактор обуславливает особую важность интроспекции и рефлексии психолога.

Инструменты индивидуального консультирования психолога хосписа:

- стандартизированный экспресс-опрос;
- терапевтическое слушание;
- помощь в выражении и принятии негативных чувств;
- информирование;
- нормализация изменений, связанных с ситуацией тяжелого заболевания.

Направления и методы работы онкопсихолога

Сегодня данные доказательной медицины показывают необходимость и эффективность психологического сопровождения онкологических больных, их ближайшего окружения. Под ближайшим окружением подразумеваются не только родственники, близкие люди пациентов, но и врачи, персонал учреждения, предоставляющего медицинскую помощь онкологическим больным. Таким образом, можно выделить три направления работы психолога: *пациент, семья пациента и медицинские работники.*

Психологические методы, применяемые психологом, носят эклектичный характер: используются элементы и экзистенциальной, и когнитивной, и поддерживающе-экспрессивной терапии. Психодинамическая и когнитивно-поведенческая модели используются в работе с медицинским персоналом. Элементы межличностной психотерапии могут использоваться в групповой работе с родственниками больных. Психолог хосписа осуществляет экспресс-диагностику коморбидных психических расстройств пациентов с их последующей коррекцией.

В работе с пациентами Хосписа № 1 Санкт-Петербурга сложилась традиция приветствовать новых пациентов при поступлении. В ходе первой встречи устанавливается контакт с пациентом и родственниками, которые его сопровождают. В это же время психолог проводит экспресс-диагностику эмоционального состояния пациента. Как и в повседневной жизни, не все люди, госпитализированные в хоспис, обращаются за помощью к психологу. Инкурабельные больные, находящиеся в сознании, могут по-разному реагировать на ситуацию заболевания, по-разному относиться к взаимодействию с психологом.

Паллиативная помощь, оказываемая пациентам

Последующее психологическое сопровождение всех пациентов включает в себя в первую очередь оказание поддерживающего внимания каждому. Забота и участие

Из практики. Двое мужчин, примерно одного возраста, доктора наук — физических и биологических. На первом отделении и на втором. В одни и те же примерно сроки находились в хосписе. Полное принятие смерти у одного и панический ужас при мысли о ней у другого породили долгие беседы психолога о смысле жизни и предстоящем уходе с одним и о специфике написания диссертаций в области, близкой к медицине, с другим.

Случай из практики: женщина (48 лет) очень плохо переносит химиотерапию. Правильно подобранная восстановительная терапия позволяет ей снова и снова возвращаться домой до следующего курса химиотерапии. В первый раз очень переживала из-за снижения памяти и заторможенности речи. На коррекционную работу с психологом шла охотно — учила стихи, скороговорки, обсуждала видеофильмы. В четвертый и пятый разы откликнулась на предложение плетения шерстью и очень увлеклась. В хосписе организована именная выставка ее работ. Пациентка отмечает психическую адаптацию к происходящим переменам, улучшение качества жизни.

работника по отношению к больному — это часть философии хосписа. При посещении больных, в ходе общения формируются и психотерапевтические мишени, на которые следует в дальнейшем обратить внимание.

Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Пациентов можно условно разделить на три категории.

1. Люди, поступившие с болевым синдромом

Правильно подобранное врачами обезболивание и купирование всех тягостных симптомов улучшает качество жизни пациента. В этих случаях больные могут длительное время находиться дома.

Особенности в работе. Такие пациенты уезжают из хосписа, затем после ухудшения состояния возвращаются в хоспис за новой схемой обезболивания и снова уезжают домой до следующего ухудшения. Обычно эти больные склонны к общению, готовы к арт-терапевтической работе.

Комментарии. В процессе взаимодействия с психологом пациенты охотно делятся своей жизненной историей, рассказывают об обстоятельствах жизни, о личных особенностях, о соседе по палате и о своем реагировании на его возможную смерть. Пациентов данной категории часто пугают нарушения в собственной когнитивной сфере, происходящие как в результате прямого воздействия противоопухолевых средств, так и в результате патологического иммунного ответа на воспалительный процесс, связанный с распадом опухоли либо вследствие повреждения капиллярных сосудов. Для повышения качества жизни «возвращающихся» пациентов существенное значение имеет профилактика этих нарушений.

Инструменты онкопсихолога: книго- и кинотерапия, плетение и лепка, ведение дневника самонаблюдений, построение генограммы семьи.

2. Терминальные больные с сохранной психикой

Особенности в работе. Как правило, такие пациенты в некоторой степени осознают близость собственной смерти.

Комментарии. Пациенты используют разные способы совладания со страхом умирания. Часто включаются психологические защитные механизмы замещения или вытеснения. Но есть больные, которые действительно принимают собственную смерть. Общение с такими пациентами является очень ценным и для самого психолога.

Инструменты: терапевтическое выслушивание, экзистенциальная беседа.

В одних случаях облегчение пациенту приносит экзистенциальная беседа. В других — беседа, поддерживающая психологические защиты.

3. Умиравшие пациенты в состоянии раковой интоксикации

Таким пациентам психологическая поддержка может быть оказана на телесном уровне.

Особенности. Вербальный контакт затруднен либо отсутствует из-за потери сил пациентов.

Комментарии. К этой категории можно отнести также пожилых пациентов, которые не слышат, плохо говорят. Налаженный контакт между психологом и пациентом может помогать взаимодействию пациента с окружающими его людьми.

Инструменты онкопсихолога: присутствие, тактильный контакт, связь жестами.

Психологическая помощь родственниками пациентов

Особенностью онкологического заболевания является протяженность во времени. Родственники успевают адаптироваться либо эмоционально выгорают. Обычно родственники запрашивают экстренную помощь и редко обращаются за продолжительной терапией.

Из практики. Женщина 46 лет находилась в хосписе более пяти месяцев и в течение этого времени не хотела работать с психологом. Она закрывала глаза, когда психолог работала в палате с другими пациентами, отказывалась разговаривать, отвечала односложно. Только окончательно ослабев, она попросила сидеть рядом и держать ее за руку. Силы уходили, пациентка иногда что-то тихо рассказывала. Это продолжалось по 15–20 мин. три раза в неделю. Затем произошло прощание, и она умерла.

Основной запрос. Как правильно взаимодействовать с умирающим.

Особенности. Чувство вины перед умирающим, страх потери близкого человека могут проявляться по-разному, в зависимости от структуры личности самого родственника.

Комментарии. Работа с родственниками проводится в кабинете психолога хосписа. Задача психолога предоставлять информацию об особенностях общения с пациентом в терминальной стадии онкологического заболевания, диагностировать состояние родственника, рекомендовать возможные способы коррекции или поддержания психического здоровья самого родственника. При наличии запроса на длительную работу родственникам предлагается участие в психотерапевтической группе, в которой совладание с потерей и изменением внутрисемейных ролей корректируются эффективнее. Происходят индивидуальные консультации родственников по поводу их экзистенциальных проблем. Целью такой работы становится выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.

Инструменты онкопсихолога: безоценочность, выслушивание, информирование, смыслообразование, релаксация, гексограмма.

Из практики. Родственник, который стремился много времени проводить в кабинете психолога, имел выраженные инфантильную и нарциссическую компоненты в структуре личности. Большую часть консультационного времени он говорил о себе в прошедшем и будущем времени. В ходе беседы упомянул внешние ресурсы — близких, которые поддержат его. Такое поведение вызвало большое доверие к адаптивным возможностям консультируемого и позволило сократить количество консультаций.

Врачи и медицинский персонал

Цель работы психолога с персоналом — *профилактика* профессионального выгорания, т. е. эмоционального истощения, связанного с профессией, выражающегося в явлениях деперсонализации либо проявлениях цинизма по отношению к пациентам.

Особенности. Врачи, медицинские сестры и младший медицинский персонал могут отвергать работу психолога.

Комментарии. Ставка психолога для медицинского учреждения в нашей стране пока что воспринимается как не очень нужная роскошь. Так сложилось исторически. Стать полноценным участником медицинского коллектива, завоевать доверие, донести суть и возможности работы психолога в рамках учреждения — *первый этап* профессиональной деятельности медицинского психолога. *Второй этап* — это осуществление коррекционной и профилактической работы профессионального выгорания и вторичной травматизации. Работники хосписа имеют возможность бесплатно консультироваться у психолога хосписа по острым семейным ситуациям. Работа с врачами носит совещательный характер и не имеет четкой структуры.

Инструменты онтопсихолога: сеансы релаксации, семинары «Этика хосписа», диагностика психоэмоционального состояния, тестирование.

Профессиональная позиция и личностные особенности онкопсихолога

Работа онкопсихолога связана с такой непрременной составляющей цикла жизни как смерть. Он находится в среде, насыщенной переживаниями страха смерти, боли и потери близких, что требует особых навыков и специальной психологической подготовки специалиста.

Особенности. Высокая толерантность к фрустрации, устойчивая положительная самооценка, эмоциональная устойчивость.

Комментарии. В ходе подготовки к работе онкопсихолога необходимо проработать собственное отношение к смерти, подкрепить гуманистическое отношение к больным, выработать устойчивые навыки неагрессивного и необвинительного поведения в конфликтной ситуации, интроспекции, эффективной утилизации собственных негативных переживаний. Профилактика эмоционального выгорания позволяет продлить собственную профессиональную жизнь. Кроме интроспекции психолог должен обеспечить себя поддержкой профессионального сообщества, запрашивать супервизию, посещать балинтовские группы.

Из практики. Физические и нравственные страдания перед смертью обычно резко снижают уровень невротизации личности. Устанавливаются подлинные отношения искренности и доверия между персоналом и пациентом. Общение с человеком, по-настоящему принимающим свой уход из жизни, — самое ценное в работе для личности самого психолога.

Работу психолога в хосписе можно описать как поиск ресурсов. Поиск психологических ресурсов пациента, родственников пациента, персонала и врачей хосписа, самого психолога. Наиболее востребованные задачи нашей работы: утилизация негативных переживаний, связанных с ситуацией терминальной стадии рака (расчистить внутреннее пространство), а также распознавание и использование ресурсов пациента (заполнить внутреннее пространство) для поддержания качества жизни, сколько бы этой жизни ни осталось.

15.8. Балинтовские группы

Для помогающих профессий важной частью компетентности является способность устанавливать контакт и выстраивать отношения с людьми. Поэтому специалистам, работающим в этой области, важно знать и понимать, как в каждом конкретном случае проявляется эта способность. Она во многом зависит от нашего опыта и неосознанных установок, которые могут актуализироваться в профессионально сложных ситуациях. Именно на анализ, преодоление и профилактику таких сложностей направлены балинтовские группы.

Название эти группы получили в честь автора их идеи, Михала Балинта (M. Balint).

Сам Балинт начал работать с врачами, но вскоре стало ясно, что балинтовские группы могут быть полезны всем, для кого общение является важнейшей составляющей частью профессии, если не ее основой.



Михаль Балинт

Михаль Балинт (Михаэль Балинт) (1896–1970) — английский психотерапевт венгерского происхождения, психоаналитик. В 1949–1956 годах в лондонской клинике Тэвисток Михаль и Энид Балинт организовали семинары «Психические нарушения во врачебной практике». М. Балинт, работая с врачами, заметил, что во многих случаях их профессиональные неудачи связаны с актуализацией бессознательных установок. Именно это препятствовало установлению сотрудничающих отношений с пациентом и в результате сказывалось на эффективности лечения.

На этих семинарах врачи под руководством ведущего группы обсуждали свой терапевтический опыт с целью преодоления субъективности взгляда на пациента, снятия страхов. Это помогло выработать наиболее адекватный способ коммуникаций.

Благодаря своей эффективности, эти семинары получили всемирную известность.

15.8.1. Цели и задачи балинтовских групп

Целью балинтовских групп является повышение профессионализма психологов-практиков (консультантов, психотерапевтов, психологов кризисных служб и т. д.) посредством анализа коммуникаций и отношений с клиентами (пациентами) в сложных профессиональных случаях. В фокусе балинтового исследования — *отношения «специалист—клиент»* (Кулаков С. А., 2004).

В этой диаде клиент переносит на психолога отношения и эмоции, использует привычные поведенческие паттерны, сходные с его реальными проявлениями по отношению к значимым людям. В фрустрационных ситуациях с самим специалистом происходит нечто подобное, начинают действовать аналогичные закономерности. Именно в сложных профессиональных случаях повышается вероятность искажений видения ситуации. Сложные случаи провоцируют субъективность восприятия. Ясность видения профессиональной ситуации зависит от того, насколько профессионал способен сохранять объективность и не привносить в нее переживания из своей прошлой и настоящей жизни. Можно сказать, что работа в балинтовой группе способствует профилактике *контрпереносов*.

Следовательно, каждому профессионалу-практику необходима постоянная проработка указанных феноменов. Один из вариантов, эффективно решающий эту задачу, — балинтовские группы. Именно они дают возможность прояснить свои отношения и чувства к клиенту, уточнить свое видение ситуации и самого клиента. Предметами балинтового исследования могут быть эмоции, психологические защиты, идентификации, иррациональные идеи, переносы и контрпереносы, коммуникации и отношения.

В отличие от супервизии, балинтовские группы делают акцент *не на технической стороне* погрешностей и ошибок психологической практики, а *на личностной*.

Таким образом, балинтовские группы выполняют функции:

- профессионального обучения и повышения квалификации,
- профессиональной поддержки,
- профилактики профессиональных ошибок,
- предупреждения возникновения профессионального стресса и выгорания (что особенно важно для психологов, работающих в экстремальных и чрезвычайных ситуациях).

На балинтовских сессиях могут быть проанализированы случаи как из индивидуальной практики, так и групповой работы. Можно сказать, что балинтовские группы носят исследовательский характер, при этом исследуются личностная и бессознательная стороны работы психолога (Винокур В. А., 2011).

Задачи балинтовских групп (Кулаков С. А., 2002, с. 12).

1. Осознание искажений и слепых пятен в межличностном восприятии и восприятии себя, блокирующих продуктивные профессиональные отношения (Бараш Б. А., Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д., 1992).
2. Эмоциональная коррекция участников балинтовской группы, «основанная на возможности проработки “неудачных” (и “непонятных”!) случаев в ситуации коллегиальной поддержки».
3. Развитие рефлексивной способности участников группы.
4. Формирование профессионального мышления и повышение сенситивности.
5. Обогащение технического арсенала психолога, психотерапевта.
6. Повышение эмоциональной устойчивости в сложных ситуациях.
7. Расширение представлений о процессе психотерапии (консультирования, групповой работы) за счет совместного поиска причин возникших сложностей и рефлексии.

15.8.2. Структура балинтовской сессии

Балинтовские сессии имеют четкую структуру. Руководит процессом сессии ведущий. Это может быть постоянный человек, человек с большим профессиональным опытом. Ведущий может выбираться участниками для анализа конкретного случая. Функции ведущего — следить за временными рамками и соблюдением процедуры, помогать в формулировке вопросов. Он обеспечивает психологическую безопасность работы группы.

Первый шаг — это *определение* заявителем случая. Если есть несколько претендентов, то они кратко, в течение минуты-двух, характеризуют свой случай. Группа делает выбор, наиболее актуальный для участников. Предметом анализа может быть сложный случай, неудача, профессиональная ситуация, которая заставляет постоянно думать о себе.

Второй шаг — *рассказ* заявителя. На этом шаге приняты только мягкие ограничения по времени, участники внимательно слушают и наблюдают за рассказчиком.

Рекомендуется вести записи. Очень важно обратить внимание на самое начало рассказа. Самые первые слова, фразы помогают уловить существенные аспекты происходившего.

Третий шаг — формулировка заявителем вопроса, на который он хотел бы получить ответ группы. Вопрос должен носить балинтовский характер, т.е. касаться эмоционального и личностного аспекта случая. Например: «Почему я не могу забыть о ...?»; «Почему мне трудно работать с...?»; «Что во мне мешает эффективно завершить терапевтические отношения с...?». Вопросов должно быть не больше трех, иначе внимание слушателей будет рассредоточено, и им будет трудно формулировать гипотезы.

Если рассказчик затрудняется поставить вопрос, то участники группы могут ему помочь. Например, «Я бы в этом случае хотел узнать...». Вопросы целесообразно записать на доске или флипчарте, это помогает удерживать нить исследования.

Четвертый шаг — вопросы группы к участнику, предложившему случай. Вопросы должны помочь сформулировать гипотезу, проясняющую психологические, внутренние механизмы развития ситуации. Вопросы задаются участниками по очереди. Зачастую эти вопросы носят глубоко личный характер, проясняя связь рассматриваемой ситуации с прошлым опытом рассказчика. Наиболее эмоциональные ситуации жизни и самые важные отношения прошлого являются неосознаваемым источником профессиональных сложностей, формируя уже упоминавшиеся слепые зоны. Например, участница группы, перенесшая в возрасте 10 лет тяжелую физическую травму, представила случай, описывающий ее сложности работы с детьми этого возраста. И именно вопрос о событиях ее жизни в этот период позволил обнаружить данную связь.

Пятый шаг — это формулировка ответов на вопросы, которые были поставлены в начале сессии. Ответы являются, по сути, предположением о том, какие психологические механизмы лежат в основе возникших сложностей. Гипотезы представляются участниками группы по очереди. Ведущий следит, чтобы версии были высказаны всеми участниками группы.

Завершает балинтовскую сессию вопрос ведущего к рассказчику о его впечатлениях. Ответ не обязателен, но часто рассказчик отмечает версии, которые произвели на него наибольшее впечатление, оказались точными, неожиданными.

15.8.3. Формы проведения балинтовской сессии

В классическом варианте проведения балинтовской группы процедура не регламентирована жестко, участники задают любое количество вопросов. Надо помнить, что групповая динамика не является предметом анализа.

В более структурированном варианте проведения балинтовской сессии каждый участник задает определенное количество вопросов, например три.

Третий вариант — использование ассоциаций. После рассказа о случае, который предполагается исследовать, участники приводят ассоциации, пришедшие на ум. Особенно ценным являются рассказы из собственного реального опыта.

Еще один вариант — использование психодраматического разбора представленного случая. Этот прием особенно эффективен в случаях, когда рассказчик испытывает сложности с воспоминанием конкретных деталей происходившего.

Участниками балинтовских групп чаще всего являются профессионалы с практическим опытом не менее трех лет. Однако, учитывая ресурс балинтовской группы как инструмента профессионального образования и повышения квалификации, можно рекомендовать включение данного формата работы в программу подготовки специалистов на последних курсах обучения. Так как большинство студентов приобщаются к практической работе уже в ходе обучения, то у них накапливается потребность проанализировать этот опыт под руководством ведущих преподавателей. Хотя студенческий опыт часто носит неклинический характер (работа с детьми в группах развития, в лагерях, социальные проекты, случаи производственной практики и т. п.), его анализ дает мощный стимул развития профессионального мышления и чувствительности. Студенты обретают профессиональную уверенность.

Балинтовские группы могут иметь краткосрочный формат, 2–5 дней. Если группа приурочена к семинару или программе краткосрочного обучения, то участниками становятся ранее незнакомые люди.

Другой вариант — балинтовские группы, где участники объединены *переживанием одного события*. Например, балинтовская группа для тех, кто работал во время ликвидаций последствий стихийного бедствия или катастрофы. В этих группах на первый план выходит задача психологической реабилитации после столкновения с тяжелыми, острыми переживаниями своих клиентов. Регулярность и частота встреч в этих случаях диктуется самой ситуацией.

Третий вариант — закрытые группы, в которых встречаются *профессионалы одной организации*. Закрытая группа встречается регулярно, например 1–2 раза в месяц для проведения одной сессии.

Балинтовские группы могут быть и полузакрытыми. В этом случае одна часть группы — это ее *постоянные участники*, другая часть — *специалисты, приглашенные* руководителями группы или ее участниками. Полузакрытые группы встречаются нерегулярно, например два раза в год — на двух полных дней.

Как показывает опыт, разбор одного случая может продолжаться от часа до двух с половиной. Это зависит от количества участников, сложности заявленного случая и выбора формы работы.

Таким образом, можно утверждать, что формат анализа сложных случаев и случаев работы со сложными клиентами, предложенный Михаэлем Балинтом, является эффективным методом обучения и поддержки профессионалов-практиков.

Эффективность метода обеспечивается:

1) *безопасностью процедуры*. Безопасность гарантирована четкой структурой балинтовской сессии, партнерской позицией участников группы как исследователей ситуации, жесткими нормами взаимодействия и поддерживается ведущим;

2) *глубиной анализа*. Безопасность балинтовских сессий продуцирует атмосферу доверия и открытости, что делает возможным проникновение в личностные пласты профессиональных отношений «специалист — клиент»;

3) *расширением границ видения* происходившего (происходящего) в реальных отношениях с клиентом. Каждый участник группы может предложить свою версию, что создает у рассказчика и всех участников балинтовской сессии эффект стереоскопичности видения. Именно этот эффект приводит к инсайтам и стираниям (сокращениям) слепых пятен.

В 1995 году в Петербурге образовано Санкт-Петербургское балинтовское общество, которое с 1996 года входит в состав Международной балинтовской федерации (IBF).

Контрольные вопросы и задания

1. На что направлены принципы безотлагательности и приближенности к месту событий в психологической помощи?
2. Какие принципы направлены на содержание перенесенных переживаний клиента?
3. В чем заключается принципиальное отличие психологических механизмов изменений от факторов и условий психотерапии?
4. Как в классическом психоанализе используется психологический механизм научения?
5. Назовите основные психологические задачи реабилитации лиц, переживших экстремальную ситуацию.
6. Назовите основные психологические задачи реабилитации лиц, находящихся в кризисном состоянии.
7. Каковы принципы реабилитации лиц с химической зависимостью?

Послесловие

Многие темы, изложенные в нашем учебнике, обсуждались на международных конгрессах и симпозиумах. Это еще раз доказывает практическую востребованность и актуальность представленного материала. Подобные международные научные контакты, дискуссии и обсуждения помогли нам не только расширить круг научных интересов, но и разработать целый ряд новых актуальных тем в области психологии кризисных и экстремальных ситуаций.

Специалисты нашей кафедры активно обмениваются своим опытом с ведущими зарубежными коллегами в области клинической психологии. Поочередно в Берлине, Гамбурге и Санкт-Петербурге мы проводим ежегодные конгрессы по клинической психологии «Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива». С российской стороны организаторами выступают кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, с немецкой стороны — Психиатрическая университетская клиника Шарите в больнице Св. Хедвига (Берлин), университетская клиника Эппендорф (Гамбург) и Форум им. Р. Коха — И. И. Мечникова. В работе этого регулярного конгресса принимают участие психиатры, клинические психологи, наркологи, психотерапевты, неврологи, социальные работники, представители различных этнических диаспор.

За последние 10 лет в ряде российских университетов в связи с повышенной потребностью в клинических психологах для работы в условиях кризисных и экстремальных ситуаций были созданы кафедры этого направления психологии. Надеемся, что многие российские университеты смогут использовать наш учебник при обучении студентов специальности, а для профессионалов в области экстремального профиля наши разработки окажутся интересными и полезными.

Мы постоянно расширяем круг наших научных и образовательных контактов с российскими университетами в ходе совместных научных проектов, конференций, оппонирования диссертационных исследований и т. д. Поэтому мы уверены, что сможем в дальнейшем при участии российских и зарубежных ученых подготовить новое дополненное издание с учетом наиболее востребованных тем.

Литература

- Acierno R., Hersen M., Van Hasselt V. B., Tremont G., Meuser K. T.* Review of the validation and dissemination of eye movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma // *Clin. Psycholog. Review.* 1994. N 14. P. 287–299.
- Aleksandrowicz J. W.* et al. Kwestionariusze objawowe «S»I«O» — narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych // *Psychoterapia.* 1981. Kraków; Czerwiec. S. 11–27.
- Allen A., Bloom S. L.* Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // *The Psychiatric Clinics of North America* / ed. by D. A. Tomb. 1994. Vol. 8. P. 425–438.
- Allodi F.* Physical and psychiatric effects of torture: two medical studies // *Breaking of Bodies and Minds* / ed. E. Stover. New York, 1985. P. 58–78.
- Amick-McMullan A., Kilpatrick D. G., Veronen L. J., Smith S.* Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study // *J. Traumatic Stress.* 1989. Vol. 2. P. 1–35.
- Amirkhan J. H.* A Factor Analytically Derived Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator // *J. Pers. Soc. Psychology.* 1990. Vol. 59, N 5. P. 1066–1074.
- Ammon G.* Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer dynamischen Psychiatrie // *Dynamische Psychiatrie.* 1978. Bd. 11. S. 120–140
- Angelo E. J.* Psychiatric Sequelae of Abortion: The many faces of post abortion grief // *Linacre Quarterly.* 1992. Vol. 59 (2). P. 69–80.
- Antonovsky A.* Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Appadurai A.* Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996.
- Baider L. A., Kaplan-De-Nour A.* Chichester Breast cancer — A family affair // *Stress and Breast Cancer.* Chichester ets., 1988. P. 155–170.
- Barber B.* Jihad vs. McWorld: Terrorism's Challenge to Democracy. New York: Ballantine Books, 1996.
- Baum A., Gatchel R., Schaeffer M.* Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island // *J. Consult. Clin. Psychology.* 1983. N 51. P. 565–572.
- Baumann A., Bluthe J.* Globalization of higher education in nursing // *Clin. J. Issues in Nursing.* 2008. Vol. 13, N 2.

- Baumeister R. F., Smart L., Boden J. M.* Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The dark side of high self-esteem // *Psychologic. Review.* 1996. Jan. Vol. 103(1). P. 5–33.
- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M.* et al. An inventory for measuring depression // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1961, June. Vol. 4. P. 48–61.
- Berg K. I.* Family Preservation // *J. Sociol. Soc. Welfare.* Western Michigan University. 1993. Vol. 20 (3), P. 5–24.
- Bernstein E. M., Putnam F. W.* Development, reliability, and validity of a dissociation scale // *J. Nerv. Ment. Disease.* 1986. Vol. 174. P. 727–735.
- Billings A. G., Moos R. H.* Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression // *J. Person. Soc. Psychology.* 1984. Vol. 46. P. 877–891.
- Blake D. D., Abweg F. R., Woodward H., Keane T. M.* Treatment efficacy in post-traumatic stress disorder // *Handbook of effective psychotherapy* / ed. by T. R. Giles. New York: Plenum Press, 1993.
- Blake, D. D., Weathers F. W., Nagy L. M.* et al. A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1 // *Behavior Therapist.* 1990. Vol. 18. P. 187–188.
- Blanchard E. B., Kolb L. C., Pallmeyer T. P.* et al. A psychophysiological study of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans // *Psychiatry Quarterly.* 1982. Vol. 54. P. 220–229.
- Blanchard E. B., Kolb L. C., Prins A.* Psychophysiological responses in the diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991. Feb. Vol. 179 (2). P. 97–101.
- Blosh D., Silber E., Perry S.* Some factors in the emotional reaction of children to disaster // *Amer. Jour. Psychiatry.* 1956. Vol. I, N 13. P. 416–422.
- Bond R., Lipton Ed. Sampson.* Personality and Pain. The Influence of Psychological and Environmental Factors upon the Experience of Pain in Hospital Patients // *Persistent Pain: Modern Methods of Treatment.* Academic Press: New York, 1980. Vol. 2, N 3. P. 1–25.
- Boss P.* Ambiguous loss. Harvard: Harvard University Press, 2000.
- Boudewyns P. A., Stwertka S. A., Hyer L. A.* et al. Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study // *The Behavior Therapist.* 1993. Vol. 16. P. 29–33.
- Bourne P. S.* Men, Stress and Vietnam. Boston, 1970.
- Brähler E., Skheer J.* Der Giessener Beschwerdebogen (GGB): Handbuch. Bern; Stuttgart; Wien, 1983.
- Breslau, N., Davis G. C., Andreski P., Peterson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 216–222.
- Bronfenbrenner U.* The ecology of human development: experiments by nature and design, Cambridge, MA: Harvard University Press 1979.
- Browning D.* Saying goodbye, saying hello: a grief sojourn // *Innovations in End-of-Life Care.* 2001. Vol. 3(3). URL: www.edc.org/lastacts
- Buck J. N.* The H–T–P technique; a qualitative and quantitative scoring manual // *J. Clin. Psychology,* 1948a. Vol. 4. P. 317–396.
- Buck J. N.* The H–T–P Test // *J. Clin. Psychology.* 1948b. Vol. 4. P. 151–159.

- Buck J. N.* The use of the H-T-P in personality analysis // *Amer. Psychologist*. 1948. Vol. 3 (Washington).
- Burgess A. W., Holmstrom L. L.* Rape trauma syndrome // *Amer. J. Psychiatry*, 1974. Vol. 131. P. 981–986.
- Bussing A., Ostermann T., Matthiessen P. F.* Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients // *Anticancer Rec*. 2005. Vol. 25, N 2b. P. 1449–1456.
- Card J.* Epidemiology of nTCP in a national cohort of Vietnam Veterans // *J. Clin. Psychology*. 1987. N 3. P. 6–17.
- Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K.* Assessing coping strategies: A theoretically based approach // *J. Persjn. Soc. Psychology*. 1989. Vol. 56. P. 267–283.
- Christogiorgos S., Vassilopouloub V., Floroub A. et al.* Telephone counselling with adolescents and countert ransference phenomena: particularities and challenges // *Brit. J. Guidance & Counselling*. Vol. 38, N 3, August 2010. P. 313–325.
- Collins, D. L., de Carvalho, A. B.* Chronic Stress from the Goiania 137 Cs-radiation accident // *Behavioral Medicine*. 1993. Vol. 18. P. 149–157.
- Cox T., Mackay C.* A psychological model of occupational stress // A paper presented to the Medical Research Council: Mental Health in Industry. London, 1976. November. P. 277–291.
- Cox T., Mackay C. J.* A transactional approach to occupational stress // *Stress, Productivity and Work Design* / eds N. J. Corlett, J. E. Richardson. London: Wiley, 1981. P. 75–95.
- Crumbaugh J., Maholick L.* An experimental study of existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis // *J. Clin. Psychology*. 1964. Vol. 20. P. 200–207.
- Davidson J. R. T., Smith R. D., Kudler H. S.* Validity and reliability of the DSM-III criteria for post-traumatic stress disorder: Experience with a structured interview // *J. Nerv. Ment. Dis*. 1989. Vol. 177. P. 336–341.
- Davidson J., Foa E. B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *J. Abnormal Psychol*. 1991. Vol. 1. 100. P. 346–355.
- Davidson L. M., Baum A.* Chronic stress and posttraumatic stress disorders // *J. Consult. Clin. Psychology*. 1986. Vol. 54, N 3. P. 303–308.
- De Shazer S.* Keys to Solution in Brief Therapy. New York: W. W. Norton, 1985.
- Derogatis L. R.* SCL-90-R: Administration, scoring and procedures. Manual-II for the R(evised) version. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.
- Dew M. S., Bromet E. J.* Predictors of temporal patters of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island // *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiology*. 1993. Vol. 28. P. 49–55.
- Dollard J., Doob L. W. et al.* Frustration and agression. New Haven: Yale University Press, 1939.
- Duffy E.* Discussion in: Is emotion a mere term of convenience? // *Psychol. Review*. 1934. Vol. 41. P. 103–104.
- Duffy E.* Emotion: An example of the need for reorientation in psychology // *Psychol. Review*. 1941. Vol. 41. P. 184–198.
- Edwards M.* Living with the monster: Chornobyl // *National Geographic*. 1994. Vol. 186. P. 100–115.

- Epstein S.* Cognitive experiential self-theory // Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 1990. P. 165–192.
- Erikson E.* Identity. Youth and Crisis. New York: W.W. Norton & Company, 1968.
- Erikson E.* Psychoanalysis and Ongoing History: Problems of Identity, Hatred and nonviolence // Amer. J. Psychiatry. 1965. Vol. 122.
- Eron L., Huesmann R.* The development of aggression in children of different cultures: Psychological processes and exposure to violence // Television and the aggressive child: A cross-national comparison, Hillsdale, New York: Lawrence Elbraum Associates, 1986.
- Etinger L., Strom. A.* Mortality and morbidity after excessive stress: A follow-up investigation of Norwegian Concentration camp Survivors. New York: Humanities Press, 1973.
- Fairbank J. A., Keane T. M., Caddel M. T. et al.* A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorders in Vietnam veterans // Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder/ed. C. R. Figley. New York: Brunner Mazel, 1985.
- Farberow N. L., Kang H. K., Bullman T. A.* Combat experience and post service psychosocial status as predictor of suicide in Vietnam veterans // J. Nerv. Ment. Dis. 1990. Vol. 178. P. 32–37.
- Ferrada-Noli M.* A cross-cultural breakdown of Swedish suicide // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1997. Vol. 96, N 2. P. 108–117.
- Figley Ch. R.* Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder // Mazel psychosocial stress series. 1986. Vol. 1, 2.
- Fite J. P. et al.* Reactive and proactive aggression in adolescent males // Criminal Justice and Behavior. 2010. Feb. Vol. 37. P. 141–157.
- Folkman S., Lazarus R. S.* Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
- Frankl V.* Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper, 1987.
- Frankl V. E.* From death-camp to existentialism. Boston: Beacon, 1959–1962.
- Fuku Mi. D. et al.* Longitudinal evaluation of an-tetracycline cardio toxicity by Signal-averaged electrocardiography in children with cancer // Radiatr. Int. 2002. Vol. 44, N 2. P. 134–140.
- Funke D.* Das halbierte Selbst: Psychische Aspekte des Fundamentalismus // Die verdrängte Freiheit. Fundamentalismus in den Kirchen / hrsg. von I. Böckle, H. Kozhanek. Freiburg. 1991.
- Furnham A., Bochner S.* Culture Shock: Psychological reactions to unfamiliar environments. London; New York: Methuen, 1986.
- Garmezy N., Masten A. S., Tellegen A.* The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology // Child Development. 1984. Vol. 55. P. 97–111.
- Grassi L., Travado L., Moncayo F. L.* Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: finding from the Southern European psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies // J. Affect Disorder. 2004. Vol. 83. P. 243–248.
- Green B. L., Grace M. C., Lindy J. D. et al.* Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club Fire // J. Consult. Clin. Psychol. 1983.

- Green B. L., Grase M. C., Lindy J. D., Gleser G. C., Leonard A.* Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans // *Amer. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 147. P. 729–733.
- Green B. L., Rowland J. H., Krupnick J. L. et al.* Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer // *Psychosomatics.* 1998. Vol. 9, N 2. P. 102–103.
- Green R. G.* Stress and Accidents // *Aviation Space and Environmental Medicine,* 1985. Vol. 56, N 7. P. 638–641.
- Greenstein M., Breitbart W.* Cancer and meaning: a group psychosocial adjustment to breast cancer // *J. Psychosocial. Oncol.* 1988. Vol. 6, N 1–2. P. 75–94.
- Greer S., Moorey S., Baruch J. D. R., Watson M., Rolertson B. M.* Adjuvant psychological therapy for Patients with Cancer: a prospective randomized trial // *Brit. Med. J.* 1992. Vol. 304. P. 675–680.
- Grinker R. P., Spiegel J. P.* Men under stress. Philadelphia: Blakiston, 1945.
- Groth A. N.* Men Who Rape: the psychology of the offender. New York, Plenum., 1979.
- Hagmann G., Mourning G. A.* A review and reconsideration // *Int. J. Psychoanalysis.* 1995. Vol. 76 (5). P. 909–925.
- Hamilton M.* A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1960. Vol. 23, N 1. P. 56–62.
- Hamilton M.* Development of rating scale for primary depressive illness // *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 1967. N 6. P. 278–296.
- Hamilton M.* The assessment of anxiety states by rating // *Brit. J. Med. Psychol.* 1959. Vol. 32. P. 50–55.
- Hansgen K. D.* Zur Entwicklung eines Selbstbeurteilungsverfahrens für die Diagnostik und Differentialdiagnostik neurotischer Störungen: Diss. Berlin, 1982.
- Hebb D. O.* Drives and the C. N. S. (Conceptual Nervous System) // *Psychol. Review.* 1955. Vol. 62. P. 243–254.
- Heim E.* Coping und Adaptivität: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* 1988. H. 1. S. 8–17.
- Hendricks L. D.* Life and death of an emergency physician / by the American academy of experts in traumatic stress, Inc., 1999. URL: www.aaets.org
- Hiley-Young B., Blake D. D., Abueg F. R. et al.* Warzone violence in Vietnam: an examination of premilitary, military and postmilitary factors in PITCP in-patients // *J. Traumatic Stress.* 1995. N 8. P. 125–141.
- Hilton B. A.* Issues, problems and challenges for families coping with breast cancer // *Semin. Oncol. Nurs.,* 1993. Vol. 9, N 2. P. 107–111.
- Hobfoll St. E.* Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // *Amer. Psychologist.* 1989. Vol. 44 (3). P. 513–524.
- Hobfoll St. E.* The ecology of stress. New York: Hemisphere Pub. Corp., 1988.
- Holmes T. H., Rahe R. H.* The Social Readjustment Rating Scale // *J. Psychosom. Res.* 1967. Vol. 11, issue 2. P. 213–218.
- Horkheimer M., Fromm E.* u. a. Studien über Autorität und Familie: Forschungsberichte aus dem Institut für Sozialforschung. Paris, 1936.

- Horowitz M. J.* Stress response syndromes. 2nd ed. Northvale. New Jersey: Aronson, 1986.
- Horowitz M. J.* Stress response syndromes: character style and dynamic psychotherapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1980. Vol. 31, N 4.
- Horowitz M. J., Weiss D. S., Marmar Ch.* Diagnosis of posttraumatic stress disorder // J. Nerv. Ment. Dis. 1987. Vol. 175 (5). P. 267–268.
- Horowitz M. J., Wilner N. J., Alvarez W.* Impact of event scale: A measure of subjective stress // Psychosom. Med. 1979. Vol. 41. P. 209–218.
- Huesmann L. R.* Psychological Processes Promoting the Relation between Exposure to Media Violence and Aggressive Behavior by the Viewer // J. Soc. Issues. Vol 42. 1986. P. 125–139.
- Huesmann L. R.* Cross-national Communalities in the Learning of Aggression from Media Violence // Aggressive Behavior, 1984. Vol. 10. P. 243–251.
- Jacobs D., Mazure C., Prigerson H.* Diagnostic Criteria for Traumatic Grief // Death Studies. 2000. Vol. 24. P. 185–199.
- Janoff-Bulman R.* From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune // Psychological Inquiry, 1998. Vol. 9. P. 99–101.
- Janoff-Bulman R.* Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992.
- Jeff D., Steginga K. S., Rosoman N.* A review of peer support in the context of cancer // J. Psychosoc. Oncol. 2003. Vol. 21, N 2. P. 55–67.
- Jensen J. A.* An investigation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans // Behavior Therapy. 1994. Vol. 25. P. 311–325.
- Jones E., Wessely S.* «Forward psychiatry» in the military: its origins and effectiveness // J. Trauma Stress. 2002. Vol. 16. P. 411–419.
- Juergensmeyer M.* Terror in the Mind of God. Berkley, 2003.
- Kardiner A.* The traumatic neurosis of war // Psychosomatic Medicine Monographs. New York: Paul Hoeber, 1941. P. 11–111.
- Keane N. M., Caddell J. M., Taylor K. L.* Mississippi scale for Combat-Related PTSD: Three studies in reliability and validity // J. Consult. Clin. Psychol. 1988. Vol. 56 (1). P. 85–90.
- Keane T. M., Wolfe J., Taylor K. L.* PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // J. Clin. Psychol. 1987. Vol. 43. P. 32–43.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O. et al.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication// Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. P. 617–627.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1995. Dec. Vol. 52(12). P. 1048–1060.
- Keupp H.* Freiheit und Selbstbestimmung in Lernprozessen ermöglichen. Freiburg: Centaurus Pocket Apps., 2012.
- Kilpatrick D. G., Best C. L., Veronen L. J.* Mental health correlates of criminal victimization // J. Consult. Clin. Psychology. 1985. Vol. 53. P. 866–873.
- Kim Berg I.* More than Miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: The Haworth Press, 2007.

- Kobasa S. C., Maddi S. R., Puccetti M. C.* Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship // *J. Behavioral Medicine*. 1982. Vol. 5, N 4.
- Koch K.* Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel. Bern: Hans Huber, 1949.
- Kolb L. S.* Chronic post-traumatic stress disorder: implications of recent epidemiological and neuropsychological studies // *Psychol. Medicine*. 1989. Vol. 19, N 4. P.821–824.
- Koopman Ch., Butler L. D., Classen C.* et al. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer // *J. Traumatic Stress*. 2002. Vol. 15, N 4. P.277–287.
- Kotenev I. O., Tarabrina N. V., Levy M. V.* et al. Trauma responses among Moscow firefighters // *ISTSS XIV Annual Meeting*. Washington. 1998. P. 118.
- Kraepelin E.* Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 6. vollständig umgearb. Aufl. 2 Bde. Leipzig: J. A. Barth, 1899.
- Kramer T. L., Lindy J. D., Green B. L.* et al. The Comorbidity of Post-traumatic Stress Disorder and Suicidally in Vietnam Veterans // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994. N 24. P.58–67.
- Krystal H.* Trauma and affects // *Psychoanal. Study Child*.1978. Vol. 39. P.81–116.
- Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Hough R. L., Jordan B. K., Marmar C. R., Weiss D. S.* Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner, Mazel, 1990.
- Kulka R., Schlenger W., Fairbank J. A.* et al. National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary findings from the National Survey of the Vietnam Generation. Executive summary. V. A., Washington, D. C., 1988.
- Kulka, R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A.* Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study // *J. Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5 (2). P.321–322.
- Lazarus R. S.* Coping theory and research: past, present, and future: Review // *Psychosom. Med*. 1993. Vol. 55, N 3. P.234–247.
- Lazarus R. S.* Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus R., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- Lee E., Lu F.* Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence // *J. Traumatic Stress*. 1993. Vol. 2. P.93–120.
- Lemyre L., Tessier R., Fillion L., Lavoie F.* Psychological Stress Measurement (PSM): A Measure of Feeling Stressed. San Francisco: Amer. Psych. Ass., 1991. P. 115–130.
- Leopold R. L.* Dillon H. Psycho — anatomy of a disaster: longterm study of post — traumatic neuroses in survivors of marine explosion // *Amer. J. Psychiat*. 1963. Vol. 119. P.913–921.
- Levi L.* Stress and distress in response to psychosocial stimul. Oxford: Pergamon Press, 1972.
- Lindermann E.* Symptomatology and management of acute grief // *Amer. J. Psychiatry*. 1944. Vol. 101. P.141–148.
- Litz B. T., Blake D. D., Gerardi R. G., Keane T. M.* Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder // *The Behavior Therapist*. 1990. Vol. 13. P.91–93.
- Lohr J. M., Kleinknecht R. A., Conley A. T.* et al. A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD) // *J. Behavior Therapy Experim. Psychiatry*. 1993. Vol. 23. P.159–167.

- Loughrey G. C., Curran P. S., Bell P.* Post-traumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland / eds J. P. Wilson & B. Raphael // *Int. Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press, 1992. P. 377–383.
- Macklin M. L., Metzger L. J., Lasko N. B.* et al. Five-year follow-up of EMDR treatment for combat-related PTSD // XIV Annual Meeting ISSTS. Washington, 1998.
- Maercker A.* Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Heidelberg: Springer, 1998.
- Malkinson R., Rubin S. S., Witztum E.* Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice. Madison, CT: Int. Univer. Press — Psychosocial Press, 2000.
- Maslach C., Jackson S. E.* MBI: Maslach burnout inventory. Los Angeles: Palo Alto, 1986.
- Mattlin J. A., Wethington E., Kessler R. C.* Situational determinants of coping and coping effectiveness // *J. Health and Social Behavior*. 1990. Vol. 31, N 1. 103–122.
- McFarlane A. C.* Relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress // *Psychol. Medicine*, 1988. Vol. 18. P. 129–139.
- McLeer S. V., Deblinger E., Atkins M. S.* et al. Post-traumatic stress disorder in sexually abused children // *J. Amer. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1988. Vol. 27. P. 650.
- Mental Health Response to Mass Violence and Terrorism: A training manual* / U. S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services. S. I., 2004.
- Miczek K. A.* et al. Neurobiology of Escalated Aggression and Violence // *J. Neuroscience*. 2007. Vol. 27(44). P. 11803–11806.
- Miller H.* Accident neurosis // *Brit. Med. J.* 1961. Apr. 1. Vol. 1 (5230). P. 919–925
- Miller T. W.* et al. The adult non-survivor of child abuse // *J. Ky Med. Assoc.* 1998. Vol. 87(3). P. 120–124.
- Montgomery S. A., Asberg M.* A new depression scale designed to be sensitive to change // *Brit. J. Psychiat.* 1979. Vol. 134. P. 382–389.
- Moss R. H., Schaefer J. A.* Life transitions and crises // *Coping with life crises. An integrative approach*. New York: Plenum Press, 1986. P. 3–28.
- Murray H.* Thematic apperception test: Manual. Cambridge: Harvard University Press, 1943.
- Murray H. A.* Explorations in personality. New York: Oxford Univer. Press, 1938.
- Neeld E. H.* Seven choices: finding daylight after loss shatters your world. New York: Grand Central Publishing, 1992.
- Neimeyer R. A.* Narrative strategies in grief therapy // *J. Constructivist Psychology*. 1999. Vol. 12. P. 65–85.
- Neimeyer R. A., Keese N. J., Fortner D. V.* Loss and meaning reconstruction. Propositions and procedurs // *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement* / eds. R. R. Malkinson, S. S. Rubin, E. Witztum. Madison, CT: Int. Univer. Press — Psychological Press, 2000. P. 197–230.
- Niederland W. G.* Psychiatric disorders among persecution victims — A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after affects // *J. Ment. Dis.* 1964. N 139. P. 458–583.

- Norris F.H., Murphy A.D., Baker C.K. et al. Understanding research on the epidemiology of trauma and PTSD Special Double Issue of the PTSD Research Quarterly // PTSD Research Quarterly. 2003. Vol. 24, N 2–3. P. 1–5.
- Oberg K. Culture Shock & the Problem of Adjustment to New Cultural Environments // Practic. Anthropologist. 1960. N 7. P. 177–182.
- Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charite in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: Hirschwald, 1889.
- Osgood Ch.E., Susi G.J., Tannenbaum P.H. The measurement of meaning. Chicago: University Chicago Press, 1957.
- Payne A. F. Sentence completion. New York: Guidance Clinic, 1928.
- Perrez M., Reicherts M. Stress, Coping and Health. A situation-behavior approach. Seattle etc.: Hogrefe & Huber Publishers, 1992. P. 113–123
- Pettingale K. W., Morris T., Greer S., Haybittle J.I. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor // Lancet. 1985. Vol. 84, N 3. P. 750–758.
- Pitman R. K. Overview of biological themes in ITTCP // Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder / eds. R. Yehuda & McFarlane. New York: Academy of Science, 1997. P. 1–9.
- Pitman R. K., Altman B., Greenwald et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // Clin. Psychiatry. 1991. Vol. 52. P. 17–20.
- Pitman R. K. Post-traumatic stress disorder, conditioning, and network theory // Psychiatr. Annals. 1988. Vol. 18. P. 182–189.
- Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defense and emotions // Izard E. Emotions in personality and psychopathology. New York: Plenum Press, 1979. P. 229–257.
- Poiso Y., Mouzen M. C. Les syndromes post — emotionalist // Ann. Med. Psychol. 1974. Vol. 134, N 2. P. 185–218.
- Prend A. D. Transcending Loss: Understanding lifelong impact of grief and how to make it meaningful. New York: Berkley Publishing Group, 1997.
- Resnick H. S., Kilpatrick D. G., Dansky B. S., Saunders B. E., Best C. L. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women // J. Consult. Clin. Psychol. 1993. Dec. Vol. 61(6). P. 984–991.
- Roberton T., Daffern M., Bucks R. S. Emotion regulation and aggression // Aggression and violent behavior. 2012. Vol. 17; issue 1. P. 72–82.
- Rogers C. R., Dymond R. F. Psychotherapy and personality change: Coordinated research studies in the client-centered approach. Chicago: University Chicago Press, 1954.
- Rokeach M. The nature of human values. New York: The Free Press, 1973.
- Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychol. Monographs: General and Applied. 1966. Vol. 80. P. 1–28.
- Rotter J. B. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall, 1954.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // Amer. J. Orthopsychiatry. 1987. Vol. 57. P. 316–331
- Sacks J. M., Levy S. The sentence completion test // Project. Psychology / eds. L. E. Abt, L. Bellak. New York: Knopf, 1950. P. 357–402.

- Sandler J., Dreher A. U., Drews S.* An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma // *Int. Review Psycho-analysis*. 1991. Vol. 18. P. 133–141.
- Schneider K.* *Psychiatrie heute*. Stuttgart: Thieme, 1952.
- Schuckit M., Smith T., Pierson J.* et al. Correlates of unpredicted outcomes in sons of alcoholics and controls // *J. Stud. Alcohol*. 2001. Jul. Vol. 62 (4). P. 477–485.
- Schwartz S. H., Bilsky W.* Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross cultural replications // *J. Person. Soc. Psychology*. 1990. Vol. 58. P. 878–891.
- Seghorn T. K., Prentky R. A., Boucher R. J.* Childhood sexual abuse in the lives of sexually aggressive offenders // *J. Amer. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1987. Vol. 2. P. 262–267.
- Sennet R.* *Together: The Rituals, Pleasures and Politics of Cooperation*. Yale: Yale University Press, 2012.
- Silverman P. R.* Living with grief, rebuilding a world // *Innovations in End-of-Life Care*. 2001; 3(3). URL: www.edc.org/lastacts
- Smith M. Y., Redd W. H. Peyser C.* et al. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review // *Psychooncology*. 1999. Vol. 8, N 6. P. 521–537.
- Solursh L. P.* Combat addiction: Overview and implications in symptom maintenance and treatment planning // *J. Traumatic Stress*, 1989, N 2. P. 451–462.
- Somasundaram D.* Psychiatric morbidity due to war in Northern Sri Lanka // *Int. Handbook of Traumatic Stress Syndromes* / eds. J.-P. Wilson, B. Raphael. New York: Plenum Press, 1993. P. 333–348.
- Sommer R.* *Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie*. Leipzig: Barth, 1904.
- Sorsoli L.* “I remember”, “thought”, “I know I didn’t say”: Silence and Memory in Trauma Narratives // *Memory*. 2009. Vol. 18 (2). P. 129. (San Francisco State University, San Francisco, CA).
- Speckhard A., Rue V.* Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern // *J. Soc. Issues*. 1992. Vol. 42(3). P. 95–119.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E.* *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
- Stephenson W.* *The study of behaviour. Q-technique and its methodology*. Chicago: University Chicago Press, 1956.
- Strangers at Home: Vietnam veterans since the war* / ed. Ch. R. Figley, S. Leventman. New York, 1980.
- Taylor J.* A Personality scale of Manifest Anxiety // *J. Abnorm. Soc. Psychology*. 1953. Vol. 48 (2). P. 285–290.
- Traumatic and nontraumatic loss and bereavement* // *Clinical theory and practice* / eds R. Malkinson, S. S. Rubin, E. Witztum. Madison CT: Int. Univer. Press — Psychosocial Press, 2000. P. 173–196.
- Trimble M. R.* *Post-traumatic neurosis: from railway spine to the whiplash*. Chichester [West Sussex]; New York: Wiley, 1981.
- Vaillant G. E.* *Adaptation to life*. XVII. Boston: Little, Brown, 1977.
- Vaillant G. E.* Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971. Vol. 24, 107–118.

- Van der Hart O. Multiple Personality Disorder in Europe: Impressions // *Dissociation*, 1993. Vol. 6, N 2/3. P. 102–118.
- Van derKolk B. A., Ducey C. P. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD // *J. Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 259–274.
- Vyner H. M. The psychological dimensions of health care for patients exposed to radiation and the other invisible environmental contaminants // *Soc. Science Medicine*. 1988. Vol. 27. P. 1097–1103.
- Wagner E. E. *The hand-test*. Los-Angeles: Western Publishing Services, 1992.
- Wagner E. E. *The hand-test: Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. Acron, OH: Marc James, 1962; Los Angeles: Western Psychological Services, 1983.
- Walter T. *On Bereavement: The Culture of Grief*. Buckingham (Philadelphia): Open University Press, 1999.
- Weber C. Body experience and mental representation of body image in patients with hematological malignancies and cancer as assessed with the Bode Grid // *Brit. J. Med. Psychol.* 2001. Vol. 74 P. 507–521.
- Weisaeth L. Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1989. Vol. 355. P. 63–72.
- Weiss R. S. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press, 1973.
- Werner E. E. High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years // *Amer. J. Orthopsychiatry*, 1989. Jan. Vol. 59(1). P. 72–81.
- Worden J. W. *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer, 1991.
- Yehuda N. Post-Traumatic stress disorder // *Children with Cancer*. Washington: American Psychiatric Association, 1995.
- Zimbardo P. G., Boyd J. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // *J. Pers. Soc. Psychology*. 1999. Vol. 77. P. 1271–1288.
- Zung W. K. A self-rating depression scale // *Arch. Gen. Psychiat.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.
-
- Аббатов В. А., Бабин С. М., Исурина Г. Л. и др. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: метод. пособие СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1993.
- Аббатов В. А. Проблема научности в психотерапии. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерев, 1998.
- Аббатов В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 1997, 2004.
- Абдуллин А. Г. Психологические последствия крупномасштабных техногенных катастроф: на примере Уральского региона: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. СПб., 2005. 41 с.
- Абдуллин А. Г. Социально-психологические последствия крупномасштабных техногенных катастроф в отдаленном периоде (на примере Уральского региона): дис. ... д-ра. психол. наук. Магнитогорск, 2006. 447 с.

- Абдурахманов Р. А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 1. С. 131–134.
- Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология. Теория. Методология. Опыт. Петрозаводск: ИнтелТек, 2004.
- Аверьянов Г. Г., Курпатов А. В. Лечение тревожно-фобических расстройств невротического уровня с использованием метода биологической обратной связи: метод. материалы. СПб.: ЗАО «Биосвязь», 2002.
- Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации DSM-IV // Матер. IV науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». Пермь, 1999. С. 10–12.
- Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Опросник перитравматической диссоциации // Матер. III науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». Пермь, 1998. С. 1–2.
- Адорно Т. Исследование авторитарной личности / под общ. ред. В. П. Култыгина. М.: Серебряные нити, 2001.
- Адорно Т. В. Исследование авторитарной личности. М.: АСТ, 2012.
- Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
- Александров Е. О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и лечение. Новосибирск: Сибвузиздат, 2001.
- Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. 3-е изд. М.: Медицина, 2000.
- Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976.
- Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И. и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
- Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Шукин Б. П. и др. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на ЧАЭС) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсанкова. 1989. Т. 89, вып. 5. С. 111–116.
- Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия. М.: РЛС-2006, 2006.
- Алексеева И. А., Новосельский И. Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины, последствия, помощь. М.: Генезис, 2006.
- Амбрумова А. Г., Полеев А. М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: метод. рекомендации. М.: Б. и., 1986.
- Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Метод. рекомендации. М.: Б. и., 1980.
- Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: в 2 т. М.: Педагогика, 1980.
- Ананьев В. А. Психология здоровья. СПб.: Речь, 2006.

- Андреев Н. В.* Психологическое обеспечение переговорной деятельности сотрудников ОВД в экстремальных условиях. М.: Акад. МВД РФ, 1997.
- Андреева Н. Г.* Структурно-функциональная организация нервной системы: учеб. пособие / под ред. А. С. Багуева. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003.
- Андреева Г. М.* Социальная психология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999.
- Антипов А. А.* Особенности формирования личностной идентичности у подростков из семей переселенцев и беженцев. Т. I. Киев: СПД «Цудзинович», 2008.
- Антонов В. П.* Радиационная обстановка и ее социально-психологические аспекты. Киев: Знание, 1987.
- Антонян Ю. М., Давитадзе М. Д.* Этнорелигиозные конфликты: проблемы, решения. М.: Щит-М, 2004.
- Анциферова Л. И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал 1994. Т. 15, № 1. С. 3–18.
- Анциферова Л. И.* К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во МГУ, 1981. С. 3–18.
- Анциферова Л. И.* Системный подход в психологии личности // Принцип системности в психологических исследованиях. М.: Наука, 1990. С. 37–49.
- Аронсон Т., Уилсон Т., Эйкерт Р.* Психологические законы поведения человека в социуме. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004.
- Аршавский В. В., Ротенберг В. С.* Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию // Журн. высшей нервной деятельности. 1976. Т. 26, № 2. С. 424–428.
- Асеев А. В.* Психологические проблемы, связанные с раком молочной железы // Клиническая медицина. 1993. № 3. С. 30–34.
- Асмолов В. Г., Боровой А. А., Демин В. Ф. и др.* Авария на Чернобыльской АЭС: год спустя // Атомная энергия. 1988. Т. 64, вып. 1. С. 3–23.
- Ахмедова Х. Б.* Изменения личности при посттравматическом стрессовом расстройстве: по данным обследования мирного населения, пережившего военные действия: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук / Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ. М., 2004. 48 с.
- Ахмеров Р. А.* Биографические кризисы личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. М., 1994.
- Ахола Т., Фурман Б., Ялов А. М.* Краткосрочная позитивная психотерапия. СПб.: Речь, 2000.
- Ашанина Е. Л.* Психология копинг-поведения сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России: концепция, модель, технологии: автореф. дис. ... докт. психол. наук. СПб., 2011.
- Бабаева Ю. Д., Варваричева Я. И., Кононенко А. Ю.* Творческие кризисы как перспективное направление психологического исследования // Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: материалы Всерос. науч.-практ. конф., г. Ярославль, 19–21 мая 2011 г.: в 3 ч. Ч. I / отв. ред. А. В. Карпов, ЯрГУ им. П. Г. Демидова; РФФИ. Ярославль: ЯрГУ им. П. Г. Демидова, 2011. С. 163–165.
- Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М.* Метод исследования уровня субъективного контроля // Психол. журн. 1984. Т. 5, № 3. С. 152–162.

- Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000.
- Бараш Б. А., Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д. Методологические приемы усовершенствования в области психотерапии (социально-психологический тренинг, тренинговые психотерапевтические группы, балинтовские группы). СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1992.
- Барский Ф. И. Нарративный поворот в науках о человеке и обществе: о нарративной практике, терапии и работе с сообществами по-русски 2009. URL: <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/08/16/narrative-turn/> (дата обращения: 19.06.2017).
- Бассин Ф. В. О «силе “Я” и «психологической защите» // Вопр. философии. 1969. № 2. С. 118–125.
- Бассин Ф. В. О развитии взглядов на предмет психологии // Вопросы психологии: журнал. 1971. № 4. С. 101–113.
- Бассин Ф. В. Проблема бессознательного в неосознаваемых формах высшей нервной деятельности. М.: Медицина, 1968.
- Батожок И. А. Русская эмиграция из Китая в Калифорнию: специфика миграционного процесса (1920–1950-е гг.): автореф. дис. ... канд. истор. наук / РГПУ им. А. И. Герцена. СПб., 1996. 20 с.
- Бауман З. Текучая современность. СПб.: Питер, 2008.
- Бахтин М. М. Автор и герой в эстетической деятельности // Бахтин М. Автор и герой: к философским основам гуманитарных наук. СПб.: Азбука, 2000.
- Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1979.
- Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство (Cognitive Therapy: Basics and Beyond). М.: Вильямс, 2006.
- Бельски М. Социально-психологические факторы удовлетворенности жизнью русскоязычных пожилых эмигрантов (на примере Германии): автореф. дис. ... канд. психол. наук / СПбГУ. СПб., 2010.
- Бен-Яков М. «Русские» в Израиле: проблемы адаптации // СОЦИС. 2006. № 3. С. 78–84.
- Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Academia; Центр-Медиум, 1995.
- Бердяев Н. А. О фанатизме, ортодоксии и истине // Человек. 1997. № 9.
- Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.
- Беркалиев Т. Н. Общее видение психологических механизмов изменения в психотерапии и консультировании. Теория и практика психологической и педагогической поддержки личности на разных этапах жизненного пути: матер. междунар. науч.-практ. конф. Псков, 2012а. С. 6–10.
- Беркалиев Т. Н. Проблема выбора стратегий психологического консультирования // Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина. 2012б. Т. 2, № 4. С. 68–75.
- Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001.
- Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина, 1966.
- Беспалко И. Г. Опросник для психологической диагностики депрессивных состояний: метод. рекоменд. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995.

- Бессознательное. Природа, функции, методы исследования: в 4 т. / под общ. ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. Тбилиси: Мецниереба, 1978. .
- Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986.
- Бигунец В. Д.* Физиолого-гигиеническая характеристика профессиональной деятельности спасателей МЧС России: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 21 с.
- Бинсвангер Л.* Феноменология и психопатология // Логос. 1992. № 3. С. 125–136.
- Биологический энциклопедический словарь. 2-е изд., испр. / гл. ред. М. С. Гиляров; редкол.: А. А. Бабаев, Г. Г. Винберг, Г. А. Заварзин и др. М.: Советская Энциклопедия, 1986.
- Блинов Н. Н., Демин Е. В., Чулкова В. А.* О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопросы онкологии. 1989. Т. 35, № 6. С. 643–648.
- Блонский П. П.* Избранные психологические произведения. М.: Просвещение, 1964.
- Богомолов А. М.* Адаптационный потенциал личности: определение, функции, структура // Ананьевские чтения-2006: материалы науч.-практ. конф. 24–26 окт. 2006 г. / под ред. Л. А. Цветковой, А. А. Крылова. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006. С. 333–334.
- Богоявленская Д. В.* Психология творческих способностей. М.: Академия, 2002.
- Бодров В. А.* Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕРСЭ, 2006.
- Бодров В. А.* Психология профессиональной пригодности. М.: ПЕР СЭ, 2001.
- Божович Л. И.* Отношение школьников к учению как психологическая проблема // Известия АПН РСФСР. 1951. Вып. 36. С. 3–28.
- Божович Л. И.* Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968.
- Бойд Дж., Зимбардо Ф.* Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010.
- Бойко В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинь, 1996.
- Бойко В. В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999.
- Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004.
- Бочаров В. В., Карпова Э. Б.* Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Ананьевские чтения — 2004. Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. С. 54–59.
- Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М.* Экстремальные и кризисные ситуации с позиций клинической психологии // Вестник С.-Петербург. ун-та. 2010. Сер. 12. Вып. 1. С. 9–16.
- Бочаров В. В., Смирнов В. П., Смирнова Т. Г.* Психолого-правовые аспекты судебной экспертизы по факту суицида военнослужащих // Право в Вооруженных Силах — Военно-правовое обозрение. 2015. № 8 (218). С. 114–118.
- Брайт Дж., Джонс Ф.* Стресс: теории, исследования, мифы: пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
- Бройтигам В. Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: кратк. учебник / пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

- Брудный А. А. Фанатизм / Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / ред.-сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2006.
- Брушлинская Н. В. Криминальное насилие в семье и его трансляция средствами массовой информации // Проблемы медиапсихологии / сост. Е. Е. Пронина. М.: РИП Холдинг, 2002. С. 72–86.
- Брюдаль Л. Ф. Психические кризисы в новой перспективе / пер. с норв. М. Л. Алекшиной. СПб.: Европейский дом, 1998.
- Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций: учеб. пособие. М.: Российское педагогическое агентство, 1998.
- Бурмистрова Е. В. Ситуации личностного развития как предметная деятельность психолога экстренной психологической помощи // Моск. психотерап. журнал. 2006. № 4.
- Бусыгина Н. Н. Холистическая модель болезни как основа практической деятельности психолога в онкологической клинике // Вопросы онкологии. 2000. Т. 46, № 4. С. 485–489.
- Быховец Ю. В., Тарабрина Н. В. Психологическая оценка переживания террористической угрозы. М.: Институт психологии РАН, 2010.
- Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2000.
- Вартапетян В. Л., Сухарев И. П., Гаврикова Е. В. Клинический случай — психотерапия пациентки, пострадавшей от террористического акта в г. Беслан // Психология экстремальных ситуаций: сб. статей / под ред. В. В. Рубцова, С. Б. Малых. М.: Психол. ин-т РАО, 2007. С. 241–243.
- Василенко В. Е. К проблеме исследования возрастного кризиса детей с разным уровнем школьной готовности // Вестник С.-Петербург. ун-та. Сер. 12. 2008. Вып. 4. С. 55–64.
- Василюк Ф. Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Журнал практической психологии и психоанализа. 2001. № 4. С. 97–110.
- Василюк Ф. Е. Пережить горе // Человеческое в человеке. М.: Политиздат, 1991. С. 230–247.
- Василюк Ф. Е. Понимающая психотерапия: опыт построения психотехнической системы // Труды по психологическому консультированию и психотерапии. 2005. Портал психологических изданий PsyJournals.ru. URL: http://psyjournals.ru/cppp/2005/29973_full.shtml
- Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
- Василюк Ф. Е. Переживание горя и утраты // Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г. У. Солдатовой. М.: Смысл, 2002. С. 89–95.
- Вассерман Л. И., Березин М. А. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: пособие для врачей и психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1997.
- Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998.

- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Березин М. А.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. Пособие для врачей и клинических психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2004.
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р.* и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009.
- Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.: Речь, 2011.
- Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Академия, 2003.
- Веккер Л. М.* Психика и реальность: единая теория психических процессов. М.: Смысл, 1998.
- Венгер А. Л., Морозова Е. И.* Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. Владимир: Транзит-ИКС, 2009.
- Верховский А.* Антисемитизм в России. 2005 год. Основные события и новые тенденции. URL: <http://www.sova-center.ru/racism-xenophobia/publications/antisemitism/articles-reports/2006/03/d7539/?print=1> (дата обращения — 16.05.16).
- Винокур В. А.* Балинтовские группы — принципы, возможности, ограничения (Балинтовская конференция, Санкт-Петербург, декабрь-2010). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru>
- Виртц У., Цобели Й.* Жажда смысла: Человек в экстремальных ситуациях: Пределы психотерапии: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2012.
- Водопьянова Н. Е.* Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник С.-Петербург. ун-та. 2009. Сер. 12, вып. 1, ч. 1. С. 75–86.
- Водопьянова Н. Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. (Серия «Практикум»).
- Водопьянова Н. Е., Старенченкова Е. С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008.
- Возрастная психология: личность от молодости до старости: учеб. пособие / М. В. Гамезо, В. С. Герасимова, Г. Г. Горелова, Л. М. Орлова.* М.: Пед. общ-во России: Изд. дом «Ноосфера», 1999.
- Волкан В., Зинтл Э.* Жизнь после утраты. Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2007.
- Волков Ю. Г.* Российская идентичность: особенности формирования и проявления // СОЦИС. 2006. № 7. С. 13–22.
- Волкова Е. А., Егоров А. Ю.* Личностные особенности гэмблеров и наркозависимых // Наркология. 2007. № 4. С. 39–43.
- Воловин В. Г.* Человек в условиях автономного существования // Библиотека экстремальных ситуаций: справочно-метод. сб.: в 35 т. Вып. 9. М.: ФГУНПП «Аэрогеология», 1995. URL: http://geolmarshrut.ru/medicina/?ELEMENT_ID=610
- Волошин В. М.* Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 4. С. 125–129.
- Вопросы инженерной и социальной психологии. Часть I / под ред. Ш. А. Надирашвили.* Тбилиси: Мецниереба, 1979.

- Восковская (Шутова) Л. В., Ляшук А. В. Методика «Духовный кризис» // Психологическая диагностика. 2005. № 1. С. 51–71.
- Выготский Л. С. Детская психология // Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. Т. 4. М.: Педагогика, 1984а.
- Выготский Л. С. Проблема возраста // Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. Т. 4, ч. 2. М.: Педагогика, 1984б.
- Выготский Л. С. История развития высших психических функции // Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. Т. 3. М.: Педагогика, 1983.
- Габидулина С. Э. К обоснованию методики «Рисунок несуществующего животного» // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1986. № 14(2). С. 31–38.
- Ганзен В. А., Юрченко В. Д. Системно-понятийное описание психических состояний человека // Вестник Ленингр. ун-та. 1976. Вып. 5. С. 97–102.
- Ганзен В. А., Юрченко В. Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека // Экспериментальная и прикладная психология. Вып. 10. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1981. С. 5–16.
- Ганнушкин П. Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники (Девичье поле). 1926. Вып. 2. С. 52–59.
- Ганнушкин П. Б. Об эпилептоидном типе реакции // Вестник современной медицины. 1927. № 23. С. 1472–1473.
- Гильяшева И. Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л.: Б. и., 1976. С. 31–32.
- Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2002.
- Головачев М. В., Гелашвили Д. Б., Богатырева Т. П. Концепция классификации факторов выживания // Библиотека экстремальных ситуаций: справочно-метод. сб.: в 35 т. Вып. 25–27. М.: ФГУНПП «Аэрогеология», 1995. URL: http://geolmarshrut.ru/medicina/?ELEMENT_ID=600
- Гончаров С. Ф., Ушаков И. Б., Лядов В. Н., Преображенский В. Н. Профессиональная и медицинская реабилитация спасателей. М.: Паритет Граф, 1999.
- Горбунов К. Г. Терроризм: история и современность. Социально-психологическое исследование. М.: Форум, 2012.
- Грановская Р. М. Психологическая защита. СПб.: Речь, 2010а.
- Грановская Р. М. Психология веры. 2-е изд. СПб.: ПИТЕР, 2010б.
- Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа. СПб.: Питер, 2005.
- Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 94.
- Гриценко В. В., Шустова Н. Е. Социально-психологическая адаптация детей русских переселенцев в российском обществе // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 3. С. 25–33.
- Гришина Н. В. Экзистенциальная психология: учебник. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2018.

- Гришина Н. В.* Экзистенциальные проблемы человека как жизненный вызов // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 12. 2011. Вып. 4. С. 109–116.
- Гроллман Э.* Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270–352.
- Гублер В.* Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. Л.: Медицина, 1990.
- Гурвич И. Н.* Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. (СПб.) 1992. № 3. С. 46–53.
- Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич, А. Б. Коган, Н. П. Наумов, В. Г. Режабек. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1999.
- Гуриева С. Д.* Этносоциальная установка в межнациональных отношениях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / СПбГУ. СПб., 1997. 19 с.
- Гуриева С. Д.* Межэтнические отношения: этнический фактор в межгрупповых отношениях // Вестн. Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Амосова. 2008. Т. 5 (4). С. 79–83.
- Гурьева В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996.
- Давыдовский И. В.* Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Медицина, 1962.
- Даль В. И.* Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. Т. 3. М.: Русский язык, 1999.
- Дейнека О. С., Исаева Е. Р.* Проявления адаптационного ресурса при социальной и психосоматической дезадаптации // Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 12. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2008. С. 146–175.
- Дембо Т. В.* Приспособление к увечью — проблема социально-психологической реабилитации: рукопись / пер. с англ. М., 1962 (хранится в МГУ).
- Демин Е. В.* Коммуникативные аспекты в клинической онкологии // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56, № 1. С. 98–101.
- Демина Л. Д., Ральникова И. А.* Психологическое здоровье и защитные механизмы личности: учеб. пособие. Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2005.
- Джеймс У.* Многообразие религиозного опыта: пер. с англ. М.: Наука, 1993.
- Добряков И. В.* Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010.
- Дозорцева Е. Г.* Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. М.: Генезис, 2006.
- Донченко Е. А., Титаренко Т. М.* Личность: конфликт, гармония. Киев.: Политиздат Украины, 1987.
- Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б.* Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 141–145.
- Дружинин В. Н.* Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии. СПб.: Питер, 2010.
- Дугин А.* Геополитика постмодерна. Гл. 4. Малый шайтан исламо-фашизма (рецензия на статью Ф. Фукуямы «Исламо-фашизм»). СПб.: Амфора, 2007.
- Дугин С. Г.* Санкт-Петербургский благотворительный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие»: проекты, опыт, результаты работы // Социальное обслуживание семей и детей: методический сборник. СПб.: Санкт-Петербургское государ-

ственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья». 2015. № 5. С. 56–80.

- Дукаревич М. З. Рисунок несуществующего животного // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во Моск. гос. унт-та, 1990. С. 54–73.
- Дутов В. И., Чурсин И. Г. Психофизиологические и гигиенические аспекты деятельности человека при пожаре. М.: Защита, 1993.
- Дымарский Л. Ю. О некоторых исторических корнях современных деонтологических постулатов в онкологии // Вопросы онкологии. 1986. Т. 32, № 12. С. 67–73.
- Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях. Психологический аспект. Минск: БГУ, 1985.
- Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. М.: Мысль, 1994.
- Егоров А. Ю. Возрастная наркология. М.: Институт общегуманитарных исследований. СПб.: Дидактика Плюс, 2002.
- Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. СПб.: Речь, 2007.
- Егоров А. Ю. Социально-приемлемые поведенческие зависимости. Saarbrücken, Германия: LAP Lambert Academic Publishing, 2016.
- Егоров А. Ю., Изумнов С. А. Клиника и психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2010.
- Елисеев А. П. Морально-психологическое обеспечение сил РСЧС. СПб.: Б. и., 2002.
- Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004.
- Ениколопов С. Н. Массовая коммуникация и проблема насилия // Экология и жизнь. URL: <http://www.ecolife.ru/zhurnal/articles/25570/> (дата обращения: 28.03.2018).
- Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2000. № 7. С. 59–64.
- Епишкин Н. И. Исторический словарь галлицизмов русского языка. М.: ЭТС, 2010.
- Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004.
- Жедунова Л. Г. Динамика базисных убеждений личности в процессе переживания личностного кризиса // Ярослав. педаг. вестник. Сер. гуманитарные науки. 2009. № 4(61). С. 145–150.
- Журавлев В. Ф. Нарративное интервью в биографических исследованиях // Социология: методология, методы, математические модели. 1993–1994. № 3. С. 34–43.
- Зайончковская Ж. А. Эмиграция в дальнее зарубежье // Мир России. 2003. № 2. С. 144–150.
- Зайцев Г. С. Экстремальные условия деятельности: понятия, содержания, классификации // Вестник КРСУ. 2014. Т. 14, № 10. С. 25–29.
- Заманаева Ю. В. Переживание утраты близкого человека — испытание жизнью / под науч. ред. М. В. Осориной. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2007а.
- Заманаева Ю. В. Урата близкого человека — испытание жизнью / под науч. ред. М. В. Осориной. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2007б.

- Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. Л.: Медицина, 1988.
- Зборовский Г. Е., Широкова Е. А. Ностальгия российских эмигрантов: пробный опрос в Финляндии // СОЦИС. 2003. № 8. С 75–79.
- Зеер Э. Ф. Психология профессий: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. М.: Академический проект, 2008.
- Зеленков М. Ю. Религиозные конфликты: проблемы и пути их решения в начале XXI века (политико-правовой аспект). Воронеж: Воронеж. гос. ун-т, 2007.
- Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб.: Речь, 2003.
- Зинченко В. П., Морзунов Е. Б. Человек развивающийся. Очерки российской психологии М.: Тривола, 1994.
- Зинченко В. П. Миры сознания и структура сознания // Вопросы психологии. 1991. № 2. С. 15–33.
- Зиньковская С. М. Системное изучение человеческого фактора в опасных профессиях: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. М., 2007. 40 с.
- Знаков В. В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопросы психологии. 1990. № 4. С. 108–116.
- Игнатенко А. А. «Исламская экономика», или пять тезисов профессора Игнатенко. URL: <https://iq.hse.ru/news/177844342.html> (дата обращения: 16.05.16).
- Идрисов К. А., Краснов В. Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 5–10.
- Идрисов К. А., Краснов В. Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации. Сообщения II: Сравнение двух этапов популяционного исследования с интервалом в два года // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 3. С. 5–11.
- Илларионов В. П. Переговоры с преступниками (правовые, организационные, оперативно-тактические основы). М.: Юрид. ин-т, 1994.
- Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2009.
- Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005.
- Иноземцев В. Л. Современное постиндустриальное общество — природа, противоречия, перспективы: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Логос, 2000.
- Интернет-ресурс. Почему все так боятся рака? // Архив Частного клуба Алекса Экслера. 2010. URL: <http://www.forum.exler.ru/arc./index.php?s=0&showtopic=162249&st=0>
- Информационно-аналитические материалы Государственной Думы. Аналитический вестник. 2004. Выпуск 10. Актуальные проблемы законодательного обеспечения борьбы с терроризмом: российский и зарубежный опыт. URL: <http://iam.duma.gov.ru/node/2/4397/14152> (дата обращения — 16.05.16).
- Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1997.

- Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): пособие для врачей и психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999.
- Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
- Исаев Д. Н. Детская медицинская психология: психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004.
- Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни: монография. СПб.: СПбГМУ, 2009.
- Исаева Е. Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. СПб., 2010. 47 с.
- Исследовательские диагностические критерии. Женева; СПб.: ВОЗ, 1995. 573 с.
- Исурина Г. Л. Динамика индивидуально-психологических показателей больных невротизацией в процессе групповой // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л.: Медицина, 1984. С. 71–76.
- Казначеев В. П. Биосистема и адаптация // Доклад на II сессии Науч. совета АН СССР по проблемам прикл. физиологии человека. Новосибирск [б. и.], 1973.
- Кайдановская Е. В. Исследование психологических характеристик больных невротизацией в процессе патогенетической психотерапии (в связи с задачами изучения ее эффективности): автореф. дис. ... канд. психол. наук / НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Л., 1987. 23 с.
- Калмыкова Е. С. Исследование индивидуального сознания методом контент-анализа // Психологический журнал. 1994. Т. 15, № 3. С. 28–41.
- Калмыкова Е. С., Падун М. А. Ранняя привязанность и ее влияние на устойчивость к психической травме (сообщение 1) // Психологический журнал. 2002. № 5. С. 88–105.
- Каллиед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа: пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.
- Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия: пер. с англ. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.
- Каптауф Г., Вальтер М. Галльмайер. Во всем виноват Гиппократ: пер. с нем. М.: Изд-во Эксмо, 2002.
- Караяни Ю. М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий: дис. ... д-ра. психол. наук / МГУ им. Ломоносова. М., 2015. 343 с.
- Карвасарский Б. Д., Абабков В. М., Исурина Г. Л. и др. Копинг-поведение у больных с невротизацией и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999.
- Карояни А. Г. Социальная психология. Слухи как средство информационно-психологического противодействия // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 6. С. 47–54.
- Квале С. Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2003.
- Китаев-Смык Л. А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. М.: Смысл, 2012.
- Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.

- Киященко Н. К. Апробация варианта методики ТАТ // Вопросы экспериментальной психологии. М.: Медицина, 1965.
- Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: учебное пособие для студентов вузов. Ростов н/Д.: Из-во Феникс, 1996. 509 с.
- Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауман. СПб.: Питер, 2000. С. 358–388.
- Клубова Е. Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом: дис. ... канд. психол. наук / НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 1995. 172 с.
- Ковалев В. В. Детская психиатрия. СПб.: Медицина, 1979.
- Коган А. Б., Наумов Н. П., Режабек В. Г., Чароян О. Г. Биологическая кибернетика. М.: Высшая школа, 1972.
- Козлов В. В. Интегративная психология: Пути духовного поиска, или освящение повседневности. М.: Психотерапия, 2007.
- Кокс Т. Стресс. М.: Медицина, 1981.
- Колов С. А. Клинические, психологические и социальные характеристики участников боевых действий и их динамика в процессе групповой психотерапии: дис. ... канд. психол. наук / НИПНИ им. Бехтерева. СПб., 2007. 203 с.
- Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М.: Кооператив «Шанс», 1992.
- Комлев Н. Г. Словарь иностранных слов. М.: ЭКСМО, 2006.
- Кон И. С. Открытие «Я». М.: Политиздат, 1978.
- Кон И. С. Психология юношеского возраста. М.: Просвещение, 1979.
- Кон И. С. Ребенок и общество. Историко-этнографическая перспектива. М.: Наука, 1988.
- Константинова М. М., Стерлева Е. П. Паллиативная медицина и онкология — перспективы сотрудничества // Рос.-брит. учеб. науч.-практ. семинар по проблемам паллиативной медицины. СПб.: Б. и. 1995. С. 43–45.
- Концен П. Фанатизм. Психоанализ этого ужасного явления. Харьков: Гуманитарный центр, 2011.
- Концепция радиационной психической травмы / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, И. С. Рудой, Г. И. Краморенко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 2. С. 72–78.
- Коржова Е. Ю. Психологическое познание судьбы человека. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена; Союз, 2002.
- Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л.: Медицина, 1978.
- Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск: Наука, 1990.
- Корчагина С. Г. К66. Психология одиночества: учеб. пособие. М.: МПСИ, 2008.
- Костандов Э. А. Восприятие и эмоции. М.: Медицина, 1977.
- Костюк К. Православный фундаментализм. URL: http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/ortodox/Article/kost_prfund.php (дата обращения: 16.05.16).

- Котенёв И. О.* Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях. М.: Академия МВД России, 1996.
- Котенёв И. О.* Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997.
- Котенев И. О.* Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел: автореф. дис... канд. психол. наук / Акад. МВД России. М., 1994. 30 с.
- Коханов В. П., Краснов В. Н.* Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (теория и практика). М.: Практическая медицина, 2008.
- Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999.
- Козн Г.* Искусство вести переговоры и заключать сделки. М.: Прогресс-Арт, 2005.
- Кравец С. В.* Анализ представлений о психической травме в западной психологии / С. В. Кравец, М. А. Падун, В. А. Агарков // Матер. VI науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». Пермь, 2001. С. 7–10.
- Крайг Г., Бокум Д.* Психология развития. СПб.: Питер, 2005.
- Крамер Д., Олстед Д.* Маски авторитарности: очерки гуру. М.: Прогресс-традиция, 2002.
- Крапивенский С. Э.* Антисемитизм как феномен мировой культуры / Еврейское в мировой культуре. М.: Собрание, 2007. С. 217–241. URL: <http://ec-dejavu.net/a-2/Antisemitism.htm> (дата обращения: 16.05.16).
- Краснов В. Н., Петренко Б. Е., Войцех В. Ф.* и др. Психические расстройства у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщ. II: Клинико-патогенетические и патопластические взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. № 4. С. 6–20.
- Краснушкин Е. К.* Преступники психопаты. М.: Мосздравотдел, 1929.
- Кречмер Э.* Строение тела и характера / пер. с нем. М.;Л.: Госиздат, 1930.
- Кристал Г.* Травма и аффекты // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 3. С. 3–32. (Институт практической психологии и психоанализа).
- Кросс-культурная психология: исследования и применение: пер. с англ. / Д. Берри; ред. Л. В. Винокуров, П. К. Власов и др. Харьков: Гуманитарный центр, 2007.*
- Крук В. М.* Психологическое обеспечение личностной надежности специалиста силовых структур: автореф. дис... д-ра. психол. наук. М.: Современная гуманитарная академия, 2013. 44 с.
- Крысин Л. П.* Толковый словарь иноязычных слов. М.: Русский язык, 1998.
- Кулаков С. А., Дементьев В. В.* Исследование образа «Я» у подростков с помощью опросника Оффера в процессе групповой психотерапии // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева 1990. С. 137–143.

- Кулаков С. А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2002.
- Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии: учеб. пособие для супервизоров и психотерапевтов. СПб.: Вита, 2004.
- Куликов Л. В. Психология настроения. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997.
- Куликов Л. В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Описание методик, инструкции по применению. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003.
- Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М. Межличностное общение: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2001.
- Курбатова Т. Н., Муляр О. И. Проективная методика исследования личности «Hand-test». Метод. руководство. СПб.: ГМНППП «ИМАТОН», 2001.
- Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / пер. с англ. К. Семенова, В. Трилиса. Киев: София, 2001.
- Ларцев М. А., Багдасарова М. Г., Голов А. Л. Психофизиологические критерии профессиональной пригодности специалистов службы медицины катастроф // Медицина катастроф. 2000а. № 1. С. 57–60.
- Ларцев М. А., Бобров А. Ф., Багдасарова М. Г. Оценка и прогнозирование профессиональной пригодности специалистов службы медицины катастроф // Медицина катастроф. 2000б. № 1. С. 83–91.
- Ласко Н. Б. Основные принципы разработки и применения методики определения уровня невротизации и психопатизации // Психологические методы исследования личности в клинике. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1978. С. 25–33.
- Ле Бон Г. Психология толп. М.: Институт психологии РАН, 1998. С. 15–257.
- Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. М.: Юнити-дана, 2002.
- Лебедева Е. И., Ежов Д. И. Творчество в жизни человека // Стратегия жизни в современных условиях: (Образование, профессия, карьера) Текст: учеб. пособие для 10–11 классов средней школы / под ред. И. П. Михайлова. СПб.: СОЮЗ, 2004. С. 91–142.
- Лебедева Н. М. Социальная психология аккультурации этнических групп: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ. М., 1997. 57 с.
- Лебедева Н. М., Палей А. И. Балинтовские группы для ведущих психологический тренинг: учеб. пособие. СПб.: С.-Петербург. гос. техн. ун-т, 1995.
- Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект; Трикста, 2013.
- Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964.
- Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
- Леонова А. Б., Медведев В. И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.
- Леонтьев Д. А. Жизнетворчество как практика расширения жизненного мира // I Всерос. науч.-практ. конф. по экзистенциальной психологии: матер. конф. / под ред. Д. А. Леонтьева, Е. С. Мазур, А. И. Сосланда. М.: Смысл, 2001. С. 100–109.

- Леонтьев Д. А. Методика изучения ценностных ориентации. М.: Смысл, 1992а.
- Леонтьев Д. А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструкторов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Матер. II Междунар. науч.-практ. конф. Кострома, 2010. Т. 2. С. 40–42.
- Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999.
- Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 1992б.
- Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
- Ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: патология отдаленного периода и особенности медицинского обеспечения. (Руководство для врачей). 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. проф. С. С. Алексанина. СПб.: Элби-СПб, 2008.
- Линдеман Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гипенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С. 212–220.
- Литвинцев С. В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: дис. ... докт. мед. наук. В 2-х т. СПб., 1994. Т. I — 371 с.; Т. II — 271 с.
- Лифтон Р. Травмированное «Я» // Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г. У. Солдатовой. М.: Смысл, 2002. С. 78–89.
- Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984.
- Лоренц К. Агрессия. М.: РИМИС, 2009.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977.
- Лыткин В. М., Шамрей В. К., Койстрик К. Н. Посттравматические стрессовые расстройства. СПб.: ВМедА им. С. М. Кирова, 1999.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: пер. с нем. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2000.
- Лютин Д. В. Тренинг контроля и саморегуляции с использованием метода БОС для детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. СПб.: ЗАО «Биосвязь», 2008.
- Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности. М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998.
- Мак-Вильямс Н. Защитные механизмы // Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал 2001. Т. 22, № 1. С. 16–24.
- Маклаков А. Г., Чермянин С. В., Шустов Е. Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. 1998. Т. 19, № 2. С. 15–25.
- Максимова Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: учебник. Ростов н/Д.: Феникс, 2000.

- Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2000.
- Марищук В. Л.* Напряженность в полете / В. Л. Марищук, К. К. Платонов, Е. А. Плетницкий. М.: Воениздат, 1969.
- Маркова А. К.* Психология профессионализма. М.: Знание, 1996.
- Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл, 1999.
- Мастерство психологического консультирования / Институт психотерапии и консультирования «Гармония»; под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. СПб.: Речь, 2007.
- Маховская О. И.* Условия социализации детей российских эмигрантов во Франции // Журнал прикладной психологии. 2004. № 1. С. 48–58.
- Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: метод. пособие / под ред. А. Б. Белевитина. СПб.: Айсинг, 2010.
- Меерсон Ф. З., Пшеничникова М. Г.* Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. М.: Медицина, 1988.
- Мельницкая Т. Б.* Информационно-психологическая безопасность населения в условиях риска радиационного воздействия: концепция, модель, технологии: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. СПб., 2009. 54 с.
- Менделевич В. Д.* Значение некоторых личностных характеристик в развитии неврозов // Пограничные психические расстройства: сб. науч. трудов. М., 1988. С. 52–57.
- Менделевич В. Д., Зобин М. Л.* Аддиктивное влечение. М.: МЕДпресс-информ, 2012.
- Менделевич В. Д., Сиволап Ю. П.* Наркология: учебник для учреждений высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело. Ростов н/Д.: Феникс, 2017.
- Менделевич В. Д.* Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005.
- Месников В. И.* Повышение эффективности процесса морально-психологической подготовки молодых воинов внутренних войск к служебно-боевой деятельности: автореф. дис. ... канд. пед. наук. СПб., 1996. 18 с.
- Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: метод. рекоменд. / авт.-сост. Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, М. А. Беребин. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2004.
- Методические рекомендации по оценке психологической готовности спасателей к действиям в экстремальных условиях. М: ФЦ ВНИИ ГОЧС, 2003.
- Микиртичан Г. Л., Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Ольховский К. А., Кошелева А. Н.* О формировании профессионального самоопределения будущих врачей // Педиатрия. 2014. Т. 5, вып. 2, С. 95–101.
- Миргород Н. В.* Эмоциональное выгорание: как его преодолеть? // Сестринское дело. 2014. № 6. С. 40–41.
- МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева; СПб.: ВОЗ, 1995.
- Многоликая глобализация. Культурное разнообразие в современном мире / под ред. П. Бергер, С. Хантингтона. М.: Аспект пресс, 2004.
- Моисеенко В. М., Чулкова В. А.* Психоонкология: пособие для врачей. СПб.: СПб МАПО, 2007.

- Мокшанцев Р., Мокшанцева А. Социальная психология: учеб. пособие для вузов. Новосибирск: Инфра-М, 2001.
- Моляко В. А. Психологические последствия чернобыльской катастрофы // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 1. С. 135–146.
- Морозов В. В. Служба экстренной психологической помощи «Телефон доверия»: учеб. пособие. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2006.
- Морозов Г. В., Шубина К. К. К понятию о компенсациях при психопатиях // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л.: НИИПИ им. В. М. Бехтерева, 1973. С. 221–225.
- Москаленко В. Д. Индивидуальные и семейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивных веществ подростками // Наркология. 2004. № 11. С. 63–68.
- Москаленко В. Д., Ванюков М. М. Алкоголизм и генетика / Медицина и здравоохранение. Сер. «Медицинская генетика и иммунология»: обзорная информация ВНИИМИ. М., 1988.
- Московичи С. Век толп. М.: Академический проект, 2011.
- Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001.
- Муздыбаев К. Удовлетворенность жизнью, ощущение счастья, переживание смысла собственного бытия // Рабочий класс СССР на рубеже 80-х годов. М.: Ин-т международного рабочего движения АН СССР, 1981. С. 181–198.
- Мурен-Симеони М. К. Синдром посттравматического стресса у ребенка // Ежегодник педиатрии. 1993. Т. 40, № 8. С. 498–495 (Париж: Неправительственная гуманитарная организация «Врачи мира»).
- Мэй Р. Вклад экзистенциальной психотерапии // Экзистенциальная психология. Экзистенция / пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. М.: Апрель-пресс ЭКСМО-пресс, 2001а.
- Мэй Р. Мужество творить. Очерк психологии творчества. Львов: Инициатива; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001б.
- Мэй Р. Открытие Бытия. М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2004. С. 64–65.
- Мэй Р. Экзистенциальная психология. М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001в.
- Мэй Р. и др. Экзистенциальная психология / пер. с англ. Л. Я. Дворко. Львов: Инициатива, 2005. (Серия «Psychologia Vera»).
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960.
- Мясищев В. Н., Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н., Карвасарский Б. Д. Методы исследования личности за рубежом [обзор] // Исследование личности в клинике в экстремальных условиях. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1969. С. 69–96.
- Навойчик В. В. 2013. Особенности нарушений психической деятельности среди обследованных контингентов в зоне ЧАЭС. URL: <http://chornobyl.in.ua/navoichik-pripyat-chaes.html> (дата обращения: 18.02.2017).
- Наенко Н. И. Психическая напряженность. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976.
- Назаретян А. П. Психология стихийного массового поведения. М.: Пер Сэ. 2001.
- Назаров И. П. Профессиональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов. Красноярская государственная медицинская академия, 2008. <http://www.sibmedport>.

- ru/article/691-professionalnoe-vigoranie-vrachey-anesteziologov-reanimatologov/ (дата обращения: 16.03.2017).
- Налчаджян А. А.* Личность, психическая адаптация и творчество. Ереван: Луйс, 1980.
- Налчаджян А.* Агрессивность человека. СПб.: Питер, 2007.
- Наркология / пер. с англ.; ред. Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг и др. М.; СПб : Бином; Невский диалект, 1998.
- Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире: пер. с англ. / под ред. Э. Г. Круга и др. М.: Весь Мир, 2003.
- Немов Р. С., Алтунина И. Р.* Социальная психология: краткий курс. СПб.: Питер, 2008.
- Немчин Т. А.* Опросник для измерения степени выраженности нервно-психического напряжения // Экспериментальная и прикладная психология. Вып. 10. Л., 1981. С. 159–161.
- Немчин Т. А.* Состояние нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во Ленингр. гос. ун-та, 1983.
- Нечипоренко В. В., Шамрей В. К.* Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: ВМА им. С. М. Кирова, 2007.
- Никифоров А. М., Рыбников В. Ю., Вавилов М. В.* Теория и практика оперативного контроля специалистов экстремального профиля: учеб. пособие. СПб.: ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России, 2002.
- Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000.
- Овчинников Б. В.* Боевой стресс и его фармакологическая коррекция // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: сб. ст. СПб.: Б. и., 1995. С. 104–106.
- Овчинников Б. В., Костюк Г. П., Дьяконов И. Ф.* Технологии сохранения и укрепления психического здоровья: учеб. пособие. СПб.: Специальная литература, 2010.
- Оди Дж. Р.* Человек — существо одинокое: биологические корни одиночества // Лабиринты одиночества. М.: Прогресс, 1989. С. 129–151.
- Ожегов С. И.* Словарь русского языка. 6-е изд., перераб. и доп. М.: Советская энциклопедия, 1964.
- Оказание психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Научные разработки и практический опыт ВЦМК «Защита» и НИИ психиатрии МЗ РФ. Электронный ресурс: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=718> (дата обращения: 18.02.2017).
- Олешко В. А.* Медико-психологическая коррекция психосоматических нарушений у ветеранов подразделений особого риска в отдаленном периоде: дис. ... д-ра. мед. наук / ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России. СПб., 2007.
- Олпорт Г.* Становление личности. М.: Смысл, 2002.
- Ольшанский Д. В.* Психология терроризма. СПб.: Питер, 2002.
- Орел В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 90–101.
- Орлов И. Е.* Психические последствия аварии на ЧАЭС // Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. 1996. № 3. С. 11–12.

- Орлова А. В., Бернштейн Л. М. Когнитивная функция у онкологических больных: роль гормональных факторов // Вопросы онкологии. 2003. Т. 49, № 4. С. 400–405.
- Осницкий А. К. Диагностика самостоятельности учащихся в школе и СПТУ: метод. рекомендации для практических психологов. Иваново, 1991.
- Осницкий А. К. Определение характеристик социальной адаптации школьников // Журнал практического психолога. 1996. № 3. С. 48–53.
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие. М.: Академия, 2005.
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2007.
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2010.
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования: 5-е изд., перераб. и доп. М.: Академия, 2012.
- Осухова Н. Человек в экстремальной ситуации: теоретические интерпретации и модели психологической помощи // Развитие личности / ред. В. С. Мухина, А. С. Обухов. М.: МПГУ, 2006. № 3. С. 152–166.
- Оценка психологической готовности спасателей к действиям в экстремальных условиях: метод. рекомендации. СПб.: ФГУЗ ВЦЭРМ. М.: ЦЭПП, 2003.
- Павловец Г. Г. Социально-психологическая адаптация вынужденных мигрантов (по материалам Северного Кавказа): автореф. дис. ... канд. психол. наук / СПбГУ. СПб., 2001. 21 с.
- Падун М. А., Котельникова А. В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психол. журн. 2008. Т. 29, № 4. С. 98–106.
- Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М.: ИП РАН, 2012. 206 с.
- Падун М. А., Тарабрина Н. В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы // Моск. психотерапевт. журнал. 2003. № 1. С. 121–141.
- Палей А. И. Отношения клиент — психотерапевт: «место встречи» и пути к нему // Профессиональная психотерапевтическая газета. 2008. № 6. С. 4–5.
- Пантилеев С. Р. Методика исследования самооотношения. М.: Смысл, 1993.
- Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / под ред. проф. А. М. Никифорова. СПб.: Бином., 2002.
- Пахомова Е. В. Методика диагностики ценностных ориентаций (МДЦО) // Вестн. Самар. гуманитар. акад. Сер. Психология. 2011. № 2(10). С. 120–134.
- Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования: пер. с англ. М.: Аспект Пресс, 2000.
- Пергаменщик Л. А. Кризисная психология: учебник. Минск: Вышэйша школа, 2004.
- Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. М.: Академия, 2003.
- Перри Г. Как справиться с кризисом. М.: Педагогика-Пресс, 1995.

- Пестерева Е. В.* Особенности психологической адаптации пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2011.
- Петров Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Воен. мед. упр. ГСОВГ, 1947.
- Петрюк П. Т., Якущенко И. А.* Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенесших психоэмоциональный стресс // Вестн. Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3–4. С. 140–159.
- Петунова С. А.* Типы безработных в процессе их адаптации к рынку труда // Науч. труды междунар. конгр. «Социальная психология XXI столетия». Т. 2 / под ред. В. В. Козлова. Ярославль, 2004. С. 136–138.
- Пинчук Д. Ю., Дудин М. Г.* Биологическая обратная связь по электромиограмме в неврологии и ортопедии: справ. руководство. СПб.: Человек, 2002.
- Платонов Ю. П.* Этническая психология. СПб.: Речь, 2001.
- Поливанова К. Н.* Психология возрастных кризисов: учеб. пособие для студ. высш. пед. заведений. М.: Академия, 2000.
- Пономарев Я. А.* Психология творчества. М.: Наука, 1976.
- Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997. (СПб.: Речь, 2000).
- Послерационная энцефалопатия: экспериментальные исследования и клинические наблюдения / под ред. А. П. Ромоданова. Киев, 1993.
- Посохова С. Т.* Личностный адаптационный синдром в экстремальных условиях профессиональной деятельности // Вестн. С.-Петербург. ун-та. 2011 Сер. 12. № 4. С. 7–13.
- Посохова С. Т.* Психология адаптирующейся личности: субъектный подход: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук / РГПУ им. А. И. Герцена. СПб., 2001. 38 с.
- Потехина (Миргород) Н. В., Никифоров А. М., Рыбников В. Ю., Алексанин С. С., Чугунова Л. Н.* и др. Организация психологического обеспечения аварийно-спасательных работ для специалистов МЧС России, принимающих участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций: метод. пособие. СПб.: ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России, 2003.
- Потехина (Миргород) Н. В.* О сохранении психического здоровья спасателя // Ананьевские чтения — 2004: матер. науч.-практ. конф. / под ред. Л. А. Цветковой, Г. М. Яковлева. СПб.: СПбГУ, 2004. С. 183–184.
- Потехина (Миргород) Н. В., Никифоров А. М., Алексанин С. С., Чугунова Л. Н.* и др. Рекомендации по практическому использованию программы психологической подготовки специалистов по повышению стрессоустойчивости и готовности к деятельности в экстремальных ситуациях. СПб.: ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России., 2003.
- Потехина (Миргород) Н. В., Цветкова Л. А.* Риск в профессиональной деятельности спасателя // Ананьевские чтения — 2005: матер. науч.-практ. конф. / под ред. Л. А. Цветковой, Г. М. Яковлева. СПб.: СПбГУ, 2005. С. 333–335.
- Почебут Л. Г.* Взаимопонимание культур. Методология и методы этнической и кросс-культурной психологии. Психология межэтнической толерантности. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2005.
- Почебут Л. Г.* Социальная психология толпы. СПб.: Речь, 2004.

- Почебут Л. Г. Социальные общности. Психология толпы, социума, этноса. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2005.
- Почебут Л. Г., Мейжис И. А. Социальная психология. СПб.: Питер, 2010.
- Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001.
- Практикум по психологии состояний: учеб. пособие / под ред. А. О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004.
- Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара: «БАХРАХ-М», 2001.
- Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 1. Теория и методы / авт. кол.: Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец, Е. С. Калмыкова, А. В. Макарчук, М. А. Падун, Е. Г. Удачина, З. Г. Химчян, Н. Е. Шаталова, А. И. Щепина; под ред Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007а.
- Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 2. Бланки методик / авт. кол.: Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец, Е. С. Калмыкова, А. В. Макарчук, М. А. Падун, Е. Г. Удачина, З. Г. Химчян, Н. Е. Шаталова, А. И. Щепина; под ред Н. В. Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007б.
- Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств: метод. рекоменд. / авт.-сост. В. А. Абабков, С. М. Бабин, Г. Л. Исурина и др. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1993.
- Прохоров А. О. Психология состояний: учеб. пособие. М.: Когито-Центр, 2011.
- Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой. Т. 1. М.: Академия, 2004.
- Психические состояния / сост. и общ.ред. Л. В. Куликова. СПб.: Питер, 2001.
- Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина; Казан. гос. технол. ун-т. Казань: Изд-во КНИТУ, 2012.
- Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. М.: Смысл, 2008.
- Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений (ОНР): пособие для врачей и психологов / авт.-сост. Л. И. Вассерман, Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков, Б. В. Иовлев, О. Ю. Щелкова, А. Я. Вукс, И. Н. Михайлова. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998.
- Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г. У. Солдатовой. М.: Смысл, 2002.
- Психологические проблемы русских эмигрантов в Германии: сб. трудов бакалавров С.-Петербур. гос. ун-та. Выпуск 2000 и 2001 гг. Берлин / сост. Н. С. Хрусталева; отв. ред. А. А. Крылов. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001.
- Психологический словарь / авт.-сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева и др. Ростов н/Д.: Феникс, 2003.
- Психология детства: учебник / под ред. чл.-корр. РАО А. А. Реана. СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2003.

- Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора / сб. статей под ред. М. М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004.
- Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия: учебник / под ред. Н. С. Хрусталева. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та., 2014.
- Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь: учеб. пособие / ред. Н. С. Хрусталева. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2013.
- Психология национальной нетерпимости: хрестоматия / сост. Ю. Чернявская. Минск: Харвест, 1998.
- Психология экстремальных ситуаций / ред. В. В. Рубцов, С. Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2008.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М.: Смысл, 2007.
- Психология: словарь. 2-е изд., испр. и доп. / под ред. А. В. Петровского. М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
- Психотерапия — что это? Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона; пер. с англ. Л. С. Каганова. М.: Класс, 2000.
- Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Ин-та психотерапии. 2000.
- Пыжьянова Л. Г.* Оценка социально-психологических факторов риска и оперативное прогнозирование неблагоприятных социально-психологических последствий чрезвычайных ситуаций федерального характера: дис. ... канд. психол. наук/ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России. СПб., 2011. 199 с.
- Пятакова Г. В.* Отношение подростков, страдающих ювенильным хроническим артритом к своему заболеванию // Вестн. балтийской педагогической академии. СПб.: Изд-во Балт. педаг. академии, 2005. Вып. 61, № 5. С. 101–107.
- Радиоактивные отходы АЭС и методы обращения с ними / А. А. Ключников, Э. М. Пазухин, Ю. М. Шигера, В. Ю. Шигера. Киев: Чернобыль, 2005.
- Рассел Д.* Измерение одиночества // Лабиринты одиночества. М.: Прогресс, 1989.
- Рассел Б.* Фанатизм и терпимость. Интервью 1959 г. URL: http://krotov.info/lib_sec/17_r/ras/rass_16.htm (дата обращения: 03.09.2016)..
- Раишкофф Д.* Медиавирус. Как поп-культура тайно воздействует на ваше сознание. М.: Ультра. Культура, 2003. С. 299–322.
- Регуш Л. А.* Проблемы психического развития и их предупреждение (от рождения до пожилого возраста). СПб.: Речь, 2006.
- Реммидт Х.* Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994.
- Решетников М. М.* Психическая травма. СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2006.
- Решетников М. М.* Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, теракты). URL: <http://library.by/portalus/modules/philosophy/readme>.

php?subaction=showfull&id=1108725875&archive=0212&start_from=&ucat=1& (дата обращения: 23.11.2016).

- Решетников М. М.* Психология войны: от локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2011.
- Ривкин М.* Что такое религиозный фундаментализм? Иерусалим: Изд-во Культурно-просветительского общества «Теэна», 2000.
- Риман Ф.* Основные формы страха. М.: Алетейа, 1999.
- Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994.
- «Розовая психотерапия»: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / под ред. Д. Дэйвиса, Ч. Нила. СПб.: Питер, 2001. (Серия «Практикум по психотерапии»).
- Романова Е. В., Сытько Т. И.* Проективные графические методики. СПб.: б.и., 1992.
- Романова Е. С.* Работа психолога на телефоне доверия: метод. пособие. М.: МГПУ, 2001.
- Романова Е. С., Гребенников Л. Р.* Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: Талант, 1996.
- Романова Е. С., Потемкина О. Ф.* Проективные графические методы в психологической диагностике. М.: Дидакт, 1991.
- Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2004.
- Ротенберг В. С., Аршавский В. В.* Поиск активностей и адаптация. М.: Наука, 1984.
- Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. руководство. СПб.: Питер, 1998.
- Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.
- Руководство по предотвращению насилия над детьми / под ред. Н. К. Асановой. М.: Владос. 1997.
- Румянцев Г. Г.* Опыт применения «метода незаконченных предложений» в психиатрической практике // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1969. С. 266–275.
- Румянцева Г. М., Филлипенко В. В.* Посттравматические стрессовые расстройства среди пострадавших от Чернобыльской катастрофы // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии. Минск, 1994. С. 82–83.
- Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н.* Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. рекоменд. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1988.
- Рыбников В. Ю.* Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. СПб., 2000. 44 с.
- Рыбников В. Ю.* Экспресс-методика «Прогноз-2» для оценки нервно-психической неустойчивости кандидатов на учебу в вуз // Тез. докл. на I Всеарм. совещании. М.: Воениздат, 1990. С. 132–135.
- Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака: пер. с англ. СПб.: Питер, 2001.
- Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / под ред. В. А. Ядова. Л.: Наука, 1979.

- Сандомирский М. Е.* Защита от стресса. Работа с подсознанием. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009.
- Сапогова Е. Е.* Экзистенциальная психология взрослости. М.: Смысл, 2013.
- Сарджвеладзе Н., Беберашвили З.* и др. Травма и психологическая помощь. М.: Смысл, 2005.
- Сартр Ж.-П.* Человек в осаде. Экзистенциализм — это гуманизм. М.: Варгиус, 2006.
- Сафуанов Ф. С.* Судебно-психологическая экспертиза: учебник для акад. бакалавриата. М.: Юрайт, 2014.
- Семаго М. М., Семаго Н. Я.* Теория и практика оценки психического развития ребенка. СПб.: Речь, 2010.
- Семенова И. А.* Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособие. Ульяновск: УВАУ ГА(И), 2012.
- Семичев С. Б.* Группировка состояний психического здоровья // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева 1986. С. 8–17.
- Семке В. Я.* Истерические состояния / АМН СССР. М.: Медицина, 1998.
- Сидоров П. И., Парняков А. В.* Введение в клиническую психологию. Т. 2: учебник для студентов мед. вузов. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
- Сирота Н. А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... д-ра мед. Наук / НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Бишкек; СПб., 1994.
- Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других форм зависимого поведения. М.: Радуга, 2004.
- Сластенин В. А., Каширин В. П.* Психология и педагогика: учеб. пособие. М.: Академия, 2001.
- Слободчиков В. И., Исаев Е. И.* Антропологический принцип в психологии развития // Вопросы психологии. 1998. № 6. С. 3–17.
- Смирнов Б. А., Долгополова Е. В.* Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Харьков: Гуманитарный центр, 2007.
- Смирнов Ю. Н., Пескин А. В.* Состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (аналитический обзор) / Чернобыльский след: медико-психологические последствия радиационного воздействия. М.: Вотум, 1992. С. 39–65.
- Снегирёва Т. В.* Методика изучения особенностей личностной саморегуляции // Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога / под ред. И. В. Дубровиной. М.: Изд-во АПН СССР, 1987. С. 92–96.
- Снедков Е. В.* Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1997. 50 с.
- Собчик Л. Н.* Модифицированная методика Сонди. Тест восьми влечений. СПб.: Речь, 2003.
- Соколова Е. Т.* О некоторых аспектах применения ТАТ для исследования личности // Вопросы диагностики психического развития. Таллин: Изд-во АН ЭССР, 1974. С. 157–158.
- Соколова Е. Т.* Особенности самосознания при невротическом развитии личности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / МГУ им. М. В. Ломоносова. М., 1991. 107 с.

- Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.
- Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах. Ч. 1. М.: Аргус, 1995.
- Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976.
- Солдатова Г. В., Шайгерова Л. А., Калинин В. К., Кравцова О. А. Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности. М.: Смысл, 2002.
- Соловьев Вл. С. Протест против антисемитического движения в печати // Тайна Израиля: «еврейский вопрос» в русской религиозной мысли конца XIX — первой половины XX в. СПб., 1993. С. 95.
- Соловьев И. В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия. Оказание психологической помощи и психореабилитация. М.: АвгустБОРГ, 2000.
- Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003.
- Соснин В. А. Психология суицидального терроризма: исторические аналогии и геополитические тенденции в XXI веке / В. А. Соснин; под ред. А. Л. Журавлёва. М.: Форум, 2012.
- Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика: пособие для студентов и учителей Горьк. гос. пед. ин-т им. А. М. Горького. Горький: Изд-во Горьк. пед. ин-та, 1975.
- Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005.
- Стефаненко Т. Г. Этнопсихология: учебник для вузов. М.: Аспект Пресс, 2004.
- Столин В. В., Пантилеев С. Р. Опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике: психодиагностические материалы. М., 1988. С. 123–130.
- Столин В. В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: дис. д-ра психол. наук: 19.00.01. М., 1985. 530 с.
- Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика: учеб. пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.
- Стрельников А. А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов: автореф. дис. ... докт. мед. наук / ВМА им. С. М. Кирова. СПб., 1998.
- Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел): дис. ... канд. психол. наук / СПбГУ. СПб., 2005. 376 с.
- Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса. М.: Медицина, 1981.
- Суханов С. А. Психопатии военного времени // Русский врач. 1915. № 3. С. 1011–1013.
- Сухарев А. В. Психологический этно-функциональный подход к психической адаптации человека: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1998. 352 с.
- Сухарева Г. Е. Психогенные типы реакций военного времени // Невропатология и психиатрия. 1943. Т. 12, № 2. С. 3–10.
- Съедин С. И., Абурахманов Р. А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М.: МО РФ, 1992.
- Сырцова А., Соколова Е. Т., Митина О. В. Методика Ф. Зимбардо по временной перспективе // Психол. диагностика. 2007. № 1. С. 85–106.

- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стрессового расстройства. СПб.: Питер, 2001.
- Тарабрина Н. В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психол. журнал. 2012. Т. 33, № 6. С. 20–33.
- Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. 1996. № 1(2). С. 26–29.
- Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2008а. 50 с.
- Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дис. ... д-ра психол. наук / РГПУ им. А. И. Герцена. СПб., 2008б. 356 с.
- Тарабрина Н. В., Азарков В. А., Быховец Ю. В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр., 2007.
- Тарабрина Н. В., Ворона О. В., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: ИП РАН, 2010.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. и др. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психол. журн. 1996. № 2. С. 30–45.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психол. журн. 1994. Т. 15, № 5. С. 67–78.
- Тарабрина Н. В., Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс // Труды Института психологии РАН. М.: ИП РАН, 1997. С. 254–262.
- Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: ИП РАН, 2009.
- Тарабрина Н. В., Генс Г. П., Коробкова Л. И. и др. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // Вестник РФФИ. 2006. № 1. С. 10–20.
- Тард Г. Мнение и толпа // Психология толп / Г. Лебон, Г. Тард. М.: Институт психологии РАН, 1998. С. 257–408.
- Таилыков В. А. Взаимоотношения врача и больного и их влияние на процесс психотерапии у больных неврозами // Неврозы и пограничные расстройства. Л., 1972. С. 38–43.
- Таилыков В. А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина (ЛО), 1984.
- Теория социальной работы: учеб. пособие / под ред. И. Г. Кузиной. Владивосток: ДВГТУ, 2006.
- Тест дерева и его применение в психодиагностике / сост. С. Л. Соловьева. М.: МГПП «Курс», 1999.
- Тихомиров Л. Статьи, опубликованные в журнале «Русское обозрение». К вопросу о терпимости. URL: <http://samoderjavie.ru/node/485> (дата обращения: 16.05.16).
- Толковый словарь русского языка: в 4 т. / под ред. Д. Н. Ушакова. М.: Гос. ин-т «Сов. энцикл.»; ОГИЗ; Гос. изд-во иностр. и нац. слов, 1935–1940.
- Толочек В. А. Т52. Современная психология труда: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2005.

- Торок М. Болезнь траура и фантазм чудесного трупа // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо и А. В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 317–332.
- Травина Е. М. Этнокультурные и конфессиональные конфликты в современном мире: учеб. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2007.
- Трегубов И. Б., Бабин С. М. Гиссенский опросник соматических жалоб и его значение при исследовании психосоматических расстройств // Интегративные аспекты современной психотерапии. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1992. С. 110–114.
- Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М.: Мед. информ. агентство, 2007.
- Трубицына, Л. В. Процесс травмы. 2-е изд., испр. М.: Смысл, 2012.
- Трунов Д., Бячкова Н. Психологическое консультирование кризисных состояний: метод. рекомендации. Пермь: ОЦПППН (Областной центр психолого-педагогической помощи населению), 2004.
- Улановский А. М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии, психотерапии // Методология и история психологии. 2007. Т. 2, вып. 1. С. 130–150.
- Учебное пособие по дисциплине «Экстремальная психология» для курсантов МЧС России / под общ. ред. Ю. С. Шойгу. М.: ФГБУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ), 2017.
- Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: «БАХРАХ-М», 2001.
- Фанталова Е. Б. Методика «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах» // Журн. практич. психолога. 1996. № 2. С. 32–37.
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М.: Проспект, 2012.
- Федеральный закон от 06.03.2006 г. № 35 — ФЗ «О противодействии терроризму». СЗ РФ. 2006. № 11. Ст. 1146.
- Федеральный закон от 25.07.2002 г. № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности». СЗ РФ. 2002. № 30. Ст. 3031.
- Федеральный закон РФ от 25 июля 2002 г. № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности»). URL: <http://rg.ru/2002/07/30/extremizm-dok.html> (дата обращения: 16.05.16).
- Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.
- Федорова Т. Л. Методика семантического дифференциала и возможности ее применения в клинической психологии // Психол. методы исследования личности в клинике. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1978. С. 80–92.
- Федунина Н. Ю., Чурсина Е. А. Образ телефона доверия в России в зеркале прессы и воспоминаниях сотрудников // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 1. С. 180–199.
- Фейфел Г. Смерть — релевантная переменная в психологии // Экзистенциальная психология / под ред. Р. Мэя. М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. С. 28–34.
- Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. С. 248–249.

- Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. М.: Жизнь и мысль, 1999.
- Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.
- Философия: Энциклопедический словарь / под ред. А. А. Ивина. М.: Гардарики, 2004.
- Франкл В. Логотерапия и экзистенциальный анализ: статьи и лекции. 2-е изд. / пер. с нем. О. Сивченко. М.: Альпина нон-фикшн, 2018.
- Франкл В. Психотерапия на практике / пер. с нем. Н. Паньков, В. Певчев. СПб.: Речь, 2000.
- Франкл В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ: [пер. с англ.] . СПб.: Речь, 2001.
- Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М: Педагогика-Пресс, 1993.
- Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб: Алетейя, 1999.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. СПб.: Питер, 2007.
- Фрейд З. Девятнадцатая лекция: Фиксация на травме // Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Наука, 1991а. С. 182–192.
- Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Психология масс. Самара, 1998. С. 131–195.
- Фрейд З. Шестнадцатая и семнадцатая лекция: Психоанализ и психиатрия. Смысл симптомов // Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Наука, 1991б. С. 154–173.
- Фрейдджер Р., Фэйдимен Д. Теории личности и личностный рост. СПб.: Питер, 2002.
- Фрейнкман-Хрусталева Н. С., Новиков А. П. Эмиграция и эмигранты. История и психология. СПб.: С.-Петербург. гос. акад. культуры, 1995.
- Фридман Б. Д. П. Б. Ганнушкин в учении о психопатиях // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1933. Т. 2, вып. 5. С. 106–111.
- Фридмен Дж., Комбс Дж. Конструирование иных реальностей. Истории и рассказы как терапия. М.: Класс, 2001.
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: Республика, 1994.
- Фромм Э. Бегство от свободы. М.: Прогресс, 1990.
- Фромм Э. Душа человека. М.: Республика, 1992.
- Хабермас Юрген. Вера и знание // Будущее человеческой природы. М.: Весь Мир, 2002.
- Хайдеггер М. Время и бытие: статьи и выступления / сост., пер. с нем. и комм. В. В. Библихина. М.: Республика, 1993.
- Ханин Ю. Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л.: ЛенНИИ физической культуры, 1976.
- Холланд Дж., Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психоонкологии (IPOS): интеграция психо-социального аспекта и ежедневный уход: пер. с англ. // Сб. статей и рабочих матер. Международной школы психосоциальной онкологии. 8–10 апреля 2013. М., 2013. С. 8–14.
- Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований в области психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 3. С. 97–104.
- Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Прогресс-Универс, 1993. С. 5–220.

- Хоффер Э. Истинноверующий. Минск: Европ. гос. ун-т, 2001.
- Хрусталева Н. С. Виды кризисов и психологическая помощь в кризисных ситуациях: метод. пособие. СПб.: Речь, 2010а.
- Хрусталева Н. С. Переживание психической травмы и печали в условиях эмиграции // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 12. 2010б. Вып. 1. С. 253–261
- Хрусталева Н. С. Психологическое консультирование в кризисных и экстремальных ситуациях: учеб.-метод. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006.
- Хрусталева Н. С. Психология эмиграции (социально-психологические и личностные проблемы): автореф. дис. ... д-ра психол. наук / СПбГУ. СПб., 1996. 36 с.
- Худяков А. В. Клинико-социальный анализ формирования и профилактика зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 48 с.
- Цуцьева Ж. Ч. Психология посттравматического стрессового расстройства у детей, жертв террористических актов: концепция формирования и коррекции: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России. СПб., 2010. 54 с.
- Цыцарев С. В. Методика исследования отношения к себе (Q-сортировка) // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. С. 151–157.
- Черепанова Е. М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку. М.: Академия, 1997.
- Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия сборник: в 2 т. М.: Вотум, 1992.
- Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания. М.: Альпина Нон-фикшн, 2011.
- Чистяков Георгий, свящ. Психология религиозного фанатизма. URL: <http://www.tolerance.ru/VT-3-4-psihologiya.php?PrPage=VT> (дата обращения: 16.05.16).
- Чулкова В. А. Исследование системы отношений и эмоциональной напряженности у больных раком молочной железы // Социально-психологические исследования в психоневрологии: сб. статей. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1980. С. 128–132.
- Чулкова В. А. О месте онкопсихологии в структуре психологических наук // Сб. тезисов «IV Всероссийский съезд онкопсихологов», 23–24 августа 2012, Москва. М.: АНО «Проект СО-действие», 2012. С. 8–10.
- Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. канд. психол. наук. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999. 18 с.
- Чулкова В. А., Комяков И. П. К исследованию эмоционального выгорания врачей-онкологов // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56, № 1. С. 79–82.
- Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е. и др. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники: учеб. пособие для врачей-онкологов. СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012.
- Чулкова В. А., Моисеенко В. М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 3. С. 151–157.

- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Душевный мир онкологического больного // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56, № 1. С. 83–87.
- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. и др. Профессиональная позиция врача-онколога: учеб. пособие для врачей-онкологов. СПб.: Из-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. 28 с.
- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестн. С.-Петербург. ун-та. 2010. Сер. 12., вып. 1. С. 91–100.
- Чулкова В. А., Софиева З. А., Константинова М. М. Некоторые психологические аспекты в работе хосписа // Развитие системы паллиативной помощи: опыт регионов: сб. статей. Пермь: ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, 2005. С. 145–152.
- Чурилин И. В. Особенности психологического консультирования при работе на телефоне экстренной психологической помощи // Бюллетень клуба конфликтологов / под ред. Б. И. Хасана. Красноярск, 1992. - Вып. 2. С. 77–85.
- Шаболтас А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт, 2015.
- Шавердин Г. М. Травматический стресс: психические расстройства и развитие личности. Ереван: Зангак, 1998.
- Шамрей В. К. Психиатрия войн и катастроф: учеб. пособие. СПб.: Специальная литература, 2015.
- Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры: пер. с англ. М.: Класс, 1998.
- Шкала всесторонней оценки психического состояния: метод. руководство / И. Н. Гурвич, Ю. К. Малахов, Н. А. Антонова и др. СПб., 2003.
- Шнэйдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
- Шойгу Ю. С. К вопросу о нормативно-правовом регулировании психологической практики // Прикладная юридическая психология. 2017. № 1 (38). С. 15–23.
- Шойгу Ю. С., Пыжьянова Л. Г., Бабкина Е. А. Опыт оказания экстренной психологической помощи гражданам при эвакуации из зон военных конфликтов // II Всероссийский съезд психологов силовых структур Российской Федерации: сб. материалов / под общ. ред. Ю. П. Зинченко, А. Г. Караяни, Ю. С. Шойгу. 2016. С. 376–398.
- Шойгу Ю. С., Филиппова М. В. Этические аспекты экстренной психологической помощи представителям разных культур // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14: Психология. 2015. № 3. С. 108–116.
- Щедрина О. В. Возможна ли мультикультурная модель интеграции мигрантов в России? // СОЦИС. 2004. № 11. С. 67–74.
- Эйдемиллер Э. Г. Детская психиатрия. СПб.: Речь, 2005.
- Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2002.
- Энциклопедический словарь по психологии и педагогике. URL: http://psychology_pedagogy.academic.ru/ (дата обращения: 28.03.2018).
- Эплова И. Виды иммиграционных процессов в современной Швеции. (Конспект лекций). СПб.: АЙСИНГ, 2017.

- Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / общ. ред. и предисл. А. В. Толстых. М.: Изд. группа «Прогресс», 1996.
- Эриксон Э. Детство и общество. 2-е изд. перераб. и доп.: пер. с англ. СПб.: АСТ, 1996; СПб.: Речь, 2000.
- Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 2006.
- Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Б. Фоа, Т. М. Кина, М. Дж. Фридмана. М.: Когито-Центр, 2005.
- Ялов А. М. Краткосрочная позитивная психотерапия: метод. пособие. СПб.: «ИМАТОН», 1997.
- Ялов А. М. Методологические аспекты психологической помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12. 2010. Вып. 1. С. 46–55.
- Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т. С. Драбкиной. М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. СПб.: Питер, 2009. (Серия «Мастера психологии»).
- Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995. 396 с.
- Ялтонский В. М., Соколова Е. Т., Сирота Н. А., Видерман Н. С. Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин // Социал. и клинич. психиатрия. 2001. Т. 11, № 2. С. 36–43.
- Яновская М. И. Ваше слово, доктор. М.: Советская Россия, 1985.
- Ясперс К. Смысл и назначение истории. М.: Республика, 1994.
- Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / авт.-сост. Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998.
- Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: практ. руководство. М.: МЕД-пресс, 1998. С. 545–552.
- Яхин К. К., Менделевич Д. М. Опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации. Казань: Б. и., 1978.

Книги **Издательства СПбГУ** можно
ЗАКАЗАТЬ
на сайте издательства: **publishing.spbu.ru**
в интернет-магазинах: **ozon.ru; bookvoed.ru; URSS.ru**

ПРИБРЕСТИ
в книжных магазинах СПбГУ **Дом университетской книги**

Менделеевская линия, д. 5
6-я линия В. О., д. 15
Университетская наб., д. 11

А также в магазинах

Санкт-Петербурга: Сеть книжных магазинов «Буквоед»
Санкт-Петербургский Дом книги, Невский пр., д. 28
«Подписные издания», Литейный пр., д. 57
Москвы: «Библио-Глобус», ул. Мясницкая, д. 6/3
«Фаланстер», М. Гнездииковский пер., д. 12/27
Перми: «Пиотровский», ул. Ленина, д. 54
Екатеринбурга: «Ельцин-Центр», ул. Бориса Ельцина, д. 3а

Учебное издание

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Учебник

Редактор *Е. П. Парфёнова*
Корректор *Е. В. Величкина*
Компьютерная верстка *Ю. Ю. Тауриной*
Обложка *Е. В. Арделян*

Подписано в печать 04.06.18. Формат 70×100¹/₁₆.
Усл. печ. л. 60,77. Плановый тираж 1000 экз. (1-й завод — 210 экз.). Заказ № 264 .

Издательство Санкт-Петербургского университета.
199004, С.-Петербург, В.О., 6-я линия, 11.
Тел./факс +7(812)328-44-22
publishing@spbu.ru



publishing.spbu.ru

Типография Издательства СПбГУ. 199034, С.-Петербург, Менделеевская линия, д. 5.