

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

*Под редакцией
В.В. Рубцова, С.Б. Малых*

Москва • 2008

УДК 159.923
ББК 88.37
П86

П86 Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

ISBN 978-5-91070-022-6

В сборнике представлены материалы, посвященные теоретическим и практическим проблемам оказания помощи людям, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций. Рассмотрены общие вопросы организации медико-психологической работы с людьми, пережившими посттравматический стресс, а также конкретные приемы и методы реабилитации пострадавших.

Материалы сборника могут быть полезны психологам, врачам и другим специалистам, сталкивающимся с проблемами организации помощи людям, оказавшимся в экстремальных психологических ситуациях.

УДК 159.923
ББК 88.37

ISBN 978-5-91070-022-6

© Психологический институт РАО, 2008

* * *

События последних лет (теракты в Москве, Буйнакске, Беслане, трагедия 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке, катастрофа АПРК «Курск», последствия военных действий в Югославии, Ираке, Чечне и многое другое) поставили перед психологической наукой и практикой чрезвычайно важную проблему оказания психологической помощи людям, пострадавшим в чрезвычайных и экстремальных ситуациях.

Влияние экстремальных ситуаций на человека проявляется в разнообразных психических расстройствах (неврозах, депрессиях, суицидальных склонностях, алкогольных и наркотических зависимостях, психосоматических заболеваниях и др.), т.е. приводит прежде всего к нарушениям механизмов психической регуляции. Эти психологические последствия во многом определяют дальнейшую судьбу не только одного конкретного человека, но и целых социальных групп.

В настоящее время накоплен определенный опыт оказания психологической помощи в чрезвычайных ситуациях, однако до сих пор не существует общепринятой концепции, объясняющей причины, вызывающие нарушения психического здоровья людей, оказавшихся в экстремальных ситуациях. В США с массовыми проблемами асоциального поведения ветеранов общество столкнулось после окончания вьетнамской войны, в бывшем СССР аналогичные проблемы возникли в результате боевых действий в Афганистане. Этот психологический феномен получил название «посттравматический стрессовый синдром» (ПТСР) или, по определению Международной классификации болезней МКБ-10, «отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие ... (кратковременное или затяжное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая, в принципе, может вызвать дистресс практически у любого человека». В то же время влияние экстремальных ситуаций на психическое состояние человека гораздо шире феномена ПТСР и включает в себя социально-психологический, информационный и организационный

аспекты. Так, например, существует проблема управления в чрезвычайных ситуациях. Люди, принимающие соответствующие решения, зачастую не знают и не учитывают психологических последствий принимаемых ими действий, что нередко усугубляет и без того напряженную ситуацию. Особое место в системе психологической защиты от последствий чрезвычайных ситуаций занимает информационно-психологический аспект. К сожалению, средствами массовой информации зачастую формируется атмосфера общего неблагополучия страны, ретранслируется в массовое сознание ощущение безнадежности и разрушения. Это порождает неверие людей в собственные возможности, возможности государства, невротизирует общество, тогда как человеку необходимо чувство защищенности, уверенности в завтрашнем дне.

Угроза террористических нападений стала повсеместной реальностью нашей жизни, все чаще тысячи людей становятся жертвами природных или техногенных катастроф. Все это делает чрезвычайно актуальным понимание поведения человека в экстремальных и чрезвычайных ситуациях и разработку методов преодоления их психологических последствий.

В настоящем сборнике представлены разнообразные материалы (научные исследования, обзоры и практический опыт), касающиеся четырех важных аспектов психологии экстремальных ситуаций – психологической помощи в чрезвычайных и экстремальных ситуациях, психологической безопасности и образования, проблемы организации психологической помощи при чрезвычайных ситуациях и практического опыта медико-психологической помощи пострадавшим. Мы надеемся, что эти материалы окажутся полезными не только для специалистов в области психологии экстремальных ситуаций, но и для практических психологов, а также для руководителей различного уровня.

*В.В. Рубцов,
доктор психологических наук,
профессор, действительный член РАО*

*С.Б. Малых,
доктор психологических наук,
профессор, член-корреспондент РАО*

Часть первая

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Феномен «стокгольмского синдрома»

Деятельность государственных и общественных институтов по сдерживанию терроризма важной составной частью включает в себя комплекс мероприятий по нейтрализации возможных негативных его последствий для общественного сознания. Поскольку «Wunderwaffen» (чудо-оружие) всех без исключения террористов – тот шумный резонанс, который вызывается в массовом сознании их конкретными террористическими акциями. Население страны максимально болезненно реагирует на случаи захвата заложников. Подобные чрезвычайные происшествия, в отличие от практики предыдущих лет, российские средства массовой информации (СМИ) в настоящее время достаточно широко освещают¹, тем самым знакомя неискушенную публику с явлениями, не всегда и не вполне понятными. Так, для общественности загадочными и необъяснимыми выглядят нередкие случаи оправдания и даже «выгораживания» террористов их жертвами («Они не были злодеями. Они позволили мне есть, спать, позволили мне жить»²), малопонятны основания для формирования положительной обоюдной связи между захватчиками и заложниками, не вполне ясны причины отрицательного отношения потерпевших к властям вообще и к правоохранительным структурам в частности.

Несмотря на неизбежную индивидуальность и своеобразие в поведении людей, захваченных террористами в качестве заложников, анализ многочисленных подобных случаев зарубежными специалистами (криминологами, психологами и психиатрами) позволил им утверждать, что существует нечто общепарадоксальное не только в поведенческой, но и в эмоционально-мотивационной

¹ Апофеозом подобной практики стала деятельность некоторых отечественных СМИ во время массового захвата заложников бандгруппой *М. Бараева* в октябре 2002 г. на Дубровке (г. Москва); события 1–3 сентября 2004 г. в г. Беслан не стали бы достоянием массового сознания без активности электронных СМИ.

² «They weren't bad people. They let me eat, they let me sleep, they gave me my life», – *a hostage from Flight 847.*

сферах и террористов, и заложников. Эта парадокс-реакция получила и парадоксальное название — «стокгольмский синдром» («Stockholm Syndrome»)¹.

К сожалению, такие мотивационно-поведенческие «странности» потерпевших от противоправных деяний террористов своевременно и квалифицированно не разъяснялись вследствие почти полного отсутствия соответствующих исследований и разработок в отечественной прикладной психологической науке, хотя первое упоминание о «стокгольмском синдроме» в советской научной литературе относится еще к 1980 г.², но ограничительный гриф и мизерный тираж сделали этот источник не доступным для специалистов, конспективно контуры указанного феномена были обозначены в издании Центра конфликтологии Института социологии РАН лишь в 1993 г.³, и даже сейчас этот пробел восполнен лишь частично⁴.

¹ Результаты наиболее значимых исследований в этом направлении приведены в: *Becker J.* Hitler's children. L.: Joseph, 1974; *Bejerot N.* The six day war in Stockholm // *New Scientist.* 1974. Vol. 61. N 886. P. 486–487; *Fattah E.A.* Some aspects on the victimology of terrorism // *Terrorism: An International Journal.* N.Y. etc., Vol. 3, N 1/2. P. 81–108; *Jenkins B.M.* Reentry // *Terrorism and personel protection.* Boston etc., 1985. P. 426–433; *Ludwikowski R.R.* Aspects of Terrorism: personal reflections // *Terrorism.* N.Y. etc., 1987. Vol. 10. N 3. P. 175–184; *Ochberg F.M. & Soskis D.A.* Victims of Terrorism. Boulder (Colo): Westview Press, 1982; *Oots K.L. & Wiegele T.C.* Terrorist and victim // *Terrorism.* N.Y. etc., 1985. Vol. 8. N 1. P. 1–32; *Oots K.L.* An individual-level model of terrorist contagion // *The 1986 Annual on Terrorism.* Dordrecht etc., 1987. P. 109–126; *Schreiber J.* The ultimate weapon: Terrorists and World order. N.Y.: Morrow, 1978.

² Терроризм в современном капиталистическом обществе. Вып. 1. М.: ИНИОН АН СССР, 1980.

³ Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. Т. 4. Терроризм. М.: ИС РАН, 1993. С. 112.

⁴ Исключение составляют касающиеся отдельных аспектов проблемы работы *Илларионова В.П.* (1993), *Бочкарева В.В.* (1994), *Горбунова К.Г.* (1995), *Киреева М.П.* (1995), *Мельника И.К.* (1998, 2004), *Пуховского Н.Н.* (Психотравматические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000), *Кутаева-Смыка Л.А.* (Не потеряйтесь // *Оружие.* 2002. № 11, 12), *Ольшанского Д.В.* (Психология террора. Екатеринбург: Деловая книга, 2002; Психология терроризма. СПб.: Питер, 2002) и *Агаджанова В.В.* (Терроризм: к вопросу взаимодействия власти и общества // Современное состояние военно-гражданских отношений и государственное управление сектором безопасности в России. Материалы Международной научной конференции. М.: Научный эксперт, 2005. С. 205–212). Даже представительная конференция, проведенная 23–24 мая 2004 г. в Восточно-Европейском институте психоанализа, не затронула этой проблемы (Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора. СПб., 2004).

Сущность парадокс-реакции

Словосочетание «Stockholm Syndrome» появилось и приобрело научную устойчивость после вполне заурядного уголовного преступления, имевшего место в г. Стокгольме (Швеция) в 1973 г. (пальму первенства по его введению в научный оборот оспаривают шведский психолог *Nils Bejerot* и американский психиатр *Frank M. Ochberg*) – тогда во время неудачного совершения вооруженного налета на банк «Kreditbanken» с целью ограбления двое сугубо уголовных злоумышленников (некие *J. Olsson* и *C. Olofsson*) захватили несколько банковских служащих как заложников, которые пробыли в этом качестве шесть дней (с 23 по 28 августа).

При этом сотрудниками полиции и психологами-криминалистами было отмечено, что не только возникла устойчиво-положительная эмоциональная связь между одной из заложниц и одним из захватчиков, но и уже после своего освобождения экс-заложники ходатайствовали перед властями о прощении преступников, мотивируя это тем, что они (налетчики) вели себя как добрые и порядочные люди (во время штурма заложники даже пытались заслонить их собой от группы захвата). Более того, правопослушные «по жизни» экс-заложники признавались, что к концу «пленения» в значительной степени стали чувствовать себя составной частью группы правонарушителей-грабителей, тем самым *de facto* противостоя не только полиции, но и властям вообще¹.

Сущность этого социально-психологического феномена (который, как показывает опыт, зачастую сопутствует захватам заложников) формулируется в следующих тезисах:

– у заложников могут возникать, наряду со своеобразной симпатией к захватившим их террористам, негативные эмоции (неприязнь и даже ненависть) к законным властям вообще и к их конкретным представителям в частности;

– у террористов в свою очередь не исключается появление симпатии и сочувствия к своим жертвам (заложникам), что в какой-то степени препятствует нанесению им еще большего ущерба, а также

¹ *Bejerot N.* The six day war in Stockholm // *New Scientist*. 1974. Vol. 61. N 886. P. 486; *Ochberg F.M. & Soskis D.A.* Victims of Terrorism. Boulder (Colo): Westview Press, 1982. P. 32; *Schreiber J.* The ultimate weapon: Terrorists and World order. N.Y.: Morrow, 1978. P. 44.

может сыграть позитивную роль в их частичном (выборочном) или даже полном освобождении.

«Стокгольмский синдром» проявляется, таким образом, в неожиданной и резкой перестройке, переориентировке не только эмоциональной, но и ценностно-мотивационной сфер людей, подвергшихся насильственному захвату и удержанию преступниками в качестве заложников, что может иметь своим следствием появление среди последних негативизма (недоверия и даже враждебности) по отношению не только к тем конкретным властным (правоохранительным) структурам, которые делают попытки пресечь действия террористов и освободить заложников, но и к властям вообще.

Исследователями было подмечено, что двусторонняя положительная связь между преступниками и их жертвами не формируется немедленно, а устанавливается в среднем на третий день пленения¹. Вероятно, своеобразным ускорителем, катализатором этого процесса выступает насыщенность событиями периода удержания жертв: чем больше событий происходит и чем они важнее, существеннее для обеих сторон, тем быстрее происходит формирование рассматриваемого синдрома, который проявляется в двух ипостасях – в стремительно развивающемся отчуждении заложника от «мира» и в растущем расположении его к преступнику².

Экс-заложники после освобождения в описании своих впечатлений, как правило, затруднялись точно назвать момент его появления, т.к. у них возникали проблемы с количественной оценкой времени; они также не могли в деталях описать свои впечатления и переживания. Однако все сходились в том, что, появившись однажды, в момент контакта с захватчиками, этот синдром оставался в виде своеобразного фона в течение достаточно долгого времени даже после их освобождения³. Так, своеобразные «остаточные» явления данного синдрома наблюдались нами у потерпевших почти через год (уже во время суда) после захвата и длительного удержания бандгруппой А. Цертели самолета ТУ-134А в аэропорту г. Тбилиси в ноябре 1983 г.

¹ *Fattah E.A.* Some aspects on the victimology of terrorism // *Terrorism...* N.Y. etc. 1979. Vol. 3. N 1/2. P. 95.

² *Schreiber J.* Op. cit. P. 45.

³ *Oots K.L. & Wiegele T.C.* Terrorist and victim: psychiatric and psychological approaches from a social science perspectives // *Terrorism...* N.Y. etc., 1985. Vol. 8. N 1. P. 9; *Ludwikowski R.R.* Aspects of Terrorism: Personal reflections // *Terrorism...* N.Y. etc., 1987. Vol. 10. N 3. P. 178.

Способствуют появлению (формированию) «стокгольмского синдрома» такие факторы, как:

- интенсивность психотравмирующего воздействия (*стресса*¹) на заложников во время их захвата и особенно во время удержания;
- продолжительность удержания (но после трех–четырёх дней это имеет мало значения);
- неизбежная, имеющая целью физически выжить, зависимость заложников от захватчиков;
- оторванность (в том числе и психологическая) заложников от властей и от привычного для них окружения².

Рационального, вразумительного объяснения этому феномену пока не получено. Вероятно, в его фундаменте лежит не только и не столько страх, сколько тайное, бессознательное сочувствие «рядовых, ничем не примечательных» и в своей массе правопослушных граждан к «романтическим героям-злодеям», таким Ринальдо Ринальдини, современным Робин Гудам, ведь мнение масс о террористах и об их конкретной деятельности представляет собой сложный комплекс ненависти, восхищения, отчаяния, надежды и страха (своеобразное кривое зеркало, но с мощным бессознательным «усилителем»)³. В случае же конкретного захвата совместно переживаемый стресс, вероятно, солидаризирует заложников с террористами, а нависшая над обеими сторонами (и захватчиками, и их жертвами) смертельная (в общем-то, равная, симметричная) опасность «извне», обоюдная, неустранимая зависимость соединяет их сильной и глубокой инстинктивной связью.

¹ Стресс – особое состояние человека, выражающееся в его неспецифических реакциях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях и возникающее в ответ на сильные внешние раздражители (стрессоры); основные виды – физиологический и психологический, последний разделяется на информационный и эмоциональный. Аффективная окраска ситуации, вызвавшей стресс, несущественна – могут быть и отрицательно, и положительно окрашенные события, явления, стресс может оказывать на человека положительное, мобилизующее влияние, но может проявляться негативно, приводя к дезорганизации его деятельности (Психология. Словарь. М.: Политиздат, 1990. С. 386–387).

² *Fatah E.A.* Op. cit. P. 94; *Jenkins B.M.* Reentry // *Terrorism and personel protection.* Boston etc., 1985. P. 426–427.

³ Так, *J. Becker* утверждала, что «...какова бы ни была природа [населения. – *Авт.*] перед террористами, она неотделима от восхищения, от того романтического, эстетического и даже эротического очарования, какое эти люди имеют в глазах многих, особенно молодежи...» (Цит. по: *Чаликова В.А.* Современный терроризм и борьба с ним // *Терроризм в современном капиталистическом обществе.* Вып. 1. М.: ИНИОН АН СССР, 1980. С. 178).

Психодинамическая основа

Позволим себе привести весьма пространную цитату: «Ситуация заложничества является максимально психотравматичной и обладает наибольшим теоретически возможным агрессологическим потенциалом. При ней максимальных значений достигает реальная перспектива смерти, максимально выражена фрустрация потребностей самосохранения... Столь же максимально выражена фрустрация потребности самоопределения — отрицается самоценность жизни и личности заложника. Интенсивность переживания угрозы вырастает до масштабов параноидальности — переживаются ужас, пересекаторность, парализующий страх. Источником этой смертельной угрозы является активный внешний стрессор — террористы, которые ставят заложников в ситуацию, характерную для шизофрении, непреодолимой слабости интегративной функции Эго заложников. Поэтому ситуацию можно охарактеризовать как максимально психопатогенную, причем ее агрессологический потенциал усугубляется астенизирующим дискомфортом обстановки выживания»¹.

Иными словами, сама ситуация захвата и последующего удержания террористами заложников вызывает у последних весьма значительные (иногда даже необратимые) психологические трансформации, сказывающиеся на их поведенческих реакциях; первые из них — шок и расщепление представления о том, что же в действительности случилось. В этот момент у некоторых из них не исключены резкие проявления протеста против совершаемого насилия (попытки спастись бегством, неравная борьба с террористами и т.п.).

Заложничество, по мнению *Д.В. Ольшанского*, существенно отличается от непосредственной террористической атаки (взрывов, выстрелов и т.п.) тем, что тотчас же вынуждает человека-заложника переживать вероятность своей скорой смерти — отсутствует пауза, которая зачастую облегчает его эмоциональное состояние. Более того, в психологическом плане в ситуации заложничества один страх (отсроченный, в виде запоздалых переживаний уже произошедшего захвата) постепенно накладывается на другой страх (ожидания собственной смерти), умножая переживания и генерируя тем самым максимальный

¹ *Пуховский Н.Н.* Психотравматические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000. С. 85.

ужас¹. Однако после страха, ужаса, паники и агрессии появляется следующая возможная реакция человека на насилие, осуществляемое против него, — апатия, основной компонент так называемой «болезни колючей проволоки»². Она — защитный механизм психики, феномен внутреннего приспособления к специфической, смертельно опасной среде; при этом сохраняется только то, что способствует самосохранению, а психологически развивается регрессия — возврат к более примитивным, сугубо самосохранительным формам поведения³.

К тому же заложники подвержены воздействию так называемой «иллюзии помилования» — у них в сознании может возникнуть представление, что все не может быть столь ужасным, что плохое вот-вот пройдет, для чего надо лишь «помириться» с террористами, уговорить их, умолить о снисхождении. Но террористы, если они решились на совершение столь тяжкого преступления, уже переступили «черту», отделяющую их от мира «нормальных» людей, поэтому заискивание перед ними может стать первым шагом к пособничеству преступникам, к предательству интересов других заложников, к морально-психологической деградации личности.

Поведение людей, оказавшихся в заложниках, считает российский специалист по стрессу *Л.А. Кутаев-Смык*, детерминируется их индивидуальными психическими особенностями.

1. «Нетерпеливо отчаянных» (около 1%) может стать много больше (до 60%), если они спровоцируют своим импульсивным поведением «истероидных», которым (мужчины) в критических ситуациях свойственна агрессивность: чем больше их «давят» экстремальные обстоятельства, тем больше в «истероидах» сопротивления.

2. «Стойкие» (5–12%) — устойчивы к невзгодам, разумно смелы и осторожны, стресс укрепляет их стойкость; могут морально поддерживать других.

3. «Одинокие» (30–50%) морально подавлены, психически оглушены, их страдания «заглушают» все прочие чувства, мешают общению.

¹ *Ольшанский Д.В.* Психология террора. Екатеринбург: Деловая книга, 2002. С. 92.

² «Die Stacheldrahtkrankheit» (*Vischer A.L.*, 1918); представляется, что проявления «стокгольмского синдрома» не исключены и в случаях длительного удержания людей преступниками, в частности при их похищении (ст. 126 Уголовного кодекса Российской Федерации).

³ *Ольшанский Д.В.* Психология террора. Екатеринбург: Деловая книга, 2002. С. 117, 121.

У них монотония тягостного переживания страха и беспомощности может сопровождаться шизоидными явлениями. Чем дольше и сильнее давление экстремальных обстоятельств, чем глубже психическое изнурение заложников, тем больше такое состояние усугубляется.

4. «Расчетливо-разумные приспешники» (10–15%) поступают с расчетом, сознательно, чтобы улучшить хоть сколько-нибудь свое существование, уменьшить угрозу лично для себя и своих близких. У них самооправдание: «Жертвуя собой, мы для пользы других пошли служить врагам – мы не предатели, а тайные “свои”».

5. «Расчетливо-злые приспешники» (10–15%), служа врагам, ищут возможность возвыситься при новой расстановке сил за счет более слабых заложников, притесняя их или, напротив, милостиво помогая.

6. «Сочувствующие» (20–30%). Чем дольше их заложничество, тем сильнее они ощущают некую родственную близость с захватившими их террористами и, разделяя с ними их переживания и неприязнь к спасителям, они и после освобождения сочувствуют захватчикам, пытаются защищать их¹.

Опасность, общая для террористов и удерживаемых ими заложников, сплачивает, «роднит» одних с другими. Ведь им нередко приходится достаточно долго находиться в замкнутом пространстве², зачастую весьма малом, вместе переносить все тяготы и лишения изоляции, отправлять естественные потребности в неприспособленных для этого условиях, переживать информационный голод, подвергаться равному в какой-то степени риску при возможном насильственном вмешательстве извне. К тому же сколько совместно переживается тревог, страхов, надежд и разочарований, сколько возникает тесно сближающих мелочей и особенностей сюрреалистической ситуации пленения по мере того, как идут переговоры между террористами и властями.

Можно предположить, что заложники при этом негативно воспринимают как бездействие властей, так и вероятность их активных действий. Бездействие – потому, что оно явно не улучшает их сложного и опасного положения, активные действия (по штурму) чреватые для заложников вполне реальной угрозой их здоровью и даже жизни. Лучший выход из

¹ *Китаев-Смык Л.А.* Не потеряться // Оружие. 2002. № 12. С. 32–33.

² К примеру, удержание посольства Японии, захваченного с 400 заложниками 17 декабря 1996 г. боевиками организации «*Tupak Amaru*» в перуанской столице г. Лима, продолжалось более четырех месяцев.

сложившейся ситуации для заложников, с их точки зрения, — власти выполняют все требования террористов, а те в свою очередь освобождают заложников. Но последние обоснованно подозревают, что власти в той или иной мере не собираются этого делать, и такое предположение любви к ним явно не прибавляет.

Террористы же рассматриваются заложниками как люди, действующие вынужденно, под давлением непреодолимых (форс-мажорных) обстоятельств, как пешки, марионетки в чужой игре или, в крайнем случае, как жертвы системы («они не виноваты, виновата система»); может иметь место мнение об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость (...освобождение своего народа)». Наверное, согласно той же распространенной схеме объяснения и оправдания («люди не виноваты, виновата система»), террористы начинают симпатизировать, даже сочувствовать своим жертвам.

Возникающее у заложников ощущение «породнения» с захватчиками-террористами напоминает появляющиеся у некоторых людей при сильном стрессе инфантильные реакции поиска «родителя — сильного вершителя судьбы ребенка»; более того, чувство «родственности» может крепнуть при «насилии во благо наказуемому». При «синдроме заложника» страх перед террористами и стремление убежать из-за «сверхпарадоксальной инверсии» психических процессов оборачивается в болезненную привязанность к террористам¹.

При штурме осажденных террористов возникает не только «братство по крови», которая может быть пролита и ими, и заложниками. В такой ситуации начинают действовать рефлексy поиска защитника (сильного, властного) и возникает психологическая спайка «подвластных» и «властителей», если «властители» в чем-то уравниены с «подвластными»: общей опасностью, общими невзгодами, общей добычей, общей радостью спасения от смерти, да к тому же внешне человечно, участливо относятся к своим «подвластным»².

Нельзя исключать из числа причин и то, что в реальности рядовые граждане измучены отнюдь не террористами, а не поддающимися

¹ Иррациональность парадоксальной «привязанности» жертвы к своему палачу методами художественного творчества показана в известном фильме *Лилян Кавалли* «Ночной портье».

² *Китаев-Смык Л.А.* Не потеряться // Оружие. 2002. № 12. С. 31.

никаким учетом мелкими корыстными преступлениями, в своей массе безнаказанными и отнимающими у них самое последнее (тотальный обман в торговле и в кредитно-финансовой сфере, квартирные кражи и кражи с садовых участков), ненавязчивым постсоветским сервисом, а также разнообразными и несгибаемыми представителями бюрократии на местах, свято верящих в свое право на владение государством. И такая ситуация усугубляется тем, что (при каких-либо проблемах и ЧП у ординарного налогоплательщика) действительную помощь соответствующих госструктур получить ему очень трудно, а иногда и совершенно невозможно¹, притом, что, включив телевизор, все тот же совокупно-потерпевший гражданин в качестве изумленного зрителя видит прямо противоположные примеры. И он вряд ли может испытывать при этом что-либо, кроме раздражения, и объяснить это не чем-нибудь иным, как плановой или внеплановой *PR-акцией*².

В свою очередь исследования *Н.Н. Пуховского* в г. Буденновске Ставропольского края (лето 1995 г., бандгруппа *Ш. Басаева*) позволили ему вычленить три характерных типа поведения, отмечавшихся при случаях заложничества.

1. Психическая регрессия с «примерной» инфантильностью и автоматизированным подчинением, депрессивное переживание страха, ужаса и непосредственной угрозы для жизни (апатия в ее прямом немедленном виде).

2. Демонстративная покорность, стремление заложника «опередить приказ и заслужить похвалу» со стороны террористов (стеническая активно-приспособительная реакция).

3. Хаотичные протестные действия, демонстрация недовольства и гнева, постоянные отказы подчиняться, провоцирование конфликтов с террористами³.

¹ Симптоматично, что сами представители власти не питают на этот счет особых иллюзий; к примеру, лишь 3% опрошенных сотрудников милиции полагают, что отношение к ним населения хорошее, 58% — характеризуют его как настороженное, 32% — как негативное, а 7% считают, что милиции боятся (Социологические исследования. 2004. № 3. С. 80).

² PR представляются нам совокупностью коммуникационных приемов и методов, направленных на убеждение массового сознания («общественного мнения») в том, что *частный* по своей сути *интерес* субъекта PR на самом-то деле является *всеобщим интересом*.

³ Вероятно, заложник, убитый террористами во время удержания палестинцами итальянского пассажирского лайнера «*Akile Lauro*» в 1985 г., относился именно к такому поведенческому типу.

Кроме того, он установил наличие психопатологических феноменов в виде ситуационных дисторсий, когда в структуре «синдрома заложника» уже после освобождения возникали высказывания о правильности действий террористов; об обоснованности их жестокости и беспощадности — в частности, «несправедливостью властей»; об оправданности действий террористов стоящими перед ними «высокими целями борьбы за социальную справедливость»; о «виновности властей в жертвах» в случае активного противостояния террористам и т.п. Эти высказывания были пронизаны аффектом враждебного недоверия к власти и не поддавались рациональной критике¹. Такие проявления возникли только после освобождения заложников — в период заложничества именно эти люди демонстрировали поведение третьего, конфликтного типа; такое реактивное оправдание террористов можно рассматривать как проявление своеобразной «истерии облегчения»².

В целом последствия переживания психотравмирующих факторов могут проявляться во всех формах психической дезадаптации экс-заложника, но наиболее характерным из психических состояний, развивающихся в ситуациях заложничества, является посттравматическое стрессовое расстройство³. В свете событий, произошедших в сентябре 2004 г. в г. Беслане (Республика Северная Осетия — Алания), можно предположить, что сходные массовые социально-психологические процессы с высокой степенью вероятности будут иметь место и там⁴.

«Стокгольмский синдром» и антитеррористическая деятельность

С тактической точки зрения, с точки зрения решения задач по освобождению заложников субъектами, непосредственно осуществляющими борьбу с терроризмом, в частности в случае осуществления силовой операции, «стокгольмский синдром» содержит в себе и положительные, и отрицательные стороны, что должно обязательно

¹ Пуховский Н.Н. Психотравматические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000. С. 83–88.

² Пуховский Н.Н. Психотравматические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический проект, 2000. С. 83–88; 87.

³ Тарабрина Н.В. Психологические последствия террористических актов // Мировое сообщество против глобализации преступности и терроризма. М.: Экономика, 2004. С. 212.

⁴ Кипучая «религиозно-психотерапевтическая» деятельность г-на *Грабового* со товарищи — лишнее тому подтверждение (Власть. 13 сентября 2004 г., № 36 (589). С. 24; 44–46).

учитываться при ведении переговоров с террористами (оценка реальности угроз заложникам), при оценке юридически значимой информации, получаемой от уже освобожденных заложников, и т.д.

Так, его положительная сторона состоит в том, что чем явственнее, сильнее «стокгольмский синдром», тем менее вероятно причинение террористами какого-либо вреда заложникам. Как правило, сначала террористы угрожают убийством захваченных ими людей в случае невыполнения властями своих требований, но впоследствии не осуществляют эти угрозы, утрачивая тактическую инициативу¹. Вероятно, потому, что исподволь начинает «работать» «стокгольмский синдром»: действительно, в значительном большинстве подобных случаев основное число жертв приходится как на моменты осуществления захвата заложников, так и на моменты их силового освобождения².

С другой стороны, оперативно и процессуально значимая, чрезвычайно важная информация, исходящая от уже освобожденных (отпущенных террористами) заложников, вполне может оказаться искаженной, даже сознательно-недостоверной (потерпевшие могут активно противодействовать правоохранительным структурам, непосредственно занимающимся этим конкретным случаем терроризма)³.

¹ Так, поведение «стокгольмских» налетчиков в 1973 г. по отношению к захваченным ими заложникам оказалось диаметрально противоположным ожидаемому (они оба были профессиональными преступниками и характеризовались как особо жестокие, агрессивные, импульсивные индивиды, а один из них непосредственно перед налетом на банк убил двух сотрудников полиции) (*Bejerot N. Op. cit.* P. 486).

² Например: 1972 г., г. Мюнхен (ФРГ), бандгруппа «*Black September*» — из 11 убитых заложников 2 — при захвате и 9 — при штурме; 1976 г., г. Энтеббе (Уганда) — из 90 заложников 3 убито при их освобождении; 1983 г., г. Тбилиси, бандгруппа *А. Цепетели* — 4 убитых, 2 раненых при захвате самолета террористами, при удержании и при штурме жертв не было; 1989 г., г. Минеральные Воды (Ставропольский край), бандгруппа *П. Якшиянца* — длительное удержание, жертв нет; декабрь 1993 г., г. Ростов-на-Дону / Минеральные Воды, бандгруппа «*Казака*» — жертв нет; 29 июля 1994 г., г. Минеральные Воды, бандгруппа «*Мусы*» — 4 заложники убиты и 6 ранены (из 10), все — при штурме; сентябрь 1995 г., г. Махачкала / Минеральные Воды, бандгруппа *И. Чаландарова* — жертв не было; декабрь 1996 г. — апрель 1997 г., г. Лима (Перу), организация «*Tupak Amaru*» — один заложник (из 400) умер при штурме; октябрь 2002 г., г. Москва, бандгруппа *М. Бараева* — информации о заложниках, убитых во время их удержания, нет. Исключение — события в г. Беслане 1–3 сентября 2004 г.; однако представляется, что данная акция изначально планировалась как акция уничтожения, и поэтому относить ее к «классическому» типу захвата заложников вряд ли корректно.

³ *Clutterbuck R. Negotiating tactics // Terrorism and personel protection. Boston etc., 1985. P. 252–255; Oots K.L. Bargaining with terrorists: organizational considerations // Terrorism... N.Y. etc., 1990. Vol. 13. N 2. P. 145–158.*

Особо следует учитывать, что от воздействия данного синдрома не застрахованы и те представители власти, которые в той или иной форме контактируют с захватчиками, в том числе и ведут с ними очные переговоры («переговорщики»). Так, 23 декабря 1993 г. в г. Ростове-на-Дону бандгруппой «Казака» был захвачен автобус со школьниками. По версии СМИ, одна из сотрудниц областной администрации, которая какое-то время вела переговоры с захватчиками, не только подпала под действие этого синдрома, но и, проникшись к террористам излишними чувствами, прямо предупредила их о том, что оперативным штабом планируется специальная (силовая) операция по освобождению заложников, и тем самым поставила ее под удар¹.

Известные события в г. Буденновске Ставропольского края летом 1995 г. в массовом масштабе подтвердили основные формы проявления «стокгольмского синдрома», от воздействия которого не «убереглись» не только заложники (и в какой-то степени их родственники) и журналисты, работающие «внутри» (под контролем террористов), но и сами террористы.

Следует учитывать, что механизм формирования этого синдрома может существенно искажаться в случае сильных деформаций в оценочно-ориентационных сферах конкретных террористов. В частности, если захват заложников осуществили психически больные лица или индивиды в крайней степени наркотического (алкогольного) опьянения, надеяться на формирование и положительное влияние синдрома или его активизацию не имеет смысла. Кроме того, террористические реалии современной России показывают: как средство устрашения общества захват террористами заложников может осуществляться с их запланированным уничтожением (г. Беслан, сентябрь 2004 г.) — это, на фоне изначально низкого авторитета власти в глазах населения как по стране в целом, так и по Республике Северная Осетия — Алания², не может не усиливать негативных тенденций во взаимоотношениях власти и общества, в том числе вызванных воздействием «стокгольмского синдрома».

¹ В итоге бандгруппа «Казака» так и не была задержана и скрылась с частью полученного выкупа на неконтролируемой федеральными властями территории Чеченской Республики Ичкерия (Огонек. 1994. № 46/47. С. 24).

² По данным социологических опросов, в сентябре 2004 г. Президент Республики Северная Осетия — Алания пользовался доверием 27% населения республики, Правительство — 0,5%, суд, прокуратура — 0,7%, МВД — 3%, ФСБ — 2,7% (Социологические исследования. 2004. № 4. С. 130).

Выводы и рекомендации

Таким образом, сложные социально-психологические процессы, в том числе на подсознательном уровне, сопровождающие захваты заложников террористами (статья 206 Уголовного кодекса Российской Федерации), а также похищения потерпевших преступниками (статья 126 Уголовного кодекса Российской Федерации) должны предопределять знание сотрудниками специализированных подразделений правоохранительных структур, призванных бороться с терроризмом, с преступностью, а также с их негативными последствиями в сфере общественного сознания, суть этих процессов и особенности их протекания.

В частности, психология жертв террора (в первую очередь заложников) складывается из пяти основных слагаемых: страх, сменяемый ужасом, вызывающим либо апатию, либо панику, которая может смениться агрессией, притом что не исключаются однозначные проявления вышеописанного «стокгольмского синдрома» (заложники проникаются симпатией к террористам и ненавистью — к властям, а террористы — симпатией к заложникам) — все это обуславливает, на наш взгляд, целесообразность:

- при планировании специальной (силовой) операции по освобождению заложников скрупулезной оценки соответствующим оперативным штабом реальности угроз заложникам со стороны террористов, с обязательным учетом возможного влияния на последних «стокгольмского синдрома»;

- при ведении переговоров с террористами всяческого стремления к интенсификации появления у них указанного синдрома или его активизации, что может способствовать предотвращению нанесения бóльшего вреда заложникам, смягчению условий содержания или даже их освобождению террористами;

- тщательного инструктажа сотрудников, ведущих переговоры с террористами («переговорщиками») и постоянного контроля их морально-психологического состояния, с целью не допустить возникновения у последних симптомов «стокгольмского синдрома»;

- критического отношения к информации от уже освобожденных (и особенно — отпущенных террористами) заложников, поскольку она вполне может быть необъективной или даже сознательно искаженной;

— дополнительной специальной подготовки сотрудников силовых подразделений правоохранительных органов для выработки достаточной морально-психологической устойчивости к возможным негативным проявлениям «неблагодарности», неприязни и даже враждебности к ним со стороны освобожденных ими заложников;

— тщательного отбора свидетельской базы государственного обвинения с обязательным учетом индивидуальных морально-психологических качеств и психических состояний потенциальных свидетелей, а также их вероятного процессуального участия в суде присяжных;

— учета возможности предварительного привлечения («вербовки») освобожденных заложников к законспирированному противоправному сотрудничеству с их захватчиками (террористические, экстремистские и бандитские группы, незаконные вооруженные формирования и т.д.), в том числе на «идейной» основе, особенно в случаях длительного удержания (так называемый « плен » и т.п.);

— проведения специализированных семинаров с должностными лицами исполнительной власти, членами федеральных анти-террористических комиссий, с руководящим и журналистским составом СМИ;

— при осуществлении общественных связей со СМИ настойчивых разъяснений механизма образования и действия этого синдрома в целях исключения неправильного освещения его проявлений, стимулирования воздержания СМИ от некоторых действий (интервью, « прямой эфир » и т.п. с родственниками и близкими заложников) не только во время удержания заложников, но уже и после их освобождения, а также с самими освобожденными заложниками¹;

— незамедлительного реагирования при появлении в СМИ несбалансированных, тенденциозных материалов (как следствие возможного влияния « стокгольмского синдрома ») посредством инициирования контрпубликаций, продвижения в СМК заранее подготовленной, соответствующей разъяснительной информации (статей, передач, комментариев и т.п.).

¹ Так, в отличие от предыдущих аналогичных ситуаций, освещение российскими СМИ событий 13–14 октября 2005 г. (г. Нальчик, Кабардино-Балкарская Республика) отличалось скупой сдержанностью и видеоряда, и закадрового комментария.

Экстремистская деятельность: к вопросу оценки ее риска

Существование, воспроизводство и деятельность групп антисоциальной — экстремистской (террористической) — направленности тесно связаны с организационными процессами ее внутригрупповой динамики: подбор и вербовка новичков, проверка их «профпригодности» и благонадежности, социализация, тренинг и внутригрупповая мобильность. Специфические изменения в указанных процессах могут служить индикаторами подготовки конкретной антисоциальной группы к активному применению насилия и в перспективе — к экстремистской (террористической) деятельности. К сожалению, методики оценки *риска экстремистской (террористической) деятельности* (далее — РЭТД) *группы*¹ в отечественной науке практически отсутствуют, при том, что отдельные аспекты данной проблемы периодически освещаются в зарубежной научной литературе². В предлагаемых тезисах дается описание одной из современных методик оценки РЭТД, которая может быть адаптирована к отечественным условиям³.

Поскольку в любом деле «все решают кадры», *подбор и вербовка* будущих экстремистов (террористов) есть процесс непрерывный и повсеместный: радикально настроенные антисоциальные группы должны постоянно отбирать соответствующих кандидатов и разрабатывать обоснованные критерии их приемлемости для «дела» и «профпригодности».

В достаточно больших группах (организациях) эти функции выполняют специализированные структуры, «работники» которых

¹ Здесь и далее в соответствии со ст. 35 Уголовного кодекса Российской Федерации под группой нами понимается организованная преступная группа, преступное сообщество (организация).

² См.: Terrorism N.Y. etc. 1983. Vol. 6. N 6 P. 423–454; 1987. Vol. 10. N 1. P. 23–36; N 3. P. 145–163; Studies in Conflict & Terrorism. Washington (D.C.). 1998. Vol. 21. N 2. P. 149–169.

³ Разработана аналитиками Rand Corporation: Post J.M. et al. The radical group in context // Studies in Conflict & Terrorism Washington (D.C.). 2002. Vol. 25. N 2 P. 73–126.

делятся на «полевых» и «кабинетных». «Полевые» (агенты-вербовщики) заняты приисканием новых членов группы (организации) и проведением с ними установочных, а затем и вербовочных бесед. «Кабинетные» работают в тесном контакте с подразделением «собственной безопасности», они проводят проверки кандидата, в том числе в его ближайшем окружении (по месту жительства, учебы, работы, службы), организуют различные оперативные эксперименты с тем, чтобы прояснить значимые характеризующие данные кандидата, а также выявить признаки возможной подставы правоохранительных органов (спецслужб). В небольших, менее структурированных группах данные функции не так жестко разграничены, их комплексно осуществляет один из ближайших помощников лидера группы.

Эти процессы, указывающие на своеобразии подбора и вербовки новобранцев, проверки их благонадежности отражаются в специфических индикаторах РЭТД. Группы могут подбирать кандидатов из социальных ниш, традиционно тяготеющих к насилию, из числа лиц, считающих себя обиженными властью (иноэтническим большинством) или преследуемых, ограниченных в гражданских (социальных) правах, безработных или маргиналов, а также обладающих специальной подготовкой (бывшие военнослужащие / сотрудники правоохранительных органов).

Подбор *более молодых кандидатов* (16–25 лет) также является фактором риска, т.к. социальная ответственность этой возрастной когорты недостаточна для того, чтобы удерживать ее в рамках правопослушного поведения. *Изменение в тактике вербовочной работы* конкретной группы может также свидетельствовать о возрастании риска насилия: более интенсивная и избирательная вербовочная стратегия предполагает изменение (корректировку) группой своей кадровой тактики с тем, чтобы приобрести новые или дополнительные возможности осуществления экстремистской (террористической) деятельности.

Таким образом, группа старается подбирать новобранцев среди лиц, в той или иной степени уже ограниченных в гражданских / социальных правах, преследуемых властными структурами или иноэтническим / инорелигиозным большинством, маргинализованных, а также склонных к противоправному насильственному поведению. В этой связи выделяются следующие индикаторы РЭТД:

- явное уменьшение возраста вербуемых лиц;
- вербовка лиц с криминальным прошлым, а также маргиналов;

– вербовка лиц, склонных к насильственному индивидуальному и коллективному поведению (участие в массовых беспорядках и т.п.);

– вербовка лиц с опытом участия в боевых действиях или в военнизированных организациях (группах), а также имеющих военную подготовку или умеющих обращаться с оружием;

– вербовка лиц со специальным образованием в актуальных для группы областях (информатика, химия, биология) или со специальными навыками (минно-взрывное дело, самолетовождение).

После определения круга кандидатов группа должна выбрать среди них наиболее желательных для себя и отсеять нежелательных («чужаков»). Как в любой профессиональной группе, *критерии проверки и отбора* новичков детерминируются ее потребностями в их особых идеологических, психологических и профессиональных типажах, что косвенно может свидетельствовать об экстремистской направленности конкретной группы. Группы подобной направленности стараются подходить к проверке благонадежности и отбору кандидатов в свои ряды тщательно и скрупулезно. При этом наряду с идеологической благонадежностью обязательно оцениваются психологические качества новичков – выявляются и отсеиваются лица с астеничной психической конституцией и с отдельными видами акцентуаций¹: они могут не справиться с постоянным стрессом, вызванным психотравмирующим образом жизни возможного боевика или подпольщика. По мере того, как экстремистская группа все более склоняется к террористической деятельности, меняются (в сторону ужесточения) критерии проверки и отбора ее новых членов, с тем чтобы максимально усилить оперативные, военно-технические и боевые возможности группы, укрепить ее безопасность.

На данной стадии в своей вербовочной работе группа старается использовать весьма специфические критерии отбора своих будущих членов, включая их специальную подготовку, соответствующий опыт и навыки (в первую очередь оперативные и военно-технические). При этом выделяются индикаторы РЭТД, связанные с «отсевом» кандидатов:

– заподозренных в любом сотрудничестве с органами власти, а также с любыми (формальными и неформальными) структурами, которые группа считает своими оппонентами и тем более – врагами;

¹ Например, психастеники, а также личности, акцентуированные по возбудимому, дистимичному и тревожному типам (по К. Леонгарду).

- из числа астеничных, эмоционально неустойчивых личностей;
- проявивших недостаточно лояльности к чему-нибудь (идеи, деятельность и т.п.), имеющему сходство с данной группой;
- явно ушибленных в установлении социальных связей.

После того, как кандидат будет принят в группу, он в обязательном порядке подвергается интенсивной *групповой социализации*. Как правило, она включает в себя «погружение» в групповую субкультуру, знакомство с азами идеологии (если, конечно, последняя вообще имеет место в конкретной группе), с ее ценностями и нормами, с практикой (деятельностью) группы, а также с процедурой принятия решений. Данный процесс предполагает подчинение неопита авторитету (реальному или виртуальному), его абсолютную лояльность группе и ее лидеру, а также формирование потребности в жертвенности — все это при жестко-показательном подавлении внутригрупповых разногласий может привести к эскалации насилия «вовне» и к экстремистским (террористическим) проявлениям.

Самый распространенный и весьма эффективный способ групповой социализации — *принуждение новичка совершить достаточно тяжкое преступление* с тем, чтобы снизить, свести на нет возможность его отказа от членства в группе¹. В религиозных группах тоталитарной направленности (сектах) от вновь приобретенных обычно требуется отчуждение (не только фактическое, но и юридическое) всей их собственности в пользу группы. Факт совершения серьезного преступления частично или полностью может выполнять функции *инициации* (посвящения) неопита в полноправные члены группы и несет важное воспитательное значение. В некоторых группах инициация практикуется как отдельное мероприятие и имеет вид достаточно сложного обрядового ритуала².

Значительное место в процессе социализации занимает процедура коррекции первоначального отношения неопита к тем социальным агентам, которые представляют наибольшую опасность для данной группы. С одной стороны, постоянно и последовательно осуществляется демонизация внешнего противника, который при этом наделяется

¹ Хотя в ряде стран существует институт правомерной провокации, данная процедура дополнительно выполняет проверочную функцию (защита от агентурного проникновения со стороны правоохранительных структур).

² Клятва новичка «на крови», вручение ему «боевого» оружия и т.п.

фантастически негативными возможностями и силами; с другой стороны, тот же противник одновременно подвергается дегуманизации, описывается как носитель человечески ничтожных (вернее, нечеловеческих) качеств, что и делает его унижение, уничтожение не только возможным, но и нравственно оправданным, необходимым, обязательным¹.

Таким образом, выделяются следующие индикаторы РЭТД, связанные с *механизмом групповой социализации*:

- беспрекословное подчинение авторитету и абсолютная лояльность лидеру группы;
- демонстрация новичку сплоченности, «монолитности» группы и жесткое подавление внутригрупповых разногласий;
- поддержание культа «героев и мучеников» группы;
- ориентация новичка на максимальную самоотдачу и формирование у него потребности в жертвенности ради «общего дела»;
- требование совершения тяжких преступлений или отчуждения личной собственности в пользу группы;
- демонизация и дегуманизация внешних противников группы.

Большое внимание уделяется формированию идеологической и особенно *морально-психологической устойчивости* членов экстремистской (террористической) группы: рядовые экстремисты (террористы) должны быть готовыми к тому, что противоборство с могущественным противником будет длительным и напряженным, потребует мобилизации всех их сил и, возможно, самой жизни. Даже те группы, которым удастся привлечь в свои ряды бывших военнослужащих, все же вынуждены дополнительно готовиться к экстремистской (террористической) деятельности с учетом ее специфики: группа, склоняющаяся к экстремистским (террористическим) действиям, неизбежно должна изменить методику подготовки своих членов.

¹ Непосредственный противник (правоохранительные органы, спецслужбы) – всемогущ и неисчислим, казуистически изощрен и бесчеловечно коварен, технически оснащен и финансово неисчерпаем, профессионально вышколен, беспринципен и беспощаден, но вместе с тем отдельно взятые его представители – корыстные и безыдейные, несамостоятельные и немощные вне бюрократической системы, изнеженные и слабодушные, морально ушербные, разобщенные и склонные к гомосексуализму существа. Противник – скопище одиноких голиафов на глиняных ногах, каждый из которых может быть поражен простым камнем, пущенным из примитивной пращи вдохновенной Давидовой рукою.

При этом выделяются следующие индикаторы РЭТД, связанные с *внутригрупповым профессиональным тренингом*:

– члены группы замечаются в установленных военизированных лагерях (в т.ч. подготовки незаконных вооруженных формирований, террористов, боевиков, повстанцев и т.п.), они интенсивно посещают соответствующие сайты сети Internet;

– члены группы профессионально тренируются в развитии сугубо оперативных навыков (конспиративная связь, обнаружение наружного наблюдения и оперативно-технического проникновения, основы агентурной работы);

– члены группы профессионально тренируются в развитии сугубо боевых и военно-технических навыков (владение отечественным и импортным оружием, боевой техникой, спецсредствами, взрывчатыми веществами и взрывными устройствами);

– члены группы профессионально тренируются в развитии исключительно редких профессиональных навыков (например, самолетовождение, дозиметрия или токсикология);

– группа интенсивно занимается общеуголовной деятельностью корыстно-насильственной направленности (угоны автомашин, разбойные нападения, похищения людей); это не только пополняет ее «бюджет», но и развивает, тренирует у членов группы навыки, сходные с теми, которые требуются для будущих террористических акций.

Группа должна адекватно оценивать своих адептов в кадровом плане, для чего устанавливать критерии их эффективности, продвигать «вверх» удачливых членов и «вниз» (вплоть до изгнания из группы или физического уничтожения) – неудачников. Изменения в критериях внутригрупповой мобильности, касающиеся лиц, продемонстрировавших явную склонность к насилию и жесткой конфронтации, являются признаками группы, склоняющейся к экстремистской (террористической) деятельности.

Наблюдаются следующие индикаторы РЭТД, связанные с *внутригрупповой мобильностью*:

– группа определяет свой успех исключительно в рамках удачного эпизода общего противоборства в интересах группы;

– в качестве ключевого критерия внутригрупповой вертикальной мобильности рассматривается реальная способность любого члена группы выступать субъектом насилия;

– на возможности для внутригрупповой мобильности любого члена группы сильное влияние оказывают его склонности к радикализму и экстремизму, особенно в идеологической сфере;

– группа придает особое значение оперативным навыкам или опыту своих адептов, по сравнению с другими их характеристиками, притом что лояльность лидеру / группе считается важнее, чем обладание любыми, даже самыми важными из таких профессиональных навыков.

Представляется, что вышеописанный подход к оценке РЭТД антисоциальной группы, будучи подробно и систематически детализирован, вполне может быть использован для соответствующего анализа процессов, происходящих в области борьбы правоохранительных органов Российской Федерации (ФСБ, МВД) с экстремизмом и терроризмом.

Психологические факторы экстремальности боевой деятельности

В классификационной схеме экстремальных видов деятельности боевая деятельность выделяется крайней выраженностью характеристик экстремальности. По степени опасности для жизни и здоровья человека, напряжения его духовных, психических и физических возможностей с ней не может сравниться ни один другой вид деятельности. Достаточно сказать, что в годы Второй мировой войны, по данным Л. Люнгерга (1970), только в армии США около 450000 солдат были демобилизованы по причинам психического порядка. Этого количества солдат хватило бы для укомплектования 50 пехотных дивизий, боевое применение которых могло бы существенно изменить положение на любом театре военных действий. Психологические потери американской армии более чем в два раза превысили потери убитыми (200000 человек). Психологические потери превысили общее число убитых и раненых в контингенте ВВС Великобритании в ходе операции «Буря в пустыне» (1991). По данным А.Л. Пушкарева и соавторов (2000), у 62,3% ветеранов Афганистана, проживающих в Республике Беларусь, определяются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) различной степени выраженности.

Между тем исследования Пансе (1952) в Германии и Вернона в Великобритании показали, что среди мирного населения, подвергавшегося массированным авиационным ударам, лишь 1–2% людей нуждались в госпитализации по психологическим показаниям.

Складывается на первый взгляд парадоксальная ситуация: негативные психические последствия чаще проявляются у военнослужащих, чем у гражданских лиц. Однако в основе этого явления лежат закономерно проявляющиеся факторы. Среди них наиболее значимыми являются следующие факторы:

1. Нормативно-заданная принудительная схема действий военнослужащего в боевой обстановке.

Если обычный человек в экстремальной ситуации природного бедствия, техногенной катастрофы, эпидемии, войны и др., как правило,

волен действовать согласно инстинкту самосохранения (убежать, спрятаться, бездействовать и т.п.), то военнослужащий в бою обязан продолжать выполнение боевой задачи, преодолевая сопротивление своей природы, мощных врожденных регуляторов активности.

2. Особая активность, направленность и непредсказуемость боевых факторов.

В большинстве экстремальных ситуаций факторы опасности, как правило, более или менее однородны, проявляются по определенным объективным законам, ритмам, и поэтому предсказуемы. Например, можно с известной точностью предсказать динамику радиоактивного и химического заражения, маршруты и скорость продвижения тайфунов и ураганов, зоны и сроки затоплений и т.д., что позволяет выбирать соответствующие средства обеспечения безопасности и жизнедеятельности (комплекты противохимической и противорадиационной защиты, возвышения местности, лодки, плоты и т.д.).

Боевая деятельность отличается, во-первых, специальной активной направленностью экстремальных факторов против человека. Противоборствующими сторонами создаются и применяются специальные орудия поражения, «выискивающие» противника, принимаются исчерпывающие меры по недопущению использования им средств защиты.

Во-вторых, сочетанием разнокачественных угроз. В ходе одного боя протяженностью в несколько минут по противнику могут быть нанесены ракетные, авиационные, артиллерийские удары с использованием обычных, ядерных, химических, биологических или зажигательных боеприпасов, применены средства дистанционного и обычного минирования, психологическое оружие, оружие несмертельного действия, фронтальные атаки танков и пехоты противника, удары в тыл, во фланг, диверсионные группы и т.д. В бою опасность ожидает человека из космоса, с воздуха, с земли, из-под земли. Экстремальные факторы боя могут воплощаться в конкретные объективированные формы и быть неосязаемыми, действовать незаметно для человека. В результате участник боевых действий вовлекается в экстремальную ситуацию в различных ипостасях: как ее инициатор, как жертва, как очевидец.

В-третьих, постоянством действия угрожающих факторов. Если обычный человек в зоне природного бедствия или катастрофы и даже в ходе войны может находить возможность для передышки (между толчками землетрясения, между приливами наводнения, между бомбежками и т.д.), то военнослужащий пребывает в ситуации опасности постоянно.

3. Участие военнослужащих в жестокое насилие по отношению к противнику.

Действия участников большинства экстремальных событий направлены на достижение очевидно просоциальных, созидательных целей (спасение себя и окружающих, защита от бедствия, восстановление объектов и систем, ликвидация последствий и т.д.).

Целью участника боевых действий является физическое уничтожение противника, его боевой техники, систем вооружения, объектов и т.д. Нередко в результате боевых действий страдает мирное население.

Мотивация боевой деятельности сложна и противоречива. В ней широкие социальные мотивы представлены в свернутом виде и не всегда осознаются военнослужащими. Все это создает условия для развития острого внутриличностного конфликта.

4. Фактический разрыв социальных связей с ближайшим социальным окружением, с родными и близкими.

Во многих видах экстремальных ситуаций поблизости могут находиться родственники и друзья, оказывающие друг другу психологическую поддержку.

Для солдата же разрыв с привычным социальным окружением выступает одним из главных факторов психотравматизации. Данные по Второй мировой войне показывают, что среди детей психотравматизации практически не наблюдалось. Однако психические расстройства проявлялись у многих из тех детей, кто был оторван от родителей.

Перечисленные факторы боя создают обстановку чрезвычайной экстремальности, превышающую резистентные и адаптивные возможности отдельного, специально не подготовленного человека. Следствием этого могут быть травматический стресс, фрустрация, различные формы девиантного поведения и психические расстройства разных уровней. Поэтому участие военнослужащих в боевой деятельности должно всесторонне психологически обеспечиваться, начиная с их психологического отбора, психологической подготовки, психологически обоснованной расстановки по элементам боевого порядка и этапам выполнения боевых задач, с создания синергетических эффектов за счет достижения психологической совместности и сплоченности коллективов, психологической поддержки и реабилитации в бою, заканчивая социально-психологической реадaptацией участников боевых действий. Решение этих задач целесообразно осуществлять в рамках целостной технологии психологического обеспечения, пронизывающего всю боевую деятельность от «входа» до «выхода».

Психологическая помощь уцелевшему

В этой работе мы хотим изложить основы психологической помощи уцелевшему — тому, кто столкнулся с опытом смерти и вернулся к жизни. В этом общем определении уцелевшего приводятся в близкую связь два феномена — жизнь и смерть — которые обычно считаются взаимоотрицающими. С логической и эмпирической точек зрения, действительно, жизнь отрицает смерть, и смерть отрицает жизнь. В горизонте же человеческого существования жизнь раскрывается в полноте, пусть вбирая в себя трагические мотивы, когда смерть вторгается в жизнь. Вторжение смерти в жизнь не только обнажает основания человеческой жизни превращением грозной, страшной потусторонности в явление посюстороннее, но ставит предельный вопрос о жизни человека, который звучит как вопрос о продолжении человеческой жизни и, следовательно, о простирации времени, — моего времени, твоего времени, его времени.

Жизнь, вступая в контакт со смертью, не только ведет смертельную борьбу за выживание, но погружается в ничто, выходя за свои пределы. Человек и человеческая жизнь преступают себя, жизнь трансцендируется. И вопрос тогда стоит так: а вернется ли жизнь, а наступит ли обещанное великим философом «возвращение жизни»? Уцелевший и есть тот, кто в единстве разлуки и встречи подтверждает феномен возвращения жизни.

Несмотря на безусловную ценность жизни, заключенную в вечном возвращении, участь уцелевшего условна и относительна.

Уцелевший, испытавший опыт небытия, вернувшийся к жизни, имеет несколько возможностей существования. В последнее время после обнаружения «вьетнамского синдрома» и других синдромов бедствия на него предпочитают смотреть «патологически» через призму относительно новой нозологической формы — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) впервые было выделено в США после анализа обширных наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме в 1980 г. и включено

в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – классификационный психиатрический стандарт, разработанный Американской психиатрической ассоциацией). В 1987 г. вышел стандарт DSM-III-R; 1994 г. – четвертая редакция DSM-IV; а в 2000 г. – DSM-IV-TR.

Сначала диагноз PTSD как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. В 1993 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены и в десятую редакцию основного диагностического стандарта европейских стран – Международного классификатора болезней МКБ-10.

В России история изучения ПТСР началась с осмысления и решения проблемы адаптации ветеранов военных действий в Афганистане. Первое крупномасштабное социально-психологическое исследование¹ было проведено в 1989 г. Психологической службой Союза ветеранов Афганистана совместно с газетой «Комсомольская правда». Оно вызвало высокий общественный резонанс и послужило толчком к открытому обсуждению этой проблемы сначала в периодической прессе, а затем и в научном сообществе. Впервые понятие ПТСР в русской транскрипции было введено в работе «Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Методические рекомендации», вышедшей в 1990 г.

К середине 90-х гг. количество исследований по данной проблематике резко возросло после серии крупных катастроф и стихийных бедствий (землетрясения, авария на ЧАЭС) и разделилось на два крупных независимых направления – медико-психиатрическое и собственно психологическое.

Медико-психиатрическое направление включает в себя исследование медико-биологических коррелятов ПТСР и физико-фармакологических методов коррекции, восстановления и реабилитации (сборник «Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий», научные труды ГосНИИИ военной медицины МО РФ), психогений, клинической психопатологии при ПТСР (Александровский Ю.А. и др., 1989, 1993, 1997; Гельфанд В.Б. и др., 1989; Григорьев М.Э., 2002; Белкин А.И. и др., 1992; Стрельников А.А., 1998; Матевосян С.Н., 1989, 1990; Мостовой С.М., 1997; Ушаков Г.К., 1987, и др.) и психолого-психиатрических коррелятов ПТСР (Кикелидзе З.И.,

¹ Магомед-Эминов М.Ш. Никто не забыт?.. // Комсомольская правда. № 270 (19670) от 24.11.1989 г.

2001; Румянцева Г.М. 2001; Сукиасян С.Г., 1990, 1993; Литвинцев С.В. 1994; Вассерман Л.И. и др., 1995; Торчинская Е.Е., 2003; Ушаков И.Б., 2003, и др.).

В рамках собственно психологического направления разрабатывались различные аспекты последствий пребывания в экстремальных условиях: проблемы непонимания в межличностном общении и социально-психологические проблемы у «афганцев» (Знаков В.В., 1989, 1990, 1991); изучение смысловых структур личности участников афганской войны (Ольшанский Д.В., 1991); психологические последствия пребывания в зоне экологического бедствия (Моляко В.А., 1992); психофизические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф (Решетников М.М. и др., 1989, 1990, 1991); смысловая регуляция переживаний у пострадавших при землетрясении (Мазур Е.С., Гельфанд В.Б., Качалов П.В., 1992); психологическая помощь пострадавшим от землетрясения (Мушина В.С., 1989); социально-психологическая работа с участниками экстремальных событий (Ениколопов С.Н., 1990, 1992, 2004; Ефимов В.С. и др., 1990; Маклаков А.Г. и др., 2001; Костенко М.А., 2001); диагностика, реабилитация, профилактика стрессовых расстройств (Абдурахманов Р.А., 1992; Поляков М.Н., 2003); психологическая коррекция ПТСР у сотрудников органов внутренних дел (Чевердюк Л.Н., 2004); теоретические разработки проблем личности в экстремальных условиях (Лебедев В.И., 1989; Анцыферова Л.И., 1994; Журавлев А.Л., 2004; Пономаренко В.А., 2004).

Ряд публикаций по психологическим особенностям, адаптации и вопросам психотерапии при ПТСР связано с исследованиями, проводимыми лабораторией посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН (Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. и др., 1992, 1994, 1996, 1997, 1999, 2001, 2003, 2004).

С конца 90-х гг. появились работы, акцентирующие внимание на механизмах адаптации в экстремальных условиях: психотрансформативный подход к ПТСР (Магомед-Эминов М.Ш., 1998); когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям (Дорожевец А.Н., 1998); личностный адаптационный потенциал в экстремальных условиях (Маклаков А.Г., 2001; Човдырова Г.С., 2001, 2003) и др.

Начало 2000-х гг. ознаменовано адаптацией западных диагностических методик для исследований психологических особенностей человека в экстремальных условиях (Тарабрина Н.В., 2001).

Если ранее во всех экспериментальных и теоретических работах основной акцент делался на негативные последствия ПТСР, и задача психологической помощи виделась в их устранении, то в настоящее время появились работы, подчеркивающие возможности посттравматического роста и развития личности уцелевшего (Магомед-Эминов М.Ш., 2005).

Модусы человеческого существования

Психологическая проблематика уцелевшего определяется трансформацией личности в ординарном и трансординарном модусах существования (Магомед-Эминов М.Ш., 1998). Бытие личности мы разделяем на модус повседневности, или ординарности, и модус неповседневности, или трансординарности. Повседневность мы интерпретируем в горизонте парадигмы жизни, а неповседневность – в горизонте парадигмы жизни–смерти (Магомед-Эминов М.Ш., 1996). Неповседневность, или трансординарная реальность – это существование в условиях вторжения небытия (ничто) в основание бытия. Как в модусе повседневности, так и в модусе неповседневности человек может стать как ничтожеством, так и святым: проблема ответственности не снимается ни в одном из жизненных миров человека.

Психологические феномены мы рассматриваем в двух горизонтах – *психоонтологическом*, где феномен интерпретируется в тематическом поле трансформации бытия личности, и в *психоонтическом*, где феномен интерпретируется в единстве телесного, душевного, духовного и экзистенциального модусов человека. Отметим два следствия этого тезиса: во-первых, человеческую личность надо рассматривать во множестве миров – жизненных, интересубъектных (Гуссерль Э., 1999); во-вторых, человеческую личность надо рассматривать в разных горизонтах, масштабах и форматах, на разных уровнях.

В какой степени уцелевший может самоосуществляться, обустроить, организовывать свою жизнь? *Организация жизни* определяется различными переменными, но здесь мы рассмотрим ее с точки зрения эмпирической оценки по пяти параметрам: *экстенсивность, интенсивность, устойчивость, удовлетворенность, самореализованность*. Все эти характеристики условны, но важны для уцелевшего, вернувшегося домой после трагедии, беды (Магомед-Эминов М.Ш. Психология уцелевшего // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2005. № 4).

Экстенсивность жизни понимается как широта отношений с миром, открытость новому опыту, многообразие жизненных сфер человека.

Интенсивность касается глубинно-вертикальной организации мотивов, а также интенсивности вкладывания жизненной энергии в определенную сферу. Экстенсивность, имеющая оборотной стороной отчуждение, и интенсивность, связанная с активностью и глубиной вовлечения в жизненные сферы, должны иметь разные отношения с полнотой *самореализации* человека, которая осуществляется не в глубинах личности, а в решении жизненных задач, и придает жизни осмысленность, дает переживание ее полноты и насыщенности.

Далее необходимо учитывать *стабильность/нестабильность* жизни. С одной стороны, устойчивость существования в определенной жизненной сфере очень важна для самоосуществления человека и чувства *удовлетворенности* жизнью, но с другой – способность преодолеть в жизни все то, что уже нежизненно, также имеет немаловажное значение. Здесь речь идет уже о становлении жизни, которому Ф. Ницше придавал большое значение: жизнь как преодоление жизни. Воля власти, по Ф. Ницше (2003), предполагает как сохранение жизни, так и ее становление, рост (Магомед-Эминов М.Ш. Психология уцелевшего // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2005. № 4).

В горизонте человеческого существования уцелевшему открываются, как мы считаем, три пути, три жизненные дороги. Эти его жизненные пути, следуя не в последнюю очередь Ф. Ницше, Н. Бердяеву, М. Хайдеггеру, мы обозначим как *жизневосхождение*, *жизнепродолжение* и *жизнепадение*. Путь уцелевшего после бедствия, траектория его жизненного пути не только негативна (стресс-синдромы и др.), но и позитивна (адаптация, интеграция), и креативна (рост и развитие).

Формально мы можем классифицировать жизненную ситуацию уцелевшего: 1) негативно, имея в виду аномальные психологические последствия – ПТСР, болезни, дезадаптацию и т.д.; 2) нейтрально – в смысле отсутствия явных отклонений в одну или другую сторону, составляя ситуативные, адаптационные транзиторные реакции, переживаемые каждым, кто оказывается в экстремальной ситуации; 3) позитивные – рост и развитие личности, вызываемые трансординарным опытом. При этом имеется в виду не явление толерантности и стойкости к аномалиям, которые относятся, скорее, ко второму пункту, а трансформация личности, не свойственная уцелевшим до опыта экстремального события.

Психологическая помощь уцелевшему, таким образом, будет иметь совершенно разные установки соответственно трем выделенным случаям.

Для начала обратимся к негативным последствиям, как это и принято делать: люди страдают, и им надо помочь. Конечно, психологическая помощь оказывается уцелевшему не внешне, не делая за него что-то (в экстремальной ситуации и такое возможно и порой нужно), а внутренне, пробуждая его жизнелюбие, включая его в деятельность и вовлекая его в общение. Если у человека имеется ПТСР, то и тогда в горизонте нашего анализа необходимо учесть то, что он не является собственно психически больным, хотя у него и отмечаются различные проблемы.

У уцелевшего возникает ряд специфических психологических и социально-психологических трансформаций:

- *личности* — отмечается изменение характера, смысловой сферы, защитных механизмов, стратегий совладания и др.;
- *психических функций* — наблюдается изменение особенностей внимания, памяти, мышления и т.д.;
- *эмоционально-аффективной сферы* — проявляется в агрессии, раздражительности, гневе, подавленности, депрессии, чувстве вины, тревоге, страхах и т.д.;
- *мотивации* — происходит трансформация мотивационной иерархии, нередко актуализируются деструктивные формы мотивации;
- *межличностных отношений* — увеличивается конфликтность в семейной, профессиональной, личной и других сферах существования, отмечается изоляция, отчужденность;
- *поведения* — регистрируется алогичность, неконтролируемость, импульсивность, непоследовательность поступков, непредсказуемость поведения, рискованность;
- *ценностно-смысловой системы* — отмечается противоречивость ценностей, смысловые конфликты, утрата смыслов и др.

Кроме перечисленных изменений, следует указать на возникающие у уцелевшего психосоматические расстройства, нарушение уровня активации, нарушение сна (кошмарные сновидения, расстройство сна), пристрастие к алкоголю, наркоманию, асоциальное и антисоциальное поведение.

С нашей точки зрения, необходимо различать не только посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и посттравматическую стрессовую реакцию (ПТС-реакция), но и отличать ПТСР

и ПТС-реакцию, с одной стороны – от социально-психологических последствий травматического стресса (СППТ), проявляющихся в наличии трудностей интеграции в социум, в снижении эффективности функционирования человека в различных сферах социального существования, в изменении поведения, особенностях общения.

У многих ветеранов, даже если у них не диагностируются явные признаки ПТСР и ПТС-реакции, наблюдается социально-психологическая дезадаптация, неадекватное поведение, они сталкиваются с трудностями при продолжении обучения, при устройстве на работу, в семейной жизни, нередко имеют пристрастие к алкоголю и наркотикам. В этом случае можно говорить о посттравматической дезадаптации, или социально-психологических последствиях травмы (травматического стресса).

Итак, делаем вывод: необходимо различать тяжелую форму – посттравматическое стрессовое расстройство, подразделяющееся на три вида (острое, отсроченное, хроническое), и легкие преходящие формы – посттравматическую стрессовую реакцию и социально-психологические последствия травмы, не приводящие к серьезным нарушениям психической деятельности.

Таким образом, травматический опыт вызывает у человека различные психические изменения, разные виды социально-психологической дезадаптации, душевные страдания, духовные проблемы после выхода из экстремальной ситуации: войны, природных бедствий, техногенных катастроф, террора, насилия, нахождения в заложниках и других бедствий и проявляется в формах ПТСР, ПТС-реакции и СППТ.

Оказание психологической помощи уцелевшему должно учитывать стадии развития ПТСР.

Посттравматическое стрессовое расстройство имеет процессуальную динамику, патогенез, ход которого условно можно разделить на пять стадий, каждая из которых характеризуется рядом признаков.

I – стадия мобилизации. На этой стадии, протекающей в самой травматической ситуации, происходит реадaptация от обычной жизни, возникает трансформация личности, формируются экстремальные жизненные стили, осуществляется адаптация поведения к экстремальным обстоятельствам, требующим от человека выполнения определенных задач и соблюдения определенных условий. При адаптации к подобной обстановке (столкновение с разрушениями, жертвами, смертью, необходимость самосохранения и выживания, выполнения

своего долга, обязанностей и задач), в которой нужно осуществлять поведение, выходящее за пределы обычного жизненного опыта и связанное с кардинально новым жизненным опытом, человек сталкивается с необходимостью глубоких психологических изменений. Под мобилизацией здесь понимается: 1) психофизиологическая активация, 2) интенсивная активация психической системы и психических функций, 3) актуализация новых психических и личностных ресурсов.

II – стадия иммобилизации. Человек выходит из непосредственно экстремальной обстановки, окружающая среда теперь не предъявляет к нему экстремальных требований. С исчезновением экстраординарных событий отпадает и необходимость в крайних формах мобилизации, хотя это происходит не одновременно. На этом все не заканчивается, возникают новые проблемы, отличающиеся от тех, которые человек решал на стадии мобилизации: теперь ему надо реадaptироваться от экстремальных форм адаптации и интегрироваться в жизнь. Интеграция в социум при развитии ПТСР блокируется, затормаживается, и стадия иммобилизации проявляется в двух подстадиях: «психологического оцепенения» и «отрицания психологической травмы». На первой подстадии реакции замедлены, заторможены, наблюдается аффективная блокада психических процессов, может наблюдаться временная потеря трудоспособности и отчуждение от социума – уцелевший как бы уходит в себя или наблюдает за всем как бы со стороны (диссоциация); на второй – человек не склонен, не согласен объяснять свои симптомы травматическими событиями и отрицает роль психологической травмы и ее значение для своего состояния и самочувствия. В этот период человек хочет как бы вычеркнуть из своей жизни все события, связанные с травматическим опытом, у него наблюдается сильная избегательная тенденция, включающая в себя защитный механизм избегания опыта.

III – стадия агрессии. У уцелевшего отмечается раздражительность, гнев, временами – вспышки ярости, люди жалуются на неспособность контролировать себя. Человек становится неуживчивым, капризным, тревожным, осуждает, обвиняет других, жалуется на непонимание, у него появляются различные страхи, расстройства, кошмарные сновидения.

IV – стадия депрессивных реакций. Состояние уцелевшего характеризуется чувством вины, подавленностью, заторможенностью, у него отмечается плохое настроение, отсутствие сил и энергии что-то делать. Он испытывает чувство беспомощности, тоски, чувство вины

за что-то, осуждает себя и занимается «самобичеванием» или переживает вину за выживание — что он «выжил, когда другие умерли (или кто-то умер)», наблюдаются также различные психосоматические реакции.

V — восстановительный процесс. Те, кто под влиянием внутренних и внешних факторов преодолевают хронический процесс циклического повторения отдельных фаз, продолжительную фиксацию на одной из них или регрессию на предшествующую, градуально освобождается от ПТСР, интегрируется в жизнь, социум. У некоторых уцелевших также отмечаются сверхдостижения в различных сферах жизни, происходит вызванная экстремальным опытом гуманистическая переоценка жизненных ценностей, рост и развитие личности, творческая реализация себя в различных сферах жизни.

Психологическая реабилитация участников экстремальных событий должна включать в себя как минимум три основных типа мероприятий: 1) устранение негативных факторов, т.е. факторов дезадаптации; 2) формирование позитивных форм адаптации, интеграции в социум; 3) создание условий постэкстремальной самореализации уцелевшего, развития его личности. Первая задача сама состоит из мероприятий по реадaptации от экстремальности и преодолению последствий психической травмы. Вторая задача уже требует осуществления мероприятий по интеграции в социум, по преодолению воздействия вторичных стрессоров и решению проблем возвращения, в том числе тех, которые связаны с утратой человеком обычного уклада своей жизни, образа существования, семьи, профессии, дома, даже Родины. Третья задача — задача самоактуализации человека, связанная с разворачиванием личностных потенциалов человека для решения жизненных задач. Проблемы психологической реабилитации необходимо рассматривать и через призму возвращения уцелевшего. В этом случае надо различать возвращение туда, откуда человек попал в экстремум, и возвращение туда, где мир теперь разительно отличается от того, в котором человек существовал до экстремальной ситуации. Возвращение, с одной стороны — это превращение экстремальной ситуации в неэкстремальную, трансординарной — в ординарную, травматической — в нетравматическую, связанное с прекращением воздействия первичного стрессора. С другой стороны, возвращение — это либо переходный процесс вхождения вновь в прежнюю ситуацию, требующую психологической «перестройки», либо процесс вхождения (интеграции) в новую ситуацию,

возникшую вследствие экстремального события (разрушения дома при землетрясении, гибели близкого при теракте и др.) или сама по себе — по новым основаниям, отличным от действия первичных факторов. Экстремальным является таким образом не только пребывание в экстремальной ситуации — землетрясения, аварии, насилия, болезни, но и возвращение в смысле продолжения жизни после потери близких, дома и т.д. Вот почему мы говорим о вторичных травматических стрессорах. Этиологической формулой ПТСР, с учетом двух факторов, является: $ПТСР = f$ (первичный травматический стрессор, вторичный травматический стрессор, трансформация личности в травматической ситуации, трансформация личности в ситуации возвращения). Вторичный травматический стрессор — это факторы ситуации возвращения, создающие травматический стресс возвращения. Возвращение — динамический процесс: 1) уцелевший должен перестроиться от старого и настроиться на новое; далее 2) интегрироваться в новую жизнь, какая бы она ни была (в любой ситуации человек может найти смысл и реализовать его); 3) реализовать свои потенциалы. Для решения первой задачи — преодоления негативного — требуется, во-первых, ликвидировать базис дезадаптации — ПТСР, ПТС-реакцию и СППТ. Для этого необходимо проводить различные консультативные, психотерапевтические, психокоррекционные мероприятия с целью психологической реабилитации. Тогда под психологической реабилитацией мы понимаем в первую очередь процесс освобождения от посттравматических синдромов и проработку других травматических синдромов травматического опыта. Во-вторых, психологическая реабилитация (приобретение позитивного) — это помощь при интеграции уцелевшего в социум и при преодолении им внутренних и внешних факторов, препятствующих адаптации к социуму и росту личности. Сюда входят разнообразные психологические и социально-психологические виды помощи: психокоррекционная работа, поддерживающие формы психотерапии, консультативно-психологическая помощь, глубинные методы помощи для решения личностных, семейных, социальных, профессиональных, образовательных и других проблем.

Для решения третьей задачи — самоактуализации — комплексная психологическая и социально-психологическая реабилитация должна системно сочетаться с методами личностно ориентированной психологической помощи для создания условий самоактуализации, роста, развития личности уцелевшего, что даст ему возможность глубокого

и широкого включения в жизнь, самоопределения и использования личностного потенциала, актуализированного в экстремальной ситуации и ситуации возвращения в новых, нетравматических человеческих измерениях. Даже тогда, когда человек сталкивается с негуманностью, у него продолжает сохраняться возможность воплощать в своей жизни высшие гуманистические ценности.

Нужно только учитывать, что для адаптации к «мирной» жизни, интеграции в социум и самореализации уцелевший, даже если он не проходит психологической реабилитации, нуждается в человеческом понимании, адекватной и эффективной личностной поддержке окружающих, которая становится важным фактором его реабилитации и самореализации. Главными составляющими эффективной поддержки являются: проявление эмоциональной поддержки, человеческой заботы (заботливого отношения), соучастия в судьбе, эмпатического понимания и др. С одной стороны, недопустимо дистанцироваться от уцелевшего, относиться к нему недружелюбно, равнодушно; с другой стороны, нельзя относиться к нему как к жертве, калеке, несчастному. Уцелевшего надо не жалеть, как говорил классик, а уважать, и это поможет ему активизировать свои собственные внутренние ресурсы, найти внутреннюю опору в своем Я и осознать личную ответственность за свою жизнь. Социальная поддержка должна быть не внешней подпоркой, а личностной поддержкой, формирующей внутреннюю опору человека.

Психологическая помощь ветеранам также не должна подменяться материальной компенсацией, сводиться к льготам, которые, к сожалению, в настоящее время экономически не обеспечены. Вместе с экономической помощью необходимо оказывать и психологическую помощь, создавать условия личностного развития ветеранов – обеспечивать психологическую поддержку. Невнимание к психологическим проблемам уцелевшего приводит к тому, что они начинают приобретать еще более острый характер из-за своего неразрешения.

Психологическая помощь уцелевшему при ПТСР может быть индивидуальной и/или групповой по своей структуре, хотя по содержанию ее можно подразделить по разным основаниям на парную, семейную, родительско-детских отношений, детскую, профессиональную, проблемную, поддерживающую и др. Сами по себе, без определенной модификации, традиционные методы зарубежной психотерапии – психоанализ, психоаналитическая психотерапия,

гештальттерапия, клиентцентрированная терапия и личностно ориентированные группы, поведенческая психотерапия, когнитивная психотерапия и др. – недостаточно эффективны. Разработка методов психологической помощи уцелевшим в Америке началась именно тогда, когда ветераны вьетнамской войны отказались от перечисленных видов психотерапии и начали отреагировать свои проблемы в так называемых «рэп-группах».

Индивидуальная терапия ПТСР

Здесь мы лишь коснемся метода индивидуальной психотерапии, разработанной нами и используемой в работе Психологической службы Союза ветеранов Афганистана.

Индивидуальная психологическая терапия должна строиться с учетом стадийности ПТСР, характера доминирующего отношения к травматическому опыту (вторжения или избегания), особенностей психологической травмы и психологических механизмов совладания и др.

В связи с тем, что сама ситуация психотерапии активирует избегательную тенденцию, как и синдром ПТСР, то уцелевший, как правило, опасается психологической помощи, и у него формируется дополнительная избегательная мотивация, связанная с самой психотерапией. Поэтому в ходе работы ставятся следующие особые задачи: 1) специальная претерапевтическая работа по формированию мотивации запроса; 2) ослабление интенсивности защитной избегательной мотивации; 3) формирование терапевтической мотивации, основанной на потребности преодоления проблем; 4) активация мотивационных новообразований роста, реализация своих потенциалов, превращающая психотерапию в ситуацию развития личности и формирования новой самоидентичности, а не только лечения психологической травмы. Психотерапевтическая ситуация становится жизненной ситуацией, в ходе которой не просто происходит аффективное отреагирование, инсайты и проработка сопротивлений, а начинается осуществляться трансформация личности человека.

В связи с амбивалентностью мотивации запроса уцелевшего помощь должна быть своевременной, т.е. оказанной именно в тот момент, когда стремление к поиску помощи начинает превалировать над избеганием помощи из-за указанной угрозы активации травматических воспоминаний. Поэтому при психологической реабилитации уцелевшего

большое значение приобретают также краткосрочные методы психотерапии. В работе Психологической службы СВА используется наш метод краткосрочной терапии психологической травмы. Этот метод состоит из двух частей: 1) консультативного интервью и 2) краткосрочной психотерапии. Консультативное интервью используется для: 1) установления начального контакта с уцелевшим, 2) предварительной психодиагностики, 3) формирования мотивации запроса, 4) принятия решения уцелевшим пройти психологическую реабилитацию в Психологической службе, 5) достижения начального отреагирования. Консультативное интервью может проводиться вне Психологической службы в обычной обстановке жизненной ситуации уцелевшего. Так как консультативное интервью с уцелевшим чаще всего проводится по инициативе Психологической службы, родственников и друзей или самого уцелевшего под давлением ухудшившегося состояния, то метод построен с учетом доминирования внешней мотивации помощи как начального условия.

Консультативное интервью включает в себя: 1) экзистенциальную интервенцию – вовлечение психолога в жизненную ситуацию уцелевшего как встречу с человеческой судьбой, 2) спонтанное самораскрытие (или свободный дискурс) – рассказ уцелевшего о своей актуальной жизненной ситуации без активного вмешательства психолога, 3) экстенсивное прояснение (экстенсификацию) – тематическое оформление свободного дискурса уцелевшего без интенсификации травматического опыта, 4) структурированное интервью – это, собственно, вторая часть консультативного интервью, где после самораскрытия уцелевшего психолог сам проявляет активность с целью конкретизировать основные темы, выявленные в первой части, и получить информацию об истории жизненного пути человека, 5) психодиагностика – проводятся общие методики и специальные методики, такие, как шкала Хоровица, Миссисипская шкала, шкала травматического опыта и др., 6) заключение – подводится итог первой встречи и назначается следующая встреча.

Консультативное интервью может состоять из нескольких встреч, в ходе которых не только формируется терапевтическая мотивация, проводится психологическое обследование уцелевшего, но и осуществляется начальная психологическая реабилитация.

После принятия уцелевшим решения пройти психологическую реабилитацию начинается собственно краткосрочная психотерапия,

состоящая из 12–15 сеансов, продолжительность каждого из которых составляет 50 минут, а частота — не менее 2–3 сеансов в неделю. Основной процесс, который должен быть актуализирован в ходе психотерапии ПТСР — трансформация травматической «самоидентичности жертвы» в нетравматическую «самоидентичность уцелевшего», в ходе которой уцелевший (или утративший) констатирует выживание (или жизнь) как достижение и самооценку для продолжения «быть» и для продолжения «жить». Процесс терапии должен идти также в модусе темпоральной трансформации: от центрации на прошлом к вовлечению в настоящее и к раскрытию перспектив будущего.

Основная методологическая позиция психотерапевта — градуальная интенсификация травматического опыта и обеспечение условий трансформации личности в актуализированном горизонте опыта, в ходе которого происходит не только проработка негативного опыта, но и формирование нового позитивного опыта (в том числе формирование позитивного отношения к травматическому опыту).

Групповой метод психологической реабилитации

Групповой метод психологической реабилитации является достаточно эффективным методом работы с людьми, у которых имеется ПТСР. Излагаемый в этой работе метод групповой психологической реабилитации, разработанный нами, подразделяется на два вида: 1) группа общения, или группа «общности судьбы» и 2) групповая психотерапия ПТСР, или «негативно-позитивная терапия». Для проведения этого метода реабилитации составляется группа из 8–12 человек (иногда и более) по признаку гомогенности психической травмы, т.е. из лиц, испытавших травматический стресс в схожих экстремальных ситуациях. Основной целью группового метода является обеспечение социально-психологической адаптации, преодоление психической травмы путем воссоздания ситуации, последовательного воспроизведения травматического опыта и изменение смысла травматического опыта, его ассимиляции, формирования эффективных стилей самоконтроля и саморегуляции, трансформации личности. Для реализации этой комплексной задачи необходимо создать в группе климат доверия, причастности к судьбе друг друга, особенно формирование чувства безопасности и толерантности к травматическому стрессу. Следует учитывать, что из-за наличия аффективных стрессовых состояний

у людей с посттравматическими стрессовыми реакциями (расстройствами) будет возникать много отрицательных реакций, направленных как друг на друга, так и на ведущего. В связи с этим, а также чтобы предотвратить травматическое отыгрывание, риск декомпенсации, и возникает необходимость разделения группового метода на два вида: группу общения и психотерапевтическую группу, которые, с одной стороны, составляют последовательные стадии единой групповой психотерапии, а с другой стороны, первый может проводиться независимо от второго при ПТС-реакции и СППТ.

Группа общения

По своему основному условию группа общения называется группой «общности судьбы» (ГОС) и включает в себя в качестве разновидностей: 1) группу проговаривания или рэп-группу; 2) группу встреч – совместное проведение времени в своем кругу, создание нечто вроде микросоциальной сети; 3) группу решения задач – участники этой группы совместно занимаются решением каких-то жизненных задач, выполнением определенной деятельности и т.д.

Без специальной психологической работы группы общения нестабильны: они то расходятся, то обратно сходятся (за этим находятся амбивалентные установки).

Группа общения проводится так, что в ходе общения участники формируют групповую общность, групповую идентичность «общей судьбы»: они рассказывают о себе, присматриваются друг к другу, проговаривают свои жизненные проблемы. Здесь люди осторожно выговариваются в ситуации климата доверия, не углубляясь в травматический опыт. Процесс отреагирования происходит в мягких условиях и в неострых формах. Тем, у кого имеются ПТС-реакции и СППТ, часто достаточно прохождения групп общения. «Общность судьбы» должна быть не условием формирования комплекса жертвы, а наоборот – источником самопринятия и принятия ответственности за свою судьбу. Это позволяет человеку выйти из этой общности, войти в жизненную ситуацию, где он может быть причастен к уникальным судьбам других людей, не похожим на его личную судьбу. Итак, происходит психологическое движение от погружения в свой мирок и отчуждения от социума – в круг «общности судьбы», а и из него – в мир причастности к многообразию человеческих судеб.

Групповая психотерапия ПТСР называется негативно-позитивной терапией по следующим соображениям. Во-первых, название указывает на цель терапевтической работы: 1) освобождение от негативного базиса — дезадаптации, ПТСР и др.; 2) достижение новой интеграции в жизнь, новых форм адаптации в социум и т.д. Во-вторых, отмечается как значение переживания негативного опыта, так и важность позитивных переживаний. В-третьих, разворачивается движение от антипатии к отвергающему (или непонимающему) окружению к Я, принимающему Мы-группу, чтобы далее выделить в переживании «общности судьбы» свое Я, укрепить уверенность в себе и чувство ответственности и вернуться снова в окружающий большой мир людей с симпатией к ним (чтобы давать и получать, чтобы получать и давать). В-четвертых, в группе как прорабатывается негативный опыт, так и разрабатывается новый позитивный опыт.

Психотерапевтическая группа — это глубинно-психологическая работа, в которой в определенных условиях климата безопасности и рабочего альянса проводится проработка травматического опыта, перестройка психической организации личности, принятие ответственности, усиление способности принимать решения и делать выборы.

Поэтому, прежде чем члены группы будут делиться своими прошлыми травматическими переживаниями в условиях принятия, целесообразно также достигнуть постепенного выражения негативных переживаний, возникающих в терапевтической ситуации, так же, как и позитивных. После достижения эмоционального отреагирования членов группы формируются предпосылки для позитивного принятия друг друга, что становится основой для обращения к прошлому трагическому опыту. Однако выражение переживаний — это продолжительный процесс, имеющий циклический характер, амбивалентность своих проявлений.

Образно говоря, прежде чем люди начнут углубляться в свой травматический опыт, у них должна сформироваться способность, толерантность выдерживать «напор» этого опыта: в предшествующем «щадающем» общении в климате доверия они должны проговорить свои актуальные проблемы, что означает также развитие способности сопереживания, эмпатии. В принятии и сопринятии они как бы укрепляют свою личную позицию, восстанавливают нарушенный травмой, утратой нарциссический баланс Я. Таким образом, группы общения становятся подготовительной стадией для проведения глубинной

психотерапии ПТСР. Когда разворачивается собственно групповая психотерапия, снова надо учитывать переход от негативного к позитивному, и наоборот. Самораскрытие чаще всего вначале приводит к выражению негативных эмоций и проявлению ответных реакций отвержения, дистанцирования.

Опишем этапы, необходимые для осуществления основных задач групповой работы.

Начальная фаза. Эта фаза состоит из нескольких этапов. На первом этапе происходит знакомство: ведущий предлагает членам группы рассказать о себе; на втором он создает условия для свободного проговаривания; далее, на третьем, обсуждает, что служит преградами эффективной жизни, и объясняет значение травматического опыта как препятствующего фактора и важности его преодоления; потом занимает более пассивную позицию, давая возможность членам группы активизироваться, вовлечься в ситуацию самовыражения и межличностного общения. Все это в слегка измененном виде соответствует группе «общности судьбы» в варианте рэп-группы проговаривания с легкой интенсификацией для выявления психологических преград и прояснения их значения как препятствий к интеграции, требующих преодоления.

Основная фаза. В начале этой фазы важно достигнуть «самораскрытия» членов группы в связи с актуальной жизненной ситуацией, возникшими проблемами. Проблемное самораскрытие может усилить тревогу у некоторых членов группы, вследствие чего проявятся агрессивные реакции-нападки и ответные «оборонительные» реакции. После преодоления выражения негативных реакций необходимо восстановление и углубление принятия, что дает возможность ведущему постепенно подводить членов группы к рассказам о прошлых переживаниях, т.е. переходить к глубинному раскрытию (интенсификация). Необходимо следить за тем, чтобы на членов группы не оказывалось давления, и самораскрытие было добровольным и по силам каждому из них. Как только выяснится, что участник приблизился к границе своих возможностей переживания травматического опыта, надо помочь ему восстановить самообладание и укрепить уверенность.

Заключительная фаза. Необходимо создать возможность и опыт сопереживания и глубокого принятия членами группы другого человека после его рассказа о своих трагических переживаниях. Подобное участвующее принятие приводит к усилению самодостаточности,

формированию самостоятельности и ответственности, что будет способствовать созданию для членов группы возможности адаптации в социуме и преодоления внутренних сложностей, разрешения своих жизненных проблем.

Заключение

Итак, дорога психотерапии: от социального отчуждения в большом мире идет движение в круг «общей судьбы» и возвращение из этого круга самопринятия Я как «Мы» в мир как Я, способный быть причастным к многообразию судеб и связывать свою судьбу с чужой судьбой, пусть отличной, но также уникальной. А если кратко: «из мира отчуждения – в мир подобия, из мира подобия – в мир отличия».

Литература

1. *Абдурахманов Р.А.* Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 1.
2. *Александровский Ю.А. и др.* Психогении в экстремальных ситуациях. М.: Медицина, 1991.
3. *Александровский Ю.А.* Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и массовых катастрофах // Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993.
4. *Александровский Ю.А.* Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4.
5. *Александровский Ю.А., Новиков М.А.* Принципы психопрофилактики и коррекции психологических состояний // Человек в космическом полете. М., 1997. С. 269–290.
6. *Антонов В.П.* Радиационная обстановка и ее социально-психологические аспекты. Киев: Знание, 1987.
7. *Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1.
8. *Ахмедова Х.Б.* Клинические особенности посттравматического стрессового расстройства у детей-беженцев // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 2. С. 91–94.
9. Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий. Научные труды ГосНИИИ военной медицины МО РФ, 2003.

10. Бубеев Ю.А., Ушаков И.Б., Ромасюк С.И. Механизмы возникновения и развития боевого стресса // Проблема боевого стресса в авиации. Боевой стресс: стратегия коррекции. 2002.

11. Вассерман Л.И., Лыткин В.М., Лукманов М.Ф. Организационные формы и методы изучения психических факторов дезадаптации у ветеранов войны в Афганистане. М., 1995.

12. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург, 2004.

13. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4.

14. Воробьев А.И. Боевая психическая травма у военнослужащих, действовавших в районе Персидского залива // Военно-медицинский журнал. 1991. № 6.

15. Гарнов В.М. Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. 1989.

16. Гартман Х. Эго-психология и проблема адаптации. М., 2002.

17. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиции экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии. 1994. № 4.

18. Гуссерль Э. Идеи чистой феноменологии и феноменологической философии. М., 1999.

19. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. М., 1991.

20. Дорожевец А.Н. Когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям // Журнал практического психолога. 1998. № 4.

21. Достовалова О.В. Влияние физиобальнеотерапии на адаптационные возможности организма участников вооруженных конфликтов. Автореф. дис. Томск, 2004.

22. Ениколопов С.Н. Проблема коллективной травмы при катастрофах. М.: Медицина катастроф, 1990.

23. Ениколопов С.Н. Социально-психологические проблемы психологии стресса // Психология травматического стресса сегодня. Тезисы докладов Международной конференции, г. Киев, 12–15 мая 1992 г.

24. Ениколопов С.Н., Лебедев С.В., Бобосов Е.А. Влияние экстремального события на косвенных участников // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 6. С. 73–76.

25. Ефимов В.С., Охонин В.А., Хлебопрос Р.Г. Исследование социально-психологических последствий Чернобыльской катастрофы в г. Коростень. Отчет по НИР. М.: Институт биофизики СО АН СССР, 1990.

26. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2.

27. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства. 1989.

28. *Знаков В.В.* Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психологический журнал. 1990. № 2.

29. *Знаков В.В.* Психологический портрет участников войны в Афганистане в массовом сознании // Психологический журнал. 1991. № 6.

30. *Зубова Е.А.* Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков (пострадавших в результате массовых террористических актов). Автореф. дис. 1998.

31. *Исаев А.Б., Котенев И.О. и др.* Психологические и психические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях. По материалам зарубежных исследований и другие статьи. 1989.

32. *Каменченко П.* Психология PTSD: история и перспективы // Психология травматического стресса сегодня. Тезисы докладов Международной конференции, г. Киев, 12–15 мая 1992 г.

33. *Кекелидзе З.И.* Медико-психологическая помощь пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах. Пособие для врачей. М., 1997. С. 9–10.

34. *Кекелидзе З.И.* Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4.

35. *Кекелидзе З.И.* Введение в психиатрию чрезвычайных ситуаций // Медицинская и судебная психология. М., 2004. С. 307–338.

36. *Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М.* Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-интернационалистов – ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 1.

37. *Киричук Л.* Социально-психологические условия травматизации психики детей, проживающих в зоне Чернобыля // Психология травматического стресса сегодня. Тезисы докладов Международной конференции, г. Киев, 12–15 мая 1992 г.

38. *Колос И.В., Кислова А.Н., Мягких Н.И., Питенов В.А.* Организация медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел. Метод. рекомендации. М., 1999.

39. *Котенев И.О.* Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел. Автореф. дис. М., 1994. С. 27.

40. *Котенев И.О.* Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях. Метод. пособие. М., 1996. С. 3–27.

41. *Коханов В.П., Кекелидзе З.И.* Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4.

42. *Коханов В.П., Крюков В.В., Кибрик В.Н.* Особенности психических расстройств у пострадавших при террористическом акте в г. Буденновске // Медицина катастроф. 1995. № 3–4.
43. *Кохут Х.* Анализ самости. М., 2003.
44. *Красиянский А.Н., Морозов П.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане. Съезд психиатров. М., 1995. С. 161–162.
45. *Краснов В.Н., Юркин М.М., Войцех В.Ф. и др.* Психические расстройства у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. № 1. С. 5–10.
46. *Лазебная Е.О.* Психологические последствия психической травмы как фактор травматизации общества. Посттравматический и поствоенный стресс // Материалы конференции «Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход», г. Пермь, 21–24 мая 1998 г.
47. *Лазебная Е.О., Зеленова М.Е.* Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 5.
47. *Лакосина Н.Д., Сергеева И.И., Воскресенский Б.А. и др.* Клиническая характеристика психических нарушений у населения, проживающего в зоне радиационного заражения // Невропатология и психиатрия. 1992. Т. 12. № 5. С. 69–71.
48. *Лебедев В.И.* Личность в экстремальных условиях. М., 1989.
49. *Литвинцев С.В.* Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане. Дис. д-ра мед. наук. СПб., 1994.
50. *Луцкий А.* Афганцы среди нас. Что показал социологический опрос // Побратим. 1990. № 2.
51. *Лэндис Р.* Продвинутые техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. М., 1996.
52. *Магомед-Эминова Д.М.* Диссоциативные феномены при посттравматических стрессовых расстройствах. Дипломная работа. М., 2006.
53. *Магомед-Эминов М.Ш.* Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник Московского университета. 1996. Сер. 14. Психология. № 4.
54. *Магомед-Эминов М.Ш.* Трансформация личности. М., 1998.
55. *Магомед-Эминов М.Ш. и др.* Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Метод. рекомендации. М., 2004.
56. *Магомед-Эминов М.Ш.* Трансформация и работа личности. (В печати.)
57. *Маклаков А.Г.* Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1.

58. *Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шамрей В.К., Кондратьев А.Ю.* Особенности оказания медико-психологической помощи родственникам погибших моряков атомной подводной лодки «Курск» // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 2.

59. *Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б.* Проблема прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 2.

60. *Малова Ю.В.* Психологическая диагностика и психологическая коррекция в комплексе мероприятий реабилитации участников ЛПА на ЧАЭС. Результаты задачи медицинского наблюдения за состоянием здоровья участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде. Материалы научно-практической конференции. М., 1998. С. 72–76.

61. *Масгутова С.К.* Психологическая реабилитация детей, переживших железнодорожную катастрофу (из опыта работы). 1989.

62. *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб., 1999.

63. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: динамические и лечебно-реабилитационные аспекты. 1998.

64. Медицинские аспекты последствий землетрясения в Армении. Ереван, 1990.

65. Методические рекомендации по психологической подготовке личного состава специальных подразделений органов внутренних дел. М., 1996.

66. *Моляко В.А.* Особенности проявления паники в условиях экологического бедствия (на примере Чернобыльской атомной катастрофы) // Психологический журнал. 1992. № 2.

67. *Моляко В.А.* Психологические последствия Чернобыльской катастрофы // Психологический журнал. 1992. № 1.

68. *Морозов А.М.* Клинические особенности, динамика и психотерапия непсихотических расстройств, возникающих у ликвидаторов на ЧАЭС // Вестник гипнологии и психотерапии. 1992. № 3.

69. *Мухина В.С.* Психологическая помощь пострадавшим от землетрясения в Армянской ССР // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 5.

70. *Ницше Ф.* Так говорил Заратустра. М., 2003.

71. *Ольшанский Д.В.* Смысловые структуры личности участников афганской войны // Психологический журнал. 1991. Т. 12. № 5.

72. *Попов В.Е.* Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. М., 1992.

73. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Практический комментарий к 5-й главе Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) // Современная психиатрия (библиотека «Русского медицинского журнала»). 1998. Т. 1. № 1.

74. Психиатрическая помощь при землетрясениях. Метод. рекомендации / Под ред. Ю.А. Александровского. 1989.

75. *Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.

76. *Решетников М.М.* Психопатология героического прошлого и будущие поколения. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб., 1995.

77. *Решетников М.М., Баранов Ю.А. и др.* Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психологический журнал. 1989. № 4.

78. *Решетников М.М., Баранов Ю.А. и др.* Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей // Психологический журнал. 1990. № 1.

79. *Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С.В.* Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф // Военно-медицинский журнал. 1991. № 9.

80. *Роджерс К.* Становление личности. М., 1994.

81. *Румянцева Г.М.* Медико-психологическая помощь пострадавшим при экологических катастрофах // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4.

82. *Румянцева М. и др.* Медико-психологическая помощь жителям районов экологических бедствий. Метод. рекомендации. М., 1995.

83. *Сартр Ж.-П.* Бытие и ничто. М., 2003.

84. *Смирнов В.Н.* Профессионально-психологическая подготовка сотрудников органов внутренних дел по нетрадиционным восточным психотехникам к действиям в экстремальных условиях. М.: МВД России, 1999.

85. *Стрельников А.А.* Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов. Автореф. дис. д-ра мед. наук. СПб., 1998.

86. *Стрельченко А.Б., Човдырова Г.С.* Психологические аспекты обеспечения профессиональной надежности сотрудников ОВД в экстремальных условиях. Психопедагогика в правоохранительных органах. 1996. № 1(3). С. 70–72.

87. *Сукиасян С.Г.* Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении // Обозрение Психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. № 1.

88. *Тарабрина Н.В.* Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. 1996. № 1(2).

89. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

90. *Тарабрина Н.В.* Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса // Психологический журнал. 2003. № 4. С. 5–18.

91. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Ласко Н.Б., Орр С.Ф., Питман Р.К.* Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 2.

92. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Миско Е.А., Агарков В.А.* Психологические последствия переживания «невидимого» стресса // Социальная и психологическая реабилитация пострадавших от Чернобыльской катастрофы. Опыт и перспективы: к 10-летию аварии на ЧАЭС. М., 1996.

93. *Тарабрина Н.В., Петрухин Е.В.* Психологические особенности восприятия и оценки радиационной опасности // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 27–40.

94. *Тиллих П.* Избранное. Теология культуры. М., 1995.

95. *Торубаров Ф.С., Чинкина О.В.* Психологические последствия участия в ликвидации аварии на ЧАЭС // Клиническая медицина. 1991. № 69. С. 24–28.

96. *Торчинская Е.Е.* Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 2.

97. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987.

98. *Ферениц Ш.* Теория и практика психоанализа. М., 2000.

99. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.

100. *Фролова А.А.* Лечение и профилактика пограничных психических расстройств у работников опасных профессий (инкассаторы, милиционеры патрульно-постовой службы). Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1998.

101. *Хайдеггер М.* Бытие и время. М., 1997.

102. *Цыганков Б.Д., Белкин А.И. и др.* Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения). Метод. рекомендации. М., 1992.

103. *Черепанова Е.* Психологическое общество травматического стресса: цели, задачи, структура, проблемы и перспективы развития и др. // Психология травматического стресса сегодня. Тезисы докладов Международной конференции, г. Киев, 12–15 мая 1992 г.

104. *Черепанова Е.М.* Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

105. *Черепанова Е.М.* Психологический стресс. М., 1996.

106. *Човдырова Г.С.* О некоторых клинических вариантах посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних дел // Пограничная психиатрия. Сборник научных трудов / Под ред. Ю.А. Александровского. М., 2001.

107. *Човдырова Г.С.* Введение в экстремальную патопсихологию. М., 2003.

108. *Човдырова Г.С.* Медико-психологическая реабилитация личного состава МВД России, осуществляющего оперативно-служебную деятельность в экстремальных условиях. Метод. рекомендации. М., 2003.

109. *Шатуновский Н.Е.* Диагностика и лечение психолого-психиатрических последствий у пострадавших в чрезвычайных ситуациях // Медицина катастроф. 2003. № 2(42).

110. *Шопенгауэр А.* Мир как воля и представление. Собрание сочинений в 6 т. Т. 1. М., 1999.

111. *Шютц А.* Избранное. М., 2004.

112. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

113. *Bowlby J.* Processes of mourning // Intern. J. Psycho-Anal. 1961. Vol. 42.

114. *Erichsen J.E.* On concussion of the spine: Nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medicolegal aspects. London, 1882.

115. *Freud S.* Beyond the pleasure principle.

116. *Kubler-Ross E.* On death and dying. N.Y., 1969.

117. *Lazarus R., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. N.Y., 1984.

118. *Lindemann E.* Symptomatology and management of acute grief // Amer. J. of Psychiatry. 1944. Vol. 101.

119. *Magomed-Eminov M.* Post-traumatic stress disorders as a loss of the meaning of life // States of mind / Ed. D. Halpern, A. Voiskynsky. Oxford, 1997.

120. *Mahler M.S.* On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol. 1. Infantile Psychosis. N.Y., 1968.

121. *Oppenheim H.* Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889.

122. *Parkes C.M.* Bereavement: Studies of grief in adult life. 3rd ed. London, 1996.

123. *Selye H.A.* The stress of life. N.Y., 1956.

124. *Selye H.A.* Stress in health and disease. Boston; London, 1976.

125. *Strachey.* Vol. 18. London, 1955.

Психологическая экспресс-помощь в чрезвычайных ситуациях масштабных катастроф

Существует классификация чрезвычайных ситуаций, которые связаны с изменениями условий жизни людей в больших масштабах и которые влияют на физическое, психическое и духовное состояние жертвы. Речь идет прежде всего о природных, техногенных и социальных катастрофах, которые одновременно поражают определенную часть населения.

Природные катастрофы: землетрясения, цунами, наводнения, селевые потоки, сход ледника, тайфуны и др. Сюда же можно причислить и другие препятствия непреодолимой силы и их последствия (масштабные эпидемии, например).

Техногенные катастрофы: аварии на атомных станциях, взрывы газа, авиа- и автокатастрофы и др.

Социальные катастрофы: военные действия, межэтнические конфликты, теракты, бандитские нападения, захват заложников и др.

Все виды чрезвычайных ситуаций оказывают на человека такое воздействие, которое отражается на физическом и психическом состоянии, приводя к тяжелым последствиям.

Психологическая экспресс-помощь в чрезвычайных ситуациях масштабных катастроф в наши дни *должна осуществляться подготовленной группой специалистов в условиях организации работы единым координатором*. Общая координация работы в экстремальных ситуациях — условие эффективного оказания психологической помощи. Работа в чрезвычайных ситуациях должна вестись в согласовании со всеми заинтересованными структурами и организациями, находящимися на территории масштабных катастроф.

Сообществу психологов знаком опыт стихийных порывов по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях. Так, например, события на Каширском шоссе в г. Москве или трагедия на подводной лодке «Курск» показали невозможность оказания реальной психологической помощи жертвам в условиях общего хаоса без включения ее в *общую организацию системы ликвидации последствий масштабных катастроф*.

Следует специально обсудить проблему подготовки группы психологической экспресс-помощи в чрезвычайных ситуациях.

I. Формирование групп психологической экспресс-помощи

Я считаю, что формирование группы для работы по оказанию экспресс-помощи детям и взрослым, пережившим травматические события, должно вестись с учетом следующих условий.

1. *Все члены группы должны быть профессионалами* в области возрастной психологии и в психологии поведения человека в чрезвычайных ситуациях как в теории, так и в практике. В ситуации, когда жертва переживает травмирующие события, работа психолога должна вестись с опорой на знания психических особенностей и возможностей каждого возраста. Знание закономерностей развития психики, ее возрастных особенностей и ее потенциала – основание для начала работы по оказанию психологической помощи. Наличие опыта работы с людьми разных возрастов (от малых детей до стариков) принципиально значимо в данной ситуации.

2. *Участники группы обязательно должны быть эмпатийными людьми.* Работа с людьми, пережившими трагедию, находящимися в шоковом состоянии, пережившими горе потери, требует, помимо профессиональных качеств, простого человеческого сопереживания. Эмпатия как вчувствование в состояние другого, понимание другого через сопереживание – основное условие для установления контакта с человеком, пережившим трагедию, и для выведения его из состояния травматического и посттравматического стресса.

3. *Члены группы обязательно должны быть как физически, так и психически выносливы.* График работы и нагрузка в экстремальных ситуациях не нормируются. Важно, чтобы все члены группы умели удерживать себя в психической и физической норме. Умение регулировать свои собственные физические и психические состояния для психологов, работающих в чрезвычайных ситуациях, особенно значимо: вопреки чрезвычайным обстоятельствам психолог должен оставаться способным оказывать помощь прямым жертвам и жертвам последующей волны чрезвычайной ситуации.

4. *Мотивация участия в психологической экспресс-помощи должна быть исключительно профессиональной.* Мотив помощи людям, пережившим чрезвычайную ситуацию, пережившим горе утраты, – естественный

мотив, свойственный нормально социализированному и нравственному человеку. Профессионал должен осознавать, что при оказании помощи он будет действовать в заданной ситуации, часто непредсказуемой. Профессионал должен быть психологически включен в ситуацию экспресс-помощи. Мысли и чувства психолога должны быть сосредоточены на людях, которым оказывается помощь, на их проблемах и состояниях.

Собственные амбиции, как профессиональные, так и иного рода, во время работы с жертвами чрезвычайных ситуаций не должны мешать исполнению взятых на себя обязательств. Притязания, находящиеся за пределами оказания помощи жертвам, должны быть подавлены. Надо помнить, что *ты – профессиональный психолог, работающий для пострадавших и ради пострадавших.*

Полезно усвоить, как молитву, следующие знания о возможных результатах работы психолога в условиях чрезвычайных ситуаций.

- Усилия могут принести успех, но могут быть и тщетны.
- Если состояния жертв, с которыми ты работаешь, вдруг будут явно улучшаться, то не следует обольщаться на свой счет. Нужно знать и не забывать, что улучшение состояния обеспечивает скорее свойство психики человека к восстановлению как всякого живого существа, чем твои профессиональные усилия. Именно поэтому оказание помощи жертвам с хроническими заболеваниями тела и психики требует больших усилий и профессионального вмешательства специалистов-медиков.

Тем не менее, безусловно, работа профессионального психолога может содействовать восстановлению психики жертвы.

- Психолог реально помогает жертве справиться с травмирующими переживаниями, создает условия, благоприятные для реабилитации. Роль профессионального психолога можно уподобить роли катализатора.

5. Для эффективной работы группы важно, чтобы каждый ее член придерживался общих правил и не был индивидуалистом. В урочное время каждый делится с каждым своими достижениями и обсуждает неудачи. *Для эффективной работы группы важны общие вечерние рефлексии:* разбор сложных случаев, их анализ и обсуждение.

Каждый член сообщества психологов экспресс-помощи должен быть готовым работать самостоятельно в разнообразных проблемных ситуациях. Каждый отвечает за себя. Никто никем в процессе самой

работы не руководит, не контролирует. Каждый один на один работает с психологическими проблемами конкретных людей и самостоятельно принимает решение.

Если рабочая группа достаточно большая, то в ряде обстоятельств эффективнее работать сложившимися парами.

Взаимопомощь осуществляется на рефлексивных встречах.

В условиях психологической экспресс-помощи в чрезвычайных ситуациях деятельность психолога превращается в экстремальную профессию, рядоположенную с другими подобными профессиями¹.

6. *Руководитель отвечает за общую стратегию оказания экспресс-помощи и тактику, ежедневно решая общие и ситуативные проблемы.* При формировании группы важны две позиции: с одной стороны, изначально руководитель берет ответственность за состав участников на себя, с другой – каждый член группы сотрудничает с руководителем и одновременно берет ответственность на себя за свои действия.

7. *Группа формируется исходя из ряда рациональных требований.* Помимо профессиональных качеств практикующего психолога, *важно правильно выстроить возрастной, гендерный и типологический состав группы.* Руководитель должен быть ориентирован в особенностях физического и психического здоровья и выносливости каждого члена группы. Готовность психолога к работе в экстремальных обстоятельствах обусловлена не только его знанием возрастных особенностей людей, не только его знанием типичных регрессий в результате чрезвычайных ситуаций, но и его личной мотивацией, концентрированной на бескорыстном оказании помощи.

В достаточно большом моем личном опыте я не раз наблюдала, когда вполне профессионально работающие психологи (известные в кругу других профессионалов), помимо работы с жертвами, включались вдруг в конкурентные отношения друг с другом, что для них самих в этих чрезвычайных ситуациях становилось дополнительным стрессом.

Так как конкурентные отношения в условиях работы в чрезвычайных ситуациях возникали всякий раз, когда группы специалистов формировались стихийно, то следовало бы обратить на это обстоятельство особое внимание.

¹ *Мухина В.С.* Человек в экстремальной ситуации своей профессии // Феноменология развития и бытия личности. М.–Воронеж, 1999. С. 335–542.

Полагаю, что психологически вернее группы экспресс-помощи как добровольческие команды следует готовить заранее. Добровольная готовность к миссии психолога экстремальной ситуации содействует совместному обучению теории и практике оказания помощи. Функциональные отношения членов группы должны быть отработаны заранее исходя из потенциальных возможностей каждого. Помимо основного состава группы, желательны дублеры и добровольцы. Такое иерархизированное объединение специалистов, дублеров и добровольцев-учеников может представлять собой перспективное сообщество, способное эффективно оказывать экспресс-помощь жертвам чрезвычайных ситуаций.

Психологическая помощь должна осуществляться в контексте теоретической концепции развития человека как личности. Мое видение психологической помощи строится на концепции феноменологии развития и бытия личности, в том числе на понимании значения структуры самосознания личности, внутренней позиции и чувстве личности¹.

Согласно моей теоретической позиции структура самосознания личности представляет собой устойчивое единство звеньев самосознания, их отношений и взаимодействия. Эти звенья самосознания глубоко запятаны как в материю культурных ожиданий в качестве социальных установок, так и в ценностные ориентации самого человека. Во всех культурах во все исторические времена формируются пять звеньев, пять ценностных позиций человека к себе в мире. Это: 1 – имя как социальный знак и как кристалл телесной и психической сущности человека; 2 – притязания на признание: ожидание со стороны общества и со стороны самого человека; 3 – половая идентификация в соответствии с социальными ожиданиями и внутренним отношением к половой идентичности самого человека; 4 – психологическое время личности в контексте всей истории человечества и в контексте своей индивидуальной истории; 5 – психологическое пространство личности в контексте социально-нормативного пространства великого поля общественного сознания.

Названные звенья структуры самосознания воплощаются в ценностных ориентациях человека. Социальная установка на исключительную

¹ Мухина В.С., Хвостов К.А. Психологическая помощь в экстремальных ситуациях // II Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». М., 2006. С. 87–89.

значимость для общества и для отдельного человека перечисленных ценностных ориентиров в качестве предписательно-оценочной стороны общественного сознания определяет самосознание отдельного человека как его феноменологическую сущность. Ценностные ориентации на феноменологические ценности, формирующие структуру самосознания личности, проявляют себя на уровне обыденного сознания человека, в повседневных практических отношениях человека в своем традиционном окружении и в чрезвычайных ситуациях.

Чрезвычайная ситуация – выходящая за пределы обыденной жизни экстремальная ситуация. Работа по оказанию психологической помощи жертвам (детям, молодежи, взрослым и пожилым) экстремальных и постэкстремальных обстоятельств требует не только знания и понимания типологии протекания психических состояний в этих ситуациях, не только умений диагностики психических состояний жертв и умений оказания психологической помощи пострадавшим, но также включенности психолога в целостное концептуальное видение особенностей развития и бытия человека как личности. Профессиональное видение состояний и поведения человека должно учитывать условия его бытия: обыденные, присущие его текущей жизни, и экстремальные, выходящие за пределы привычных для него условий.

Практикующий психолог должен: **знать** основные закономерности развития психики в целом и личности на разных этапах онтогенеза и типологию отклонений в экстремальных ситуациях; **иметь** представление о закономерностях развития человека как социальной единицы и как уникальной личности и на этом основании уметь быть готовым к работе с жертвой в экстремальных ситуациях, влияющих на психическое состояние и поведение пострадавшего; **иметь** навыки работы с жертвами экстремальных ситуаций (установление контакта, психологическая поддержка) на основе опоры на феномены структурных звеньев самосознания (работа с именем, с потребностью в признании, с половой идентификацией, с индивидуальным прошлым, настоящим и будущим, с ценностными ориентациями на права и обязанности); **понимать** значение механизмов идентификации-обособления для установления контакта, эффективного взаимодействия и выведения клиента из состояния стрессовых последствий; **иметь** навык профессионального включения в работу с жертвами экстремальных ситуаций; **знать** классификации экстремальных ситуаций; **уметь** диагностировать различные психические состояния в экстремальных

и постэкстремальных обстоятельствах; **владеть** методами управления поведением людей – жертв экстремальных и постэкстремальных обстоятельств – для оказания психологической поддержки и реабилитации; **владеть** способами оказания экспресс-помощи и долговременной психологической помощи жертвам экстремальных условий; **уметь** организовать условия для обучения пострадавших навыкам самоконтроля и самокоррекции.

Надо знать, что человек в нормальных и экстремальных ситуациях может вести себя по-разному. К ситуациям обыденной жизни человек обычно достаточно адаптирован. Экстремальные ситуации вызывают стресс, который выливается в разнообразные психические состояния.

Психолог должен знать особенности возможных физических и психологических последствий, связанных с типологией чрезвычайных ситуаций, должен знать типы изменения состояния сознания, провоцируемые экстремальными ситуациями. Психолог должен уметь различить психические реакции на экстремальные ситуации и профессионально приступить к осуществлению экспресс-помощи.

Помимо подготовки группы специалистов и добровольцев, следует специально наращивать теоретический и практический опыт построения *концепции необходимого инструментария* для оказания экспресс-помощи жертвам чрезвычайных ситуаций и помнить основные принципы и методы психологической экспресс-помощи.

II. Стимульный материал для работы с жертвами чрезвычайных ситуаций

В арсенале сформированной группы психологической экспресс-помощи должен быть *стимульный материал* для работы с жертвами чрезвычайных ситуаций.

Стимульный материал представляет собой набор предметов, несущих в себе побуждения к определенным культурно-исторически заданным в них действиям. Предметы как бы сами побуждают своим присутствием к тому, чтобы ребенок и взрослый начали действовать с ними по их функциональному назначению, – это игрушки, простые орудия (иголки, ножницы, ножи) и обыденные предметы быта (чашка, блюдце, ложечка и т.п.).

В арсенале каждой группы психологов, готовой к работе по оказанию экспресс-помощи, должны храниться наборы предметов,

которые могут быть использованы в случае экстренной эвакуации в места чрезвычайных масштабных катастроф.

За годы работы в ситуациях масштабных катастроф мною была разработана концепция кейсов ПЭПО (психологической экспресс-помощи). Кейсы использовались в Армении (Спитакское землетрясение 1988 г.), а также в г. Петропавловске-Камчатском в 1989 г., когда группа психологов была приглашена с целью подготовки практических психологов для оказания помощи в случае прогнозируемого тогда землетрясения.

Помимо кейсов ПЭПО, группа постоянно формирует рабочую комплектацию стимульного материала, который должен соответствовать концепции психологической экспресс-помощи.

Стимульный материал должен быть ориентирован на все возрастные категории, на гендерные особенности жертв, на их этнические ценностные ориентации.

Психолог должен быть вооружен средствами, содействующими установлению отношений и взаимопониманию с пострадавшими от чрезвычайных обстоятельств, — это *игрушки, материалы для включения в орудийную деятельность, в так называемые продуктивные виды деятельности, в разного рода арттерапии* и др. Желательно, чтобы комплекты стимульных материалов были ориентированы на разные возрасты, на гендерные особенности жертвы, а также на особенности менталитета той этнической группы, на территории которой осуществляется психологическая экспресс-помощь.

Стимульный материал формируется:

- в стабильно хранящуюся универсальную коллекцию, содействующую психологической экспресс-помощи, в которой каждый предмет имеет специально отработанное назначение;
- вслед за возникшими особенностями конкретной чрезвычайной ситуации, благодаря пониманию сущности и особенностям произошедшей катастрофы и чрезвычайных условий, в которых оказываются жертвы.

*Профессиональный психолог не может не использовать стимульный материал как одно из эффективных средств своей деятельности в чрезвычайных ситуациях*¹. Среди стимульного материала особое место

¹ Мухина В.С. Специализированному кабинету детского психолога — 10 лет // Развитие личности. 1998. № 3—4. С. 4—15.

занимает игрушка как одно из эффективных средств психологической помощи. Игрушка может быть:

- средством, способствующим установлению позитивных отношений и общению;
- средством диагностики физических, психических и личностных особенностей, средством установления особенностей регрессии;
- средством психологического сопровождения и коррекции¹.

Игрушка входит органическим компонентом в образ жизни современного человека: в его детстве, отрочестве, взрослости игрушка врастает в условия жизни, в общение, становясь средством и символом значимых отношений.

Так как игрушка вращена в образ жизни современного ребенка, в разные виды его деятельности в мировых культурах (традиционных европейских, африканских, азиатских, латиноамериканских, а также конфессиональных: христианских, буддийских, исламских и др.), психолог может ожидать успеха в общении с ребенком через посредство игрушки и других стимульных материалов.

В качестве стимульного материала игрушки занимают особое место, а среди игрушек особо значимы куклы и животные.

Кукла — иконический образ человека, который вошел в бытовую культуру взрослых и детей, являясь предметом непосредственных этнологических реакций, эстетических эмоций и сложно обусловленных привязанностей. Даже ислам, накладывающий прежде строгий запрет на иконические изображения человека, сегодня выпускает в качестве детских игрушек кукол и так называемые мягкие игрушки, изображающие животных.

Психолог через посредство куклы или зверюшки не только устанавливает с ребенком отношения сотрудничества и доверия, но и сопровождает ребенка в процессе работы с его регрессиями, возникшими в результате чрезвычайной ситуации.

Многую были разработаны и запатентованы комплекты игрушек, с помощью которых мы диагностировали эмоциональную сензитивность особенности этнической (расовой) идентичности, особенности половой идентификации и др.

¹ Мухина В.С. Выставка «Кабинет детского психолога — игротерапия в экстремальной и повседневной практике» в Художественно-педагогическом музее игрушки РАО, Сергиев Посад // Развитие личности, 2005. № 1. С. 15–26.

В коллекцию игрушек включены специально разработанные тематические куклы (бибабо, пальчиковые куклы, куклы баффиты), которые содействуют диагностике психических и личностных особенностей ребенка, подростка, взрослого.

В профессиональной деятельности психолога, работающего в экстремальной ситуации оказания помощи жертвам катастроф, работу посредством игрушки я разделяю на два направления:

- работа с телом;
- работа с психическими состояниями и самосознанием.

Работа с телом в ситуации депривации требует особых профессиональных знаний и навыков. Под влиянием чрезвычайных обстоятельств все жертвы реагируют телесными регрессиями — тело начинает нести в себе признаки астении и возрождает хронические болезни. Восстановлению физической формы, помимо специальных телесных упражнений и релаксации, могут содействовать хорошо подобранные куклы, выражающие собой разные физические состояния. Куклы баффиты вообще могут быть идеальной моделью для демонстрации многих телесных состояний и упражнений, если психолог владеет профессиональными действиями кукольника.

Работа с проблемными психическими состояниями и личностными особенностями жертв чрезвычайных ситуаций также требует особых профессиональных навыков.

В экстремальных ситуациях природных, техногенных и социальных катастроф многие дети, подростки, взрослые, пережившие стресс, входят в *ступор* или впадают в *напряженно-двигательно-расторможенные состояния*. В процессе психологической работы с жертвами чрезвычайных ситуаций в рамках релаксационных тренингов эффективно использовались мягкие игрушки. Это было подтверждено посредством опыта работы с жертвами, пострадавшими от спитакского землетрясения (1988 г. — Армения, 1989 г. — Москва и подмосковные санатории); от терактов в Спитаке (сентябрь 2004 г.), др. В этом случае использовались игрушки, которые содействуют выходу из ступорозных или двигательного-расторможенных состояний.

Оказание помощи с проблемами самосознания, возникающими в результате воздействия условий чрезвычайных ситуаций масштабных катастроф, может осуществляться через использование кукол и мягких игрушек для работы со всеми звеньями структуры самосознания. Помимо оказания помощи с депривацией имени собственного жертвы

любого возраста, в работе с самосознанием личности апробировано множество разнообразных методов, в том числе и методы, связанные с посредством кукол и других стимульных материалов (куклы-дублеры; куклы половой идентификации; куклы, презентующие возрасты человека, и др.).

Часть моих стимульных материалов, приемов и способов работы относится к *ноу-хау*. Профессиональный психолог может превратить стимульный материал в уникальное средство практической и исследовательской деятельности. В работе необходимо ориентироваться на возраст, пол, этническую, конфессиональную принадлежность жертвы.

Сегодня можно достаточно легко подобрать игрушки с особым назначением – эмпатийные. Это игрушки, обеспечивающие приятные чувства при их зрительном, слуховом, осязательном восприятии. Это игрушки, вызывающие покровительственное поведение, заботу и желание идентифицироваться с ними. Эти игрушки несут в себе особые этологические признаки, которые представлены пропорциями лица куклы, мордочки зверюшки, частей тела, а также тем особенным впечатлением, которое появляется от осязания особых материалов (природных и соответствующих искусственных). Сегодня пользуются спросом для работы с маленькими детьми игрушки, лапки и попки которых набиты бисером, рисом и другими аналогичными материалами. Эти части тела игрушки малыши находят самостоятельно и, теребя их, успокаиваются: ритмичные движения пальчиков, перебирающих «нечто» под покровом меха зверюшки, сами собой успокаивают маленьких клиентов.

Сегодня можно достаточно легко подобрать коллекцию стимульных игрушек, которые будут помогать психологу не только в ситуации долговременной работы, но и в ситуации психологической экспресс-помощи. Это не только эмпатийные игрушки, но и игрушки, которые содействуют отреагированию агрессии.

В ситуации работы с детьми в контексте трагедии чрезвычайных обстоятельств устрашающей, террористической акции против детей Беслана использовались специальные куклы, которые могли пить и мочиться («писать»). Всеми миру известно, что террористы в Беслане не давали детям воды и не пускали их в туалет. Видя ситуацию, до предела актуализирующую проблему, связанную с этим обстоятельством, я специально собрала из уже функционирующей коллекции кукол

те, которые были приспособлены к тому, чтобы пить и садиться на горшок. Эти куклы пользовались особым спросом — отреагированием пережитых страданий посредством игры с этими куклами были заняты не только малыши, дети постарше, но подростки и взрослые.

В коллекцию стимульных материалов входят также игрушки, которые содействуют проработке детско-родительских взаимосвязей (куклы, представляющие семью: мама, папа, дети, бабушка, бабушка; различные эмпатийно выглядящие звери со своими детенышами).

Кроме кукол и зверья, в состав стимульных материалов обязательно входят подвижные предметы, которые провоцируют собой реакцию схватывания (это разных размеров мячи, машины и другие игрушки, общей особенностью которых является движение).

Особое значение имеют материалы для так называемой продуктивной деятельности:

- для рисования — фломастеры, цветные мелки, цветные карандаши, краски, кисточки, а также плотная ватманская бумага и специальные доски для рисования всего того, что эмоционально значимо в данный момент;

- для лепки — пластилин, специальная глина и другие пластические материалы для изображения людей и значимых для них животных и предметов из прежней счастливой обыденной жизни.

Рисование и лепка — особая деятельность, значимая для детей и взрослых, в которой условными обозначениями или достаточно узнаваемыми иконическими образами как дети, так и взрослые способны отреагировать свои переживания, связанные с необычайными ситуациями.

Создание продуктов деятельности — рисунков и маленьких лепных изображений — есть не только акт спасительного *отреагирования* и отчуждения от пережитого, но и создание творческого продукта (знакового или иконического). Этот результат деятельности способен быть отчуждаем самим исполнителем от мотива и процесса его создания. Созданный продукт начинает осознаваться как результат своей деятельности, как самостоятельное авторское творение, с которым клиент уже идентифицирует себя. Процесс рисования и лепки оказывает таким образом позитивное воздействие на психику жертвы чрезвычайной ситуации.

Особое значение для работы с тяжелыми психическими состояниями и личностными трудностями (например, постстрессовый аутизм)

имеет работа посредством обычного зеркала или разработанного мною «зеркала рефлексии» (устройство на жидких кристаллах, которое обладает двумя свойствами: может быть зеркальной поверхностью и подернутой молочным попом, не отражающей поверхностью).

Помимо сложных приборов, психолог, оказывающий экспресс-помощь, должен иметь релаксирующего содержания детские и взрослые книги. Это прежде всего сказки для детей и эскаполитература для подростков и взрослых¹. Использование подобной литературы возможно лишь в случае готовности клиента погрузиться в ее сюжеты и ускользнуть на время от тяжелой непереносимой реальности.

Среди стимульных материалов, обеспечивающих индивидуальную работу с клиентом, следует использовать и материалы для совместной работы. Помимо уже перечисленных материалов, сюда следует включить настольные игры, мозаику, конструкторы и многое другое.

Резюмируя краткий обзор инструментария для оказания экспресс-помощи жертвам чрезвычайных ситуаций, следует еще раз обратить внимание на тот факт, что стимульный материал является эффективным средством оказания помощи жертвам чрезвычайных ситуаций.

Работа психолога в ситуации экспресс-помощи заключается не только в умении установить доверительные отношения с жертвой любого возраста, но и в грамотном, уместном подборе стабильного стимульного материала, который будет безоговорочно и с охотой принят клиентом и может оказать должное воздействие.

Каждая новая чрезвычайная ситуация имеет свои особенности и, следовательно, требует их учета. При подборе соответствующего ситуации стимульного материала должен учитываться контекст самой трагедии. Проникновение в суть источников фрустрации и сопутствующих ей компонентов дает возможность выделить те фиксированные проблемы, которые позволят оперативно приобрести обязательный для этой чрезвычайной ситуации конкретный стимульный материал.

¹ Мухина В.С. Групповой эскапизм и индивидуальный аутизм – компоненты социального и личностного развития на этапах отрочества и юности // Развитие личности. 2004. № 1. С. 156–175.

III. Принципы и методы психологической экспресс-помощи

Работа с людьми, пережившими тяжелые, травмирующие ситуации, строится на знании и уповании на то, что *психика обладает уникальным потенциалом к развитию и восстановлению после стрессов*. При этом чем моложе жертва, тем быстрее и эффективнее восстановление ее психики.

Методы работы могут быть весьма разнообразными. Остановимся на основных принципах, согласно которым выстраивается конкретная работа. Следует выделить ключевые вопросы, значимые для понимания экспресс-помощи.

Начало работы всегда заключается в знакомстве, в установлении с ребенком, подростком, взрослым контакта, необходимого для продуктивного сотрудничества с целью диагностического обследования и психического восстановления. Основная позиция — ненасилие при оказании помощи. В момент знакомства и предложения психологической помощи *следует всячески подтверждать чувство личности* у пациента: «Здравствуй(те), я психолог из Москвы, меня зовут... А как тебя (Вас) зовут? ... Я могу тебе (Вам) помочь, если *ты (Вы)* этого *захочешь (захотите)*, если *ты (Вы)* *готов(ы)* со мной общаться...». *Даже у самых маленьких следует спрашивать согласия работать с ними*. Вопросы и договоренности со стороны психолога направлены на то, чтобы *повысить чувство личности* у клиентов (маленьких и взрослых), создать взаимоуважительные отношения. При первой встрече всегда важно сформировать у ребенка, подростка, взрослого готовность к продуктивному сотрудничеству с психологом, создать положительные ожидания от всех предстоящих встреч.

Особое значение приобретает *имя*. Важно сразу узнать имя и использовать его в общении как можно чаще. Имя — это кристалл личности. С помощью частого употребления имени в положительных контекстах общения личность жертвы начинает собираться из расколотого, разорванного состояния. Налаживанию взаимодействия содействует стимульный материал. В тех случаях, когда дети и подростки сразу не идут на контакт и демонстрируют отчуждение, не следует упорствовать. Показывая уважение к их личному пространству и их решению, следует начинать работать с другим клиентом, однако постоянно давая отчужденному возможность почувствовать, что в любой момент психолог открыт ему для общения. Косвенное воздействие

зачастую оказывает не меньший психотерапевтический эффект. В результате дети и подростки становятся не только нашими пациентами, но и нашими помощниками.

Первая встреча посредством диагностической беседы и путем наблюдения за проявлениями пациентов позволяет уточнить их психическое состояние. Близкие родственники в случае продуктивного общения могут содействовать в понимании всей ситуации жертвы.

На основе результатов диагностического обследования следует продумать общую стратегию коррекционной работы.

Работа по оказанию психологической экспресс-помощи должна базироваться на следующих принципах.

Первый принцип. В работе психолога в ситуации экспресс-помощи пострадавшему (ребенку, подростку, взрослому) *следует осуществлять индивидуальный подход*. Работа изначально должна вестись исключительно тет-а-тет, при этом у клиента следует постоянно поддерживать чувство личности.

Выражение доброжелательной пристрастности, толерантности и ненасилия содействует установлению контакта, развитию позитивных отношений и готовности принимать предложения психолога.

Психолог проявляет *готовность к идентификации* с клиентом как с жертвой экстремальной ситуации: выслушивает, выражает сочувствие и понимание проблем, поддерживает в эмоциональном отношении.

Второй принцип. Общение психолога с клиентом при общей доброжелательности и толерантности должно осуществляться с позиции задач работы специалиста, который *твердо знает*, что в данный момент наиболее важно для клиента, какую помощь он должен оказывать именно теперь.

Третий принцип. Осуществлению индивидуального подхода содействует *индивидуальный подбор стимульного материала*, который осуществляется благодаря сотрудничеству психолога с клиентом и обсуждению с ним тех занятий, которые ему наиболее приятны и которые ему наиболее полезны в данный момент с точки зрения профессионального психолога.

Четвертый принцип. Использование значений и смыслов слов в контексте общей позиции рациональной терапии. Главный способ оказания экспресс-помощи — лечение общением посредством акцента на значимые слова, утверждающие чувство личности клиента, дающие ему надежду и уверенность на физическое и психическое выздоровление,

на то, что жизнь будет продолжаться. Психолог выстраивает позитивные перспективы ребенку, подростку, взрослому: он должен от суженного времени точечного восприятия жертвой своей жизни в условиях заданного сжатого пространства переключить клиента на позитивную перспективу расширенного времени и бесконечного пространства возможностей. *Расширение психологического времени в перспективе предстоящей жизни* – основная цель работы психолога, оказывающего помощь пострадавшим от чрезвычайных ситуаций.

Пятый принцип. От индивидуального подхода к жертве чрезвычайных ситуаций непременно следует обращаться к работе в контексте семейной сплоченности, а также в контексте общеродовой близости пострадавших – их этнической ментальности и идентичности. Психолог поддерживает образы позитивной идентичности и изначальную ценность знакового этнического «Мы». При этом психолог должен стремиться снять напряжение, связанное с исторически сложившимся образом «врага» – представителей иной нации, проживающих на сопряженной территории и обозначаемых знаковым «Они».

Шестой принцип. Каждый психолог должен опираться на те методы работы с жертвой чрезвычайной ситуации, которые органичны ему как самостоятельному, отличному от других, профессионалу. Только такой принцип отработки подбора методов содействует наибольшей эффективности конечного результата.

Седьмой принцип. Работа с жертвой чрезвычайных ситуаций должна осуществляться:

- 1) по поводу наличного психического состояния;
- 2) по поводу глущей ненависти к проектируемому виновнику тяжелых переживаний (будь то мифические враги, исторические «враги» – соседи по сопряженной территории, реальные бандиты и террористы) и навязчивого желания мести¹;
- 3) по поводу развивающегося комплекса жертвы, многократно описанного мной в связи с переживанием чрезвычайных ситуаций масштабных катастроф².

¹ Мухина В.С. Психологическая помощь пострадавшим от землетрясения в Армянской ССР // Психологический журнал. Том 10. 1989. № 5. С. 44–54.

² Мухина В.С. Возможности возникновения комплекса «жертвы» у пострадавших от аварии на ЧАЭС // Чернобыльская реабилитация пострадавших. Сб. материалов конференции. Минск, 1993. С. 34–38.

Что касается самих методов работы с жертвами чрезвычайных ситуаций, то их может быть бесконечное множество. Но дело не в количестве методов. Главное, что требуется в этом случае, – выделить работу с телом и работу с психическими состояниями и личностью жертвы.

В работе с телом нельзя забывать об амбивалентном свойстве прикосновения и о благотворности профессионального терапевтического прикосновения.

Следует различать психологические реакции на экстремальные ситуации в качестве адаптивных, дезадаптивных и острых аффектов.

В экстремальных ситуациях провоцируются астенические состояния, которые выражаются быстрой утомляемостью, пониженной продуктивностью, головной болью, головокружениями, обмороками, нарушением сна, повышенной возбудимостью, нарушением концентрации внимания, снижением аппетита и др.

В экстремальных ситуациях могут развиваться неврозы – заболевания обычно с не резко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются по большей мере психогенными факторами. Болезненные нарушения, возникшие в экстремальных условиях, обычно являются обратимыми. Психологическая помощь содействует снятию выраженных проявлений эмоциональных и соматовегетативных расстройств, а также истощаемости, раздражительности, слабости, утомляемости и др.

Особая проблема – страхи перед повторением экстремальной ситуации (землетрясение, теракт и др.). Страхи имеют свою специфику в дневное и ночное время суток, в зависимости от возраста, пола и других характеристик жертвы. Экстремальные ситуации выступают как условия развития особых психических состояний: гипервозбуждения, ступора, аутизма. При этом мы отмечаем эскапистские тенденции в поведении жертвы.

Экстремальные ситуации провоцируют регресс личности, в том числе регресс в контексте каждого из пяти звеньев структуры самосознания. Психолог может диагностировать основные симптомы постстрессовых реакций и основные симптомы нарушений структурных звеньев самосознания. Особые проблемы человека, пострадавшего в условиях экстремальной ситуации, – *психологическое капсулирование* на обстоятельствах экстремальной ситуации, *потеря обратимости психических*

*состояний, комплекс жертвы*¹. Каждая категория пострадавших нуждается в индивидуальном подходе и в индивидуальном сопровождении.

Особое значение имеет умение управлять поведением и деятельностью людей – жертв экстремальных обстоятельств. Мы пользуемся как средством воздействия на пострадавших *методами идентификации-обособления*. По существу, мной отработана технология поддержания, сопровождения, управления деятельностью людей в экстремальных ситуациях через технику идентификации-обособления. Идентификация-обособление как метод взаимодействия психолога с жертвами экстремальных ситуаций содействует перестройке сознания жертвы до уровня сознания обыденного человека.

Идентификации-обособления могут быть включены в рациональную терапию как метод выведения жертвы из постстрессовых состояний в условиях обыденной жизни. Идентификация-обособление обеспечивает позитивные морально-психологические состояния у людей, переживших экстремальные обстоятельства, а также закрепляет опыт пережитого как позитивный опыт жизни. *Реабилитационное значение имеет включение пострадавших от чрезвычайных ситуаций в деятельность по оказанию помощи ближним*. При этом происходит эффективная реабилитация пострадавших: оказывая поддержку и помощь ближним, сами пострадавшие быстрее выходят из состояния капсулирования на переживаниях собственного стресса, когда переключают внимание и заботу на других жертв экстремальных ситуаций.

Отдельно были разработаны и апробированы специальные методы оказания психологической помощи пострадавшим от экстремальных ситуаций, разработанные на основе общего теоретического понимания феноменологии развития и бытия личности. К числу таких методов относятся:

- *телесно-ориентированная помощь* лицам, пережившим экстремальные ситуации;
- *проективные методы символических замещений*;
- *эскапотерапия* и другие специально разработанные методы по оказанию психологической помощи жертвам экстремальных ситуаций.

К телесно-ориентированной помощи относится психомассаж. Контактная суггестивная релаксация – эффективный метод выведения

¹ Все названные понятия в урочное время были введены автором.

клиента из тяжелых соматических и психологических состояний, вербальный контакт по поводу телесных ощущений во время психомассажа обеспечивает отношения доверия. При этом для комфортного самочувствия клиента необходима гарантия защиты личности клиента, что обеспечивается бережным отношением и доверительной идентификацией. В конце процедуры осуществляется рефлексия на ощущения во время психомассажа, дается установка на позитивный выход из негативных состояний тела и психики.

Психомассаж — необходимый метод работы с жертвами, пережившими экстремальные ситуации, т.к. эти ситуации провоцируют *телесные и психологические зажимы*. Психомассаж имеет ряд вариантов мышечного тестирования, мануального обследования и вербального диагностирования соматических и психических состояний жертвы.

Эффективны *аутогенные тренировки*, которые содействуют пассивной и активной мышечной релаксации и психической саморегуляции, а также проективные методы символических замещений: психодрама, куклотерапия, игротерапия, зоотерапия, продуктивные виды деятельности.

Проективные методы символических замещений строятся на основе знаковой функции человеческого сознания в ее мифологическом аспекте. Здесь заложена тенденция депривированной психики к *эскапизму и аутизму*, нередко возникающим в экстремальных ситуациях. Психолог выявляет специфику автономных образов жертвы экстремальной ситуации и работает с клиентом через посредство его автономных образов¹.

Помимо автономных образов, психолог опирается на отобранные эмпирическим опытом иконические знаки и графические образы, которые обильно представлены в современной культуре.

К числу иконических знаков могут быть отнесены специально подобранные игрушки для целевой работы психолога. Мною были разработаны, апробированы и запатентованы куклы эмоциональной рефлексии, этнографические куклы. Кроме того, подобраны комплекты кукол для диагностики и коррекции половой идентификации, куклы с имитацией витальных функций и др.

¹ Мухина В.С. Групповой эскапизм и индивидуальный аутизм — компоненты социального и личностного развития на этапах отрочества и юности // Развитие личности. 2004. № 1. С. 156—175.

Отдельно был разработан и апробирован метод *эскапотерапии* – проективный метод символических замещений. Работа с клиентом строится в зависимости от содержания образов переживаний, возникших от последствий экстремальных обстоятельств, гендерных, возрастных и других личностных особенностей жертвы. Каждая отдельная экстремальная ситуация требует специфики организации методов изживания визуальных, слуховых, обонятельных тяжелых (травмирующих) образов, сопутствующих чрезвычайным ситуациям массовой гибели населения или чрезвычайному происшествию, случившемуся с отдельной жертвой.

В работе с психическими состояниями и личностью жертвы большой популярностью у детей и подростков пользуется *эскапотерапия*.

Для малых детей это прежде всего сказкотерапия, моделирующая борьбу «плохого» с «хорошим». В работе с детьми опираемся на положительные образы и выводим сюжет на «Happy end».

Для подростков – книготерапия, преимущественно эскапистская литература с последующим анализом возможных ситуаций, позволяющих разрешить возникшие в чрезвычайных ситуациях проблемы. Здесь могут быть уместны модификации так называемой многоярусной терапии Дж. Джаннини, моделирующей ситуации, в которых герой борется за сохранение (или за воссоздание) своей личности, претерпевающей стрессы и агрессивное доминирование негативных персонажей. При этом в завершение эскапотерапии в работе с подростками опираемся на обыденные реалистические суждения («В жизни достаточно много светлого и хорошего, а не только тяжелого». «Сама по себе жизнь несет много проблем, трудностей и катаклизмов. Но жизнь прекрасна многими иными своими проявлениями...». «Следует учиться жить в заданных условиях. В этом свобода и счастье жизни»).

Для коррекции личностной идентичности используются маски различных эмоциональных состояний, а также маски отчуждения визуального образа лица человека.

Для релаксации используются *игрушки для любования и созерцания*, а также модификации популярных традиционных тренингов.

Для работы со страхами используются устрашающие маски мифологической нечисти и маски агрессивных животных. В то же время мы работаем с эмпатийными масками и игрушками.

Для выхода из аутических состояний ведется работа с рефлексией на образ, отраженный в зеркале (стандартном, в кривом, в уменьшающем

и увеличивающем зеркалах). Эффективна описанная выше работа с зеркалом рефлексии.

Для снятия ступорозного и гипертонического напряжения у детей, подростков и взрослых используются «агрессивные» и эмпатийные игрушки.

В отдельных случаях для диагностики состояния меры психической активности используется описанный и запатентованный «А»-тест «ВИЗИЭС»¹.

За многие десятилетия, посвященные оказанию психологической помощи в экстремальных ситуациях, мною были апробированы принципы подбора методов работы с жертвами чрезвычайных ситуаций. Обязательным условием организации принципов подбора методов работы с жертвами является *символическая проекция пережитой ситуации*, в рамках которой осуществляется первый этап психологической помощи (землетрясение, захват заложников, лишение витальных потребностей и др.). Символическая проекция психотравмирующих условий в ситуацию образной сферы внутреннего мира жертвы, осуществляемая под руководством психолога, позволяет специалисту эффективно содействовать выходу клиента-жертвы из состояния психической травмы.

Отдельно мною была построена концепция работы практического психолога с жертвами чрезвычайных ситуаций через средства массовой информации, когда психолог обращается к населению через каналы телевидения, радио, Интернета. *При этом непременно учитываются возможные массовидные реакции и специфика доминирующего этнического менталитета населения, на территории которого произошло чрезвычайное происшествие.*

¹ Мухина В.С. «А»-тест «ВИЗИЭС» // Развитие личности. 1999. № 1. С. 4–19; Мухина В.С., Волосников А.В. Психологическое сопровождение спецподразделений ФСБ // Развитие личности. 1999. № 1. С. 31–45.

Личностный адаптационный синдром: структура и содержание

Развитие теории адаптации личности во многом зависит от точности и глубины изучения адаптационных феноменов, раскрытия их структуры, выявления детерминант их возникновения и динамики. Ключом к решению этой сложной проблемы могут стать поиски интегральных моделей описания процесса и результатов адаптации. Исследования последних лет охватывают широкий круг проблем психологии адаптирующейся личности, связанный с интеграцией поведенческих, психических и психофизиологических проявлений в сложные, но слабо дифференцированные образования. Нередко такие интегральные образования называют синдромами. Можно считать, что к синдромальному подходу подталкивает сама жизнь. Современной реальностью были созданы «синдром Чернобыля», «афганский синдром», «посттравматический синдром». Наряду с этим, получили широкое распространение «синдром обученной беспомощности», «психологический синдром беременности», «синдром отличника», «студенческий адаптационный синдром», «синдром профессионального выгорания», «девиантный синдром адаптации» и т.п. [6].

Идея рассмотрения адаптационного эффекта как синдрома далеко не нова. Истоки теоретического и экспериментального ее обоснования лежат в работах Г. Селье. В 1936 г. он описал совокупность общих реакций организма на ряд стимулов, которые имеют тенденцию нарушать гомеостазис физиологических и биохимических процессов. В научном мире выявленные реакции известны как общий адаптационный синдром, или синдром биологического стресса. Первичными биологическими системами, участвовавшими в стереотипных реакциях организма, Г. Селье считал симпатoadреномедулярную и гипофизарно-адренокортикальную. К стрессу относилось только такое состояние, которое сопровождалось выраженным повышением гормональной активности системы гипофиз — кора надпочечников, а также временными морфологическими изменениями: увеличением коркового слоя надпочечников, уменьшением размеров печени, селезенки, резким уменьшением количества жировой ткани, временным нарушением белкового

обмена и т.п. Обнаруженный синдром формировался в ходе развития фазы шока или тревоги, фазы резистентности и фазы истощения. Для первой фазы было характерно снижение сопротивления организма с постепенным включением защитных механизмов. Фаза резистентности, или сопротивления, отличалась напряжением систем организма, которое обеспечивало приспособление к новым условиям. Фаза истощения демонстрировала несостоятельность защитных механизмов и нарастающее несогласованности жизненно важных функций [8].

Концепция Г. Селье получила широкий научно-экспериментальный резонанс. Дальнейшее изучение адаптационного синдрома было связано с доказательством его фазности, с углублением содержания и с определением внутренней организации. Трехфазная структура оказалась удачной моделью для описания многих жизненных процессов. Ее аналоги были обнаружены при кратковременных и длительных, однократных и повторяющихся воздействиях самых различных средовых факторов и условий деятельности. Об этом свидетельствовали исследования В.Л. Маришука, Л.А. Китаева-Смыка, С.И. Сороко, Ф.Б. Березина, Е.В. Виттенберг. В работах Р. Лазаруса, М. Франкенхойзер, Т. Кокса появились экспериментальные подтверждения сложности и неоднородности фаз стресса.

Так, в работе Л.А. Китаева-Смыка [4] можно найти четыре последовательно раскрывающихся субсиндрома стресса в предельно переносимых условиях. Первым обнаруживается эмоционально-поведенческий субсиндром, демонстрирующий перестройку эмоциональных реакций, а также готовность к взаимодействию с экстремальными факторами. Его сменяет вегетативный субсиндром, отражающий многообразную «обслуживающую», регулирующую и превентивно-защитную вегетативную активность. По мере угасания двух первых субсиндромов заявляет о себе когнитивный субсиндром, предполагающий изменение отражения сознанием объективных закономерностей окружающего мира в форме как гиперактивизации, активизации мышления, так и отказа от решения проблем. Социально-психологический субсиндром отражает изменение структуры и интенсивности общения при стрессе. Ф.Б. Березин [1] выделяет три периода адаптационного процесса, аналогичные стадиям стресса Г. Селье: первичный, непосредственно связанный с изменениями условий и зависящий от мобилизации психофизиологических ресурсов организма; стабильная адаптация и адаптационное утомление.

В результате многочисленных исследований открылась возможность объяснения целостных феноменов жизнедеятельности человека через проявления неспецифической адаптационной активности. Это способствовало проникновению концепции стресса во многие научные сферы, особенно в медицину и психологию, что заметно обогатило содержание адаптационного синдрома психическими и поведенческими компонентами и одновременно существенно расширило смысловое содержание стресса.

В настоящее время в контексте синдромального подхода анализируются в частности психофизиологические состояния, сопровождающие адаптацию к профессиональной деятельности экстремальным факторам среды, а также состояния, регулируемые с помощью психофармакологических средств. В таком случае структуру синдрома образуют результаты и мотивы профессиональной деятельности, личностные свойства, эмоциональные переживания, интеллектуальные и мнемические функции, сенсомоторные, физиологические и биохимические реакции.

Определенная эволюция идеи использования синдромального подхода при решении проблем адаптации прослеживается в исследовании С.В. Васильевой [2]. Пытаясь определить особенности адаптации студентов в вузе, автор приходит к выводу о существовании студенческого адаптационного синдрома. Синдром представляется как интегральное психическое образование. Его структура объединяет имеющийся адаптационный потенциал, личностные свойства, мотивационные установки, карьерные ориентации. Нетипично для изучения адаптации включение в адаптационный синдром элементов сознания личности. С.В. Васильева делает акцент на личностном смысле вуза для студентов, на осознании изменений собственного Я и доказывает их участие в адаптационных процессах. Это в определенной мере восполняет существующий пробел в содержании адаптационного синдрома и открывает новую плоскость его изучения. Несомненно, важен вывод о том, что структурные признаки адаптационного синдрома способны отражать многоаспектность процесса адаптации молодых людей в новой для них образовательной среде. Как оказалось, структура синдрома обладает достаточно высокой пластичностью по отношению к длительности и форме обучения. Остается только сожалеть, что автором не продемонстрирована специфика студенческого адаптационного синдрома, по сравнению с адаптацией в других жизненно важных

для молодежи условиях, что лишило его признаков как обобщенности, так и специфичности.

Надо признать, что в связи с адаптацией личности понятие «адаптационный синдром» употребляется эпизодически. Поэтому остается открытым вопрос не только о конкретном его содержании, динамике и структуре, но и о реальности существования. Описанные в литературе синдромы – «афганский», «обученной беспомощности», «посттравматический» и т.п. – скорее интегрируют разрозненные поведенческие, психические и психофизиологические проявления, чем отражают общие и специфические признаки реагирования на различные изменения окружающей реальности. Разнообразие методологических подходов и методических приемов значительно затрудняет их сопоставление и определение устойчивых и вариативных характеристик.

Поиски психических и поведенческих проявлений личности, относительно независимых от специфики воздействующих факторов, конечно, в определенной мере аналогичны тем, которые проводились Г. Селье в контексте общего адаптационного синдрома. В отличие от автора теории стресса, мы искали общие адаптационные проявления на уровне психической организации личности, ее регуляторных возможностей в трансформации адаптационного потенциала. Правомерность таких поисков отчасти объясняется тем, что неспецифические проявления характерны для некоторых видов психической деятельности человека, в частности для ее отклонений. Хотя патогенность воздействия и форма психического расстройства зависят от многих индивидуальных особенностей человека, в частности преморбидных свойств личности, известна близость механизмов возникновения различных патологий. При неврозах, возрастных кризисах, некоторых соматогенных расстройствах, а также дебюте шизофрении исследователи сталкиваются со сходными явлениями, например, повышением хрупкости и ранимости психики по отношению к вредным внешним воздействиям и конфликтным жизненным ситуациям.

Правомерно предположить, что личностная адаптация в различных условиях существования включает в себя как общие, так и специфические проявления. Е.В. Виттенберг [3] удалось обнаружить неспецифический для развития социальной и культурной адаптации фактор – это фактор преодолевающего поведения. Преодолевающее поведение превращается в основной источник успеха адаптации независимо от принадлежности к социальной группе и психологических

свойств личности. К общим факторам успешной социальной и культурной адаптации автором были отнесены также благоприятный эмоциональный фон и упоение жизнью. Эти ощущения необходимы личности для преодоления препятствий, возникающих в новой социальной и культурной среде. Специфическими факторами были признаны индивидуальные стили адаптации.

Углубление исследований адаптационного синдрома создает реальную возможность для осмысления цели личностной адаптации, выявления закономерностей трансформации адаптационного потенциала, определения общих особенностей личностной регуляции и степени устойчивости личностных свойств в изменяющейся среде. Однако описание адаптационного синдрома как целостного феномена личности требует, во-первых, расширения спектра изучаемых средовых условий с включением социальных, этнокультурных, предметно-технологических и природных условий; во-вторых, требует использования единого методического аппарата для диагностики личностных свойств и психического адаптационного потенциала.

Для выявления содержания и структурной организации личностного адаптационного синдрома нами привлекался экспериментальный материал, полученный при изучении адаптации в изменяющихся социальных, природных и предметно-технологических условиях. Выбор условий исследования определялся представлениями об адаптации личности как особой форме раскрытия жизненного потенциала человека при его взаимодействии с меняющейся средой жизнедеятельности.

Проведенное нами исследование [6] охватывало широкий спектр средовых условий: военный конфликт, ликвидация последствий аварии на ЧАЭС, тридцатисуточная социальная депривация; профессиональное обучение, проверка состояния здоровья в стационаре, трехдневный марафон, высокогорье и жаркий горно-пустынный климат. Во всех случаях рассматривалась краткосрочная адаптация. В исследовании участвовали практически здоровые мужчины в возрасте 19–47 лет, не адаптированные к изучаемым условиям; всего 321 человек. Такой подход был обусловлен тем, что начальный этап адаптации считается наиболее сложным из-за развивающегося адаптационного конфликта между старыми адаптационными программами поведения и требованиями непривычного средового воздействия. Заметные трудности в этом случае испытывают прежде всего лица, в жизненном опыте которых взаимодействие с адаптогенным фактором отсутствовало.

В проведенном исследовании диагностировались рефлексивный, аффективный, мотивационный, мнемический, интеллектуальный, саморегуляторный, сенсомоторный и энергетический компоненты психического адаптационного потенциала. Правомерно считать, что каждый компонент играет особую роль в адаптационных процессах, обусловленную уникальностью его содержания и назначения в психической организации человека. Личностные особенности участников исследования выявлялись с помощью опросника Р. Кэттелла (форма С). Обследованные нами группы обладали достаточно высокой личностной гомогенностью.

Для понимания психологии адаптирующейся личности представляется важным уточнение структуры и конкретного содержания адаптационного синдрома. Его особенности определяются как личностными свойствами, отражающими сложившиеся, относительно устойчивые формы отношений с окружающей реальностью, так и составляющими психического адаптационного потенциала. Возникает необходимость определения активности личности в формировании адаптационного синдрома и выявления в его структуре составляющих адаптационного потенциала. С этой целью принимались во внимание результаты факторного анализа.

Обобщение результатов факторизации позволяет заключить, что *личностные свойства — обязательный компонент адаптации в природно-климатических, социальных, предметно-технологических условиях жизнедеятельности*. Они участвуют в регуляции адаптационного потенциала и во многом определяют своеобразие начального этапа всех форм взаимодействия человека с изменяющейся окружающей средой. Оказалось, что 57,5% выделенных факторов включали в себя или только показатели личностных свойств, или сочетание показателей личностных свойств и адаптационного потенциала.

В то же время один из отличительных признаков личностного адаптационного синдрома заключался в *относительной независимости проявления некоторых компонентов адаптационного потенциала от психологических особенностей личности*. «Безличностные» факторы выделялись первыми, вторыми или третьими, реже четвертыми или пятыми и составляли 42,5% от общего количества обнаруженных факторов. Их образование имеет важный смысл для адаптации личности. Можно предположить, что к подобным относительно независимым от личностных свойств проявлениям способны наиболее гибкие системы

психики, отражающие актуальные потребности личности. Их удовлетворение требует быстрого реагирования личности, которое она не всегда может полностью обеспечить в силу определенной инертности своих свойств. Недостаточно высокий для изменившихся условий темп включения личностной регуляции или не всегда адекватная ее форма определяют интеграцию в первую очередь психических и физиологических структур, направленную на формирование необходимого адаптационного ответа. Тем самым обеспечивается не только целостность всей личности, но и целостность адаптационного синдрома вне участия личности.

Результаты нашего исследования показали *широкий диапазон активности личности в регуляции преобразования адаптационного потенциала*. При этом степень активности личности в регуляции адаптационного синдрома относительно независима от субъективного видения условий среды и от специфики взаимодействия с ними. Как это ни парадоксально, в условиях военного конфликта и профессионального обучения наметилась лишь тенденция к проявлению регуляторной активности личности. Оба вида условий отличались высокой значимостью для личности. Участие в военном конфликте в большей степени, чем другие условия жизнедеятельности, усиливали ценность жизни, получение профессии – ценность самораскрытия. Видимо, степень регуляторной активности личности обуславливается сложной системой субъективных и объективных факторов.

К общим признакам адаптации личности относится *высокая активность самоосознания и неосознаваемых процессов*. Независимо от объективных характеристик условий жизнедеятельности начальный этап адаптации сопровождался прежде всего обращением личности к собственным внутренним ощущениям и активизацией неосознаваемых переживаний. Рефлексивный и неосознаваемый аффективный компоненты адаптационного потенциала наиболее быстро включались в развертывание адаптационных процессов в тех условиях, которые субъективно воспринимались как несущие большую или умеренную угрозу для выживания. Число факторов, содержащих показатели рефлексивного и неосознаваемого аффективного компонентов, составляло 30 и 32,5% от общего числа выделенных факторов соответственно. При этом они обладали наибольшей нагрузкой и выделялись в основном первыми, вторыми или третьими, реже – четвертыми.

Можно предположить, что, попадая в необычные для себя условия, человек ориентируется на себя, обращается в первую очередь к оценке того, что происходит с ним самим, причем независимо от прошлого опыта, концентрирующегося в личностных свойствах. Складывавшийся Я-образ раскрывал довольно широкий спектр актуальных представлений о себе в конкретных условиях. В него входило описание своей жизненной перспективы, собственной активности и внимательности, настроения и самочувствия, спокойствия и уверенности в себе, возникавшего интереса к происходящему и собственной значимости, способности вступать в контакты с окружающими людьми и поддерживать их. По сути, его содержание отражало соответствие наиболее значимых переживаний личности своим ожиданиям и возможностям удовлетворения актуальной потребности в сохранении и саморазвитии.

Важность процессов осознания собственных переживаний в начальный период адаптации усиливается включением личностных свойств, главным образом эмоциональных, в активизацию рефлексии. Значимость Я особо возрастала в условиях участия в локальном военном конфликте и обучения новой специальности, субъективная трактовка которых сближалась в выраженности признаков угрозы и возможности самораскрытия. Самоосознание превращалось в один из ведущих источников формирования необходимого для личности в данных условиях адаптационного синдрома. В некоторых случаях самооценка переживаний совпадала с реальными достижениями деятельности, в некоторых — не совпадала, что приводило к возникновению адаптационного конфликта. Тем не менее осознание своего состояния, самооценности позволяло личности противостоять угрожающим средовым воздействиям.

Рефлексия относится к ведущим механизмам внутренней активности личности, позволяющим найти иную плоскость отношений с жизненными явлениями. Уникальность рефлексии заключается в том, что она отражает суть взаимодействия человека с собственным внутренним миром и определяет основные ориентиры взаимодействия с внешней реальностью. Эволюционную ценность рефлексии подчеркивал П. Тейяр де Шарден [9]. В рефлексии заложена приобретенная сознанием способность сосредоточиваться на самом себе и овладеть самим собой как предметом, обладающим специфической устойчивостью. Благодаря такому сосредоточению человек приобретает способность развиваться в новой среде.

Вероятно, изменяющаяся окружающая среда создает особую возможность для активизации психорефлексивной деятельности. Неизбежно возникающий конфликт между старыми программами адаптационного поведения и новыми требованиями подталкивает к поискам ориентиров сохранения своей устойчивости. В такой ориентир при отсутствии внешних опор превращается Я, фокусирующее конечный результат анализа переживаний, оценок собственных возможностей и барьеров.

Неосознанные эмоции и мотивы также занимали существенное место в структуре личностного адаптационного синдрома на начальных этапах адаптации. Они включались в формирование адаптационного ответа нередко раньше, чем другие компоненты, и отражали скрытые от самой личности процессы перестройки старых и формирования новых адаптационных программ. Роль неосознаваемого в адаптации личности еще предстоит раскрыть и понять. В настоящее время существуют достаточно редкие исследования, касающиеся места неосознаваемого в структуре адаптационных феноменов.

Подобная информация может превратиться в один из вероятных путей оптимизации адаптационных процессов. Нередко устранение осознаваемого психического дискомфорта или сохранение явно переживаемого комфорта не приводит к формированию новой модели взаимодействия с изменяющейся средой, к необходимому поведению. Для этого требуется осознать и принять те переживания, которые не воспринимаются или вытесняются личностью. В неосознаваемом часто скрывается вся масштабность угроз, все многообразие и драматизм внутренних конфликтов адаптирующейся личности.

Возможно, адаптивный смысл бессознательного станет более ясным, если вслед за К. Юнгом [11] признавать, что оно представляет собой живую психическую реальность, которая обладает относительной независимостью, которую нельзя рассматривать только как «материал» или пассивный объект для использования в определенных целях. Биологическая функция бессознательного не сводится к механической, комплементарной по отношению к сознанию функции. Деятельность бессознательного, как считает К. Юнг, компенсаторна в отношении выбора разумных средств не только для восстановления психического равновесия, но и в продвижении к целостности. «Реакции бессознательного отнюдь не ограничиваются пассивностью; бессознательное проявляет творческую инициативу, и его целенаправленная

деятельность нередко берет верх над привычной реактивностью. Участие бессознательного в процессе сознательной дифференциации не ограничивается ролью оппонента, поскольку обнаружение его содержаний обогащает сознание и способствует дифференциации» [11, с. 15–16]. С точки зрения Э. Нойманна [5], интеграция личности на основании единства сознательного и бессознательного характерна для психологии современного человека. Нестабильность, непредсказуемость личности находятся в обратной зависимости от степени активности бессознательного и в прямой – от уровня сознательности.

Полученные в проведенном исследовании результаты в определенной мере соответствуют этим идеям. В структуре личностного адаптационного синдрома неосознаваемое проявлялось и относительно самостоятельно, и в единстве с личностными свойствами, участвуя тем самым в адаптационной интеграции личности в измененных условиях жизнедеятельности. Несмотря на разнообразие полученных результатов, проявления неосознаваемых эмоций и мотивов обладали некоторыми общими особенностями. Обращает на себя внимание частая согласованность неосознаваемого и осознаваемого как комфорта, так и дискомфорта. Возникает впечатление, что взаимное дополнение осознанного и неосознанного необходимо личности для сохранения внутренней целостности и устойчивости в динамичном мире. Способность к взаимному дополнению обнаруживалась в условиях, которые субъективно интерпретировались в основном как умеренно угрожающие или как представляющие большую опасность. При этом развивающиеся возможности могли быть или умеренными, или низкими.

Единство неосознаваемых и осознаваемых адаптационных проявлений дополнительно укрепляется личностными свойствами. Известно, что обращение личности к неосознаваемым переживаниям не только энергоемкий, но и болезненный процесс. В этом случае личностные свойства могут брать на себя защитную функцию. В ходе кратковременной адаптации она выражалась как в усилении, так и в компенсации неосознаваемых тенденций. В первом случае наблюдалось согласованное проявление личностных свойств и неосознаваемых эмоций и мотивов, во втором – личностные свойства обеспечивали преодоление развивающихся, но не осознаваемых неблагоприятных адаптационных тенденций.

Проведенное исследование позволяет выделить еще один общий признак личностного адаптационного синдрома, касающийся *связи*

памяти и адаптации. Эта взаимосвязь известна давно и раскрыта в исследованиях. Полученные нами результаты можно использовать как подтверждение известных зависимостей. Уточнения касаются диапазона условий, в которых память, особенно кратковременная, участвует в формировании адаптационного синдрома. Он оказался достаточно широким и включает в себя социальные, природно-климатические, предметно-технологические условия. Кроме того, активизация памяти, как и ее ослабление, а также интеграция с личностными свойствами наблюдались при самой разнообразной субъективной трактовке условий жизнедеятельности, в которых предстояло адаптироваться. Возможно, памяти принадлежит неспецифическая функция сохранения адаптационного ответа личности. Эффективность этой функции в некоторых случаях регулировалась личностными свойствами, в частности коммуникативными и эмоциональными. Однако, по сравнению с рефлексивным и неосознаваемым аффективным компонентами, мнемический был менее значим для сохранения целостности и жизнеспособности личности в измененных средовых условиях. Можно предположить, что в начале взаимодействия с новой средой личность ориентируется в большей мере на субъективную информацию о себе и среде, чем на объективное ее содержание, фиксируемое памятью.

Это предположение подтверждает слабо выраженная включенность в адаптационный синдром *интеллектуального компонента*, ориентирующего личность на объективный анализ сложившихся условий жизнедеятельности. В формировании личностного адаптационного синдрома интеллектуальный компонент участвовал в тесной связи с личностными свойствами. Однако интегрирующая активность интеллектуальных личностных свойств, в отличие от эмоциональных и коммуникативных, оставалась менее выраженной.

Среди общих проявлений личностного адаптационного синдрома важным следует признать *участие эмоциональных и коммуникативных свойств в регуляции его формирования*, которое оказалось более активным, чем самоорганизующие и особенно интеллектуальные свойства. Об этом свидетельствует частота их включения в факторную структуру: 30; 27,5; 12,5 и 7,5% от общего количества выделенных факторов соответственно. Полученные данные вполне согласуются с известным мнением о роли указанных свойств в жизни современного человека. Тем не менее необходимо особо подчеркнуть их общность и значимость

для поддержания целостности личности, взаимодействующей с изменяющейся реальностью.

Включение эмоциональных свойств личности в регуляцию адаптационного синдрома обусловлено, прежде всего, адаптивной ролью эмоций, раскрытой еще исследованиями П.К. Анохина, Р.Ю. Ильюченка, П.В. Симонова. Эмоциям всегда приписывалась функция защиты человеческой жизни. Эмоции не только дифференцируют неделимый, целостный мир на притягательный и отталкивающий, они подчеркивают значимость для человека его «самобытия» (К. Ясперс). Анализ современной адаптогенной ситуации позволяет признать правомерность представлений К. Ясперса (1993) о том, что человеку присущ страх утраты своего витального бытия. Страх иррадирует на все уровни человеческой организации, усиливая тем самым неуверенность в собственной жизнеспособности. Однако не лишено правомерности и другое представление: чувство упоения жизнью, ощущение полноты жизненных сил, собственных возможностей создаются также эмоциями. Рационализация жизни, вытеснение эмоций логикой мышления лишает человека возможности заботиться о себе, о собственном Я. Жизнь перестает восприниматься в ее конкретном проявлении, со всеми противоречиями. Э. Фромм (1999) подчеркивал, что проявляемые человеком эмоции содействуют развитию его личности. Можно заметить, что, независимо от конечного результата, эмоции оттеняют субъективную значимость происходящего вокруг, обращают человека внутрь себя. Поэтому активность эмоциональных свойств в регуляции процессов адаптации усиливает эгоориентацию личности.

Обращает на себя внимание значимость для адаптирующейся личности *взаимоотношений с людьми*. Ориентация на поддержку группы, на открытость в общении и поиски компромиссных решений наблюдалась в различных по своему объективному содержанию условиях. Потребность в общении и авторитет группы приобретали особый вес тогда, когда окружающая реальность воспринималась как несущая высокую или умеренную угрозу выживанию, как создающая умеренные возможности для самораскрытия. Видимо, в начале адаптации ослабевают стремление личности нести груз ответственности за свои решения и действия. Более экономичной становится позиция отказа от собственной точки зрения в пользу принятия мнения группы, что в конечном счете означает перенос ответственности за решение

собственных жизненно важных проблем на тех, кто рядом, на группу в целом. Предпочтение групповой ответственности собственной, хотя и таит в себе опасность утраты самоидентичности, позволяет личности сохранить собственную целостность в наиболее сложный адаптационный период – период разрушения старых адаптационных программ и построения новых.

В проведенном нами исследовании обнаружился еще один признак личностного адаптационного синдрома. В объективно различных и субъективно по-разному воспринимаемых условиях жизнедеятельности высокую значимость приобретали свойства, отражающие *способность личности к самоорганизации*. Роль организующего начала играли как эталоны поведения, сформированные самой личностью и воплощенные в самодисциплине и самоконтроле, так и общепринятые нормы, ассимилированные личностью и сконцентрированные в ответственности, чувстве долга.

Самодисциплина, ответственность перед другими были необходимы не только для внутриличностной интеграции, но и для предупреждения снижения интеллектуальной активности, для ограничения физиологического напряжения. Ослабление личностного контроля сказывалось преимущественно на сенсомоторных реакциях. Сохранение значимости организующих личностных свойств в различных условиях жизнедеятельности подчеркивает тенденцию личности ориентироваться на собственные внутренние возможности, организовывать свое поведение в соответствии с собственными сложившимися или усвоенными эталонами.

Следует также отметить, что показатели, отражавшие способность личности к самоорганизации, обладали наиболее устойчивой согласованностью проявлений. В процессе адаптации во всех условиях, кроме ведения военных действий и вынужденной социальной депривации, самодисциплина, самоконтроль и чувство долга, ответственность сочетались друг с другом. Усиление или ослабление регулирующей роли одного из личностных свойств сопровождалось соответствующими изменениями возможностей проявления другого. Примечательно, что при анализе адаптации личности в измененной социальной среде именно эти свойства обнаруживали устойчивость взаимных проявлений.

Принято считать, что адаптация – постоянный процесс формирования новых адаптивных программ поведения и разрушения старых.

Видимо, в структурной организации личности существует определенная интеграция свойств, которая необходима для сохранения ее целостности и устойчивости в самых различных условиях существования. Таковую интеграцию обеспечивает способность личности осознанно контролировать свое поведение и взаимоотношения с окружающими с опорой как на нормы и правила, созданные обществом, так и на собственные эталоны.

Таким образом, исследование, проведенное в разных условиях жизнедеятельности, включая социальные, природно-климатические, предметно-технологические, позволило выявить общие признаки личностного адаптационного синдрома. Среди них: осознанный и неосознанный дискомфорт – комфорт, низкая – высокая мнемическая активность, ориентация личности на общение, слабость – сила личностного контроля, эмоциональная личностная защита при неосознанном дискомфорте–комфорте, эмоциональная личностная регуляция субъективного комфорта.

Полярность большей части признаков синдрома отражает, с одной стороны, чувствительность личностных адаптационных проявлений к изменяющимся условиям среды, с другой – своеобразие психической и психофизиологической организации полюсов. Каждый полюс включает в себе различные возможности раскрытия адаптационного потенциала. Выбор реализуемых возможностей осуществляет сама личность, ориентирующаяся на свой опыт, собственные потребности и смысл окружающей реальности для себя. Несомненно, важно, что неосознаваемые эмоции и мотивы органично вошли в структуру адаптационного синдрома, отражая естественно присущий человеку компонент адаптационного потенциала.

Специфика личностного адаптационного синдрома представлена эмоциональной личностной регуляцией адаптационного конфликта и интеллектуальной активности, эмоциональной личностной чувствительностью, личностной поисковой активностью, физиологическим напряжением. Выявленные особые признаки характеризуют включение личностных, преимущественно эмоциональных, свойств в регуляцию адаптационного потенциала, что подтверждает установленный ранее факт значимости эмоций в возникновении адаптационных эффектов.

Проведенное нами исследование убеждает в правомерности и целесообразности рассмотрения эффекта адаптации личности как

целостного, структурированного, иерархически организованного образования – личностного адаптационного синдрома. Источник его возникновения заключен в трансформации имеющегося адаптационного потенциала, происходящей в процессе взаимодействия личности с изменяющимися условиями существования. Роль регулятора преобразований адаптационного потенциала принадлежит личностным свойствам. Формирующийся на начальных этапах взаимодействия личностный адаптационный синдром интегрирует объективные и субъективные, осознаваемые и неосознаваемые, социально-психологические, психические и психофизиологические, стабильные и динамические проявления личностной организации.

Личностный адаптационный синдром можно представить как единство объективных характеристик условий существования, субъективного отношения к ним, относительно устойчивых способов отражения окружающей реальности и самоорганизации, закрепленных в личностных свойствах, а также проявленного с помощью личностной регуляции адаптационного потенциала.

Основная цель формирования личностного адаптационного синдрома заключается в обеспечении целостности личности как одного из наиболее важных внутренних условий расширения возможностей дальнейшего самораскрытия в динамичной окружающей среде. Достижение целостности признается ведущей потребностью личности в создании и сохранении собственной устойчивой психофизиологической структуры, способной противостоять дезорганизующему влиянию внешней среды и колебаниям гомеостатических процессов. Вполне вероятно, что личностный адаптационный синдром формируется как способ овладения изменяющимися условиями жизнедеятельности, которые воспринимаются человеком через призму собственной безопасности и возможности развития. Актуализация его компонентов обеспечивает динамическую оценку изменений в окружающей среде, в собственном Я и определяет соответствующее этой оценке поведение и, как следствие, – вектор взаимодействия с той же самой средой и с собой. В то же время формирование личностного адаптационного синдрома – отражение психофизиологического напряжения, развивающегося при столкновении с проблемной ситуацией.

Личностный адаптационный синдром формируется как преобразованный за счет личностной регуляции психический адаптационный

потенциал. При этом нами выявлена лишь тенденция к изменению личностной регуляторной активности в зависимости от субъективной интерпретации окружающих условий. Тем не менее можно согласиться с позицией Л. Росса и Р. Нисбетта [7] относительно важности субъективной интерпретации для многих форм социального поведения, ее преобладающей роли в организации взаимодействия с окружающими людьми.

Выполненное нами исследование раскрывает одну из наиболее важных функций личности в формировании адаптационного синдрома — преобразующую. Преобразующая активность личности направлена на проявление значимых для кратковременной адаптации компонентов адаптационного потенциала, к которым относятся прежде всего аффективный, рефлексивный и мнемический компоненты. Относительно менее значимой можно признать актуализацию энергетического, интеллектуального, мотивационного, сенсомоторного и регуляторного компонентов. Преобразующая функция обеспечивает целостность личности в динамичной среде.

Взаимодействие с изменяющейся окружающей средой не проходит бесследно для личности. Достаточно высокой чувствительностью к специфике кратковременных средовых воздействий обладает структура личностных свойств. Вариативность структуры отражает гибкость интегрирующих возможностей личности, что необходимо для разрушения устаревших адаптационных программ поведения и отношений к реальности. На начальных этапах адаптации к непривычным условиям существования личности принадлежала еще одна, не менее важная роль — сохранение сложившихся устойчивых способов взаимодействия человека с окружающей реальностью. Об этом свидетельствует обнаруженная инвариантность взаимосвязей ряда личностных свойств, характеризующих более инертную за счет достаточно высокой жесткости внутренней организации адаптационную систему. Выраженной независимостью от изменяющихся условий внешней среды и от их субъективной интерпретации обладали такие личностные проявления, как способность личности к самоорганизации, ориентация на поддержку группы, эмоциональная зрелость, жизненный оптимизм.

Смысл вариативной и инвариантной форм интеграции вряд ли можно определить однозначно. Динамичность создает высокий потенциал развития взаимоотношений личности с окружающей средой

и с собой. Однако разрушение устоявшихся внутренних связей – источник не только ослабления внутренней целостности, но и источник разрушения гармонии отношений с окружающей реальностью. Сохранение определенных способов реагирования обеспечивает самоидентичность личности в изменяющемся мире. Тем не менее излишняя их устойчивость создает дополнительные трудности для творческого самораскрытия в новых условиях и преобразования среды.

Литература

1. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
2. *Васильева С.В.* Структурные и динамические особенности студенческого адаптационного синдрома. Дис. канд. психол. наук. СПб., 2000.
3. *Виттенберг Е.В.* Социально-психологические факторы адаптации к социальным и культурным изменениям. Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 1994.
4. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М., 1983.
5. *Нойманн Э.* Глубинная психология и этика. Человек мистический. СПб., 1999.
6. *Посохова С.Т.* Психология адаптирующейся личности. СПб., 2001.
7. *Росс Л., Нисбетт Р.* Человек и ситуация. Уроки социальной психологии. М., 1999.
8. *Селье Г.* На уровне целостного организма. М., 1972.
9. *Тейяр де Шарден П.* Феномен человека. М., 1987.
10. *Фромм Э.* Психоанализ и этика. М., 1993.
11. *Юнг К.* Предисловие // Нойманн Э. Глубинная психология и этика. Человек мистический. СПб., 1999.
12. *Ясперс К.* Смысл и назначение истории. М., 1994.

Психическая травма в генезе психической и соматической патологии у пострадавших и профессионалов

Связь психических травм и всего, что касается психических и соматических расстройств, пока мало осмыслена, а обилие новых теорий не сильно увеличило сумму практически ценного знания. В кратком сообщении предпринимается попытка (в несколько упрощенном виде) представить психоаналитические подходы к проблеме, которые в отечественной психологии и медицине на протяжении длительного периода времени игнорировались. Хотя именно в психоанализе и были заложены основы всей посттравматической патологии, позднее реализованные в рамках современной классификации психических расстройств (ДСМ-4 и МКБ-10).

Вне психоанализа нередко весьма примитивно воспринимается введенное З. Фрейдом гипотетическое понятие «психической энергии». Для пояснения обратимся к лекции, которую З. Фрейд провел в Венском медицинском обществе в 1895 г.

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное – несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что З. Фрейд называет «суммой возбуждений». И тут же начинают действовать механизмы (и реализуемые интрапсихически, и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах сохранения психического гомеостаза. По понятным причинам здесь будут рассматриваться только негативные ситуации, хотя и позитивные впечатления сопровождаются аналогичными реакциями.

Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, в примитивном варианте, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Но реакция может быть и иной, особенно если нанести ответный удар некому или невозможно в силу ограничений, налагаемых культурой, при стихийном бедствии или в случае захвата в заложники. И тогда ответной реакцией может быть обида, плач, чувство унижения, стыда или бессильной ярости и т.д. Но реакция присутствует

всегда, и чем интенсивнее психическая травма (точнее – индивидуальная реакция на нее), тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание (т.е. «сумма возбуждений» в психике).

Хотя уже мало кто всерьез воспринимает рефлекторную теорию психики, мы по-прежнему не сильно продвинулись в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике «нечто», но более чем столетняя практика мировой психотерапии подтверждает реальность описываемых механизмов, хотя знание о них остается гипотетическим.

Вернемся еще раз к этому «нечто», что увеличивается в психике. Но вначале отметим, что психическое возбуждение и нервные разряды в соматической сфере – это, конечно же, не одно и то же, хотя эти две «линии» нередко взаимосвязаны и пересекаются. Большинство специалистов, безусловно, встречались с людьми абсолютно здоровыми соматически, но лишенными каких-либо признаков психической энергии (что, в частности, характерно для тяжелой депрессии), так же как и с людьми, страдая тяжелой соматической патологией, в некоторых случаях являясь источником неиссякаемой психической энергии для окружающих.

В тех случаях, когда (возросшая в результате тех или иных событий) «сумма (психических) возбуждений» не может быть отреагирована (в том числе – вербально), начинают функционировать защитные механизмы, главным из которых является вытеснение (в данном случае имеется в виду вытеснение из сознания переживаний, о которых, по образному выражению З. Фрейда, и забыть нельзя, и помнить невозможно). Как «функционирует» вытеснение? Поскольку «сумма возбуждений» присутствует (в психике) и не может быть отреагирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в «нечто соматическое». Происходит то, что в психоанализе получило название «конверсии», т.е. психическое возбуждение смещается из психики в телесную сферу. В этом кратком сообщении мы будем апеллировать только к соматическим вариантам вытеснения, хотя и психопатологические синдромы развиваются по тому же «сценарию», но эти механизмы много сложнее.

В современных представлениях о психике пока очень много устаревших понятий и штампов. Например, мы все еще традиционно говорим, что «человек думает головным мозгом», хотя это представление соответствует реальности не более, чем выражение о том, что мы «ходим спинным мозгом», т.к. все двигательные импульсы замыкаются именно на этом уровне (спинного мозга). Мы все еще нередко идентифицируем

психику и мозг, и именно поэтому считаем, что для коррекции психических нарушений нужно воздействовать на мозг некими химическими веществами. Увы, это слишком просто, чтобы быть истиной.

Психика и мозговая или любая другая нервная ткань — это взаимосвязанные, но совершенно разные системы. И у них есть одно кардинальное различие: в отличие от психики, которая (хотя и не всегда) способна различать воображаемое и реальное, нервная система лишена этого качества. Поэтому даже воображаемая или наблюдаемая (например, по телевидению), или описываемая другим (в процессе психотерапии) психическая травма в любом случае запускает механизм соматического отреагирования. Несмотря на то, что эти механизмы у наблюдателя или слушателя (в отличие от тех, кто реально пережил экстремальную ситуацию) действуют в минимальной степени, при многократном повторении таких «проекционных» психических травм они, безусловно, не проходят бесследно. И следовало бы подчеркнуть, что в первую очередь это относится к нам — специалистам.

Повторим еще раз. Так как нам по-прежнему неизвестно объективное содержание этого «нечто» (увеличивающегося в психике), то (весьма условно), мы можем сказать, что в случае мощной или длительной (хронической) психической травмы происходит преобразование «психической энергии» в «нервную энергию» или «энергию иннервации органов или тканей». Но при этом необычной иннервации, не такой, как всегда, можно сказать «искаженного типа», «залповой» и чрезвычайно мощной, разрядка которой осуществляется в соматической сфере, запуская все последующие механизмы патогенеза на гуморальном, эндокринном, биохимическом и прочих уровнях.

Еще одна специфика: в ряде случаев для конверсионных симптомов характерно символическое значение, что также находит свое многократное подтверждение в практике. Унижение или обида, которые человек не смог «проглотить», может вызывать нарушения именно в сфере «глотания» (в самом широком диапазоне — от беспрерывного «заедания» травмы до отказа от пищи); то, что другой не смог «переварить», проявится в симптомах со стороны желудочно-кишечного тракта; принятое «близко к сердцу» будет иметь ту же локализацию; сексуальная неудовлетворенность, так же, как и сексуальное насилие или сексуальное пренебрежение, будет проецироваться

в гениталии; а «непосильная (психическая) ноша» скажется на состоянии позвоночника. Думаю, что последний вариант (в его ситуационной форме) многим приходилось наблюдать и в повседневной жизни, когда печаль, тоска или тяжелая утрата тут же «сгибают» человека.

Впервые различие нервных расстройств соматического и психогенного генеза было также замечено З. Фрейдом, в частности при периферическом параличе руки у пациентки Шарко, когда потеря чувствительности и двигательных функций совершенно не соответствовала зонам иннервации, т.е. паралич поражал руку пациентки не согласно анатомическим зонам иннервации, а так, как она была представлена в ее психике и обыденном сознании, — как просто рука.

Несмотря на то, что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в психике формируется специфический очаг возбуждения («пункт переключения»), ассоциативно связанный со всей имеющейся в памяти «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ядро» будет активизироваться всякий раз, когда будет появляться любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий полученную ранее психическую травму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования (в том числе поведенческие, которые хорошо известны и легко диагностируются как «flash-back», и в соматической сфере, которые менее «наглядны», но тем не менее не проходят бесследно).

В силу этих механизмов лечение только от соматического (конверсионного) страдания без апелляции к психическому травматическому опыту в подобных случаях всегда неэффективно. Применение психофармакологических средств, безусловно, необходимо, т.к., прежде чем прикасаться к тяжелой травме (физической или психической), всегда нужно вначале прибегнуть к обезболиванию. Изолированное применение психофармакологии также возможно, особенно если есть надежда, что «заживет и само», и присутствует мало обоснованная уверенность специалиста, что все наши проблемы имеют некое химическое решение.

Я не уверен, что мне удалось все прояснить в этом кратком сообщении, и надеюсь, что мои коллеги будут снисходительны за существенные упрощения. Вне сомнения, большинство из этих механизмов

трудно принять, но лишь до тех пор, пока вы не встретите их ежечасное подтверждение в своей практике.

А теперь очень кратко о нас с вами — активно действующих в психотерапевтической сфере. В нашей среде все еще присутствует весьма скептическое отношение к понятию «психическое заражение», которое обычно признается в качестве существующего лишь для других. Но я думаю, что никто не будет спорить с тем, что, в отличие, например, от Регины Дубовицкой, мы работаем с качественно иными контингентами и качественно иными эмоциями и, соответственно, ими же и заражаемся. И в силу этого (среди всех других помогающих профессий) держим малозавидное первенство по количеству суицидов, по частоте ишемической болезни сердца, семейных дисгармоний, различных поведенческих и сексуальных нарушений. А синдром профессионального выгорания, как показали исследования наших сотрудников, наиболее часто в нашей профессии встречается в первые пять лет работы (у 48%). У работающих от 5 до 10 лет (у тех, кто остался в профессии) он наблюдается только у 6%, а более 10 лет — у 5%.

И именно поэтому так остро стоит проблема психологического и психотерапевтического сопровождения деятельности профессионалов (имеется в виду — самих психотерапевтов и психологов), проблема, требующая серьезной организационно-методической и этической проработки, т.к. ее решение всегда требует выхода за пределы того профессионального коллектива, где действует тот или иной психотерапевт и психолог. Это одна из наших общих проблем, пока не имеющая адекватного решения.

Эмпирическое изучение угрозы террористических актов

Терроризм как факт общественной жизни сопровождает человечество на протяжении всей его истории. Однако только сегодня угроза террористических нападений стала предметом внимания широкой общественности. Изменились формы, методы террористических актов и формат проблемы значительно увеличился. Он становится все более разрушительным, происходит его глобализация. Овладев СМИ и другими современными технологиями, терроризм формирует у гражданского населения специфическую ментальность, которая выражается на сегодняшний день формулой «жить с террором». Люди, вынужденные жить в постоянном страхе за свое благополучие, за жизни своих детей и близких, находятся в состоянии, близком к невротическому. По данным Аналитического центра Юрия Левады (август 2006 г.), 83% респондентов считают, что террористические акты – это проблема всего человечества; 59% респондентов считают, что российские власти не смогут защитить население России от новых террористических актов; 47% опрошенных считают, что отправка российских вооруженных сил в состав международного миротворческого контингента ООН в южном Ливане приведет к росту исламского терроризма во всем мире; 15% респондентов рассматривают угрозу взрывов и других террористических актов в том месте, где они живут, как наиболее острую проблему нашего общества; 22% респондентов считают, что сейчас больше всего угрожает России отсутствие уверенности в завтрашнем дне.

Работ по изучению террористической угрозы совсем немного (Ястребов В.С., 2004). Большинство исследований посвящено психологическим и психиатрическим последствиям террористических актов у непосредственных жертв терактов и их близких (Идрисов К.А., Краснов В.Н., 2004; Галкин К.Ю., 2004; Гаспарян Х.В., 2005; Насрулаев Ф.С., Шапкин Ю.А., Пушкин И.Б., Кекелидзе З.И., 2002). Тогда как специфическим особенностям восприятия террористической угрозы косвенными жертвами (т.е. теми, кто стал свидетелем терактов

посредством СМИ) уделяется мало внимания (Тарабрина Н.В., 2004; Быховец Ю.В., Тарабрина Н.В., 2005).

В национальном исследовании последствий террористических нападений 11 сентября 2001 г. на Мировой торговый центр Schuster с соавторами (2002) показал, что распространенность PTSD среди жителей г. Нью-Йорка составила 11,2%. Galea (2003) показал постепенное снижение интенсивности симптомов PTSD с течением времени после 11 сентября у жителей 110 улицы на Манхэттене: через 1 месяц – 7,5%; после 4 месяцев – 1,7%; после 6 месяцев – 0,6%. Сходные тенденции в снижении интенсивности симптомов PTSD спустя 4 и 6 месяцев наблюдались и у жителей г. Нью-Йорка.

В работах D. Simeon et al. (2003) показано, что у «косвенных» жертв терактов наблюдаются снижение уровня восприятия безопасности жизни, актуализация страха смерти, повышенная агрессия, перцептивная бдительность, повышенный уровень эмоционального реагирования, высокий уровень перитравматической диссоциации, утрата жизненных перспектив и ощущение неспособности справляться с жизненными трудностями, усиление тревожности, беспокойства, увеличение потребления алкоголя, сигарет и наркотиков.

Обследование служащих Пентагона, наблюдавших теракт 11 сентября, проведенное спустя два года выявило у них высокий уровень дистресса: 14% из 267 человек имеют диагноз PTSD и 7% – депрессии (Grieger T.A. et al., 2005).

Единичны работы по изучению непосредственно представлений о терроризме. Так, в исследовании, проведенном Е.Б. Батуевой (2005) на выборке из разных возрастных и учебных групп жителей Республики Бурятия (г. Улан-Удэ), выделены следующие общие закономерности отношений личности к терроризму: основной конативной стороной отношения к терроризму во всех изученных выборках является потребность в безопасности; тревога – это основной эмоциональный компонент отношения респондентов к терроризму, поскольку угроза терактов переживается ими как неопределенная, диффузная и смутная, которая не имеет четко осознаваемого объекта. Подтверждением этого являются полученные данные в результате анкетирования, где испытуемые выделяют такие факторы, препятствующие возникновению террористической угрозы, как отдаленность республики от нестабильных регионов, а также то, что регион спокойный во всех сферах жизнедеятельности

общества – политической, экономической, религиозной, отсутствии национальных конфликтов.

Сходное по тематике исследование проведено центром стратегий анализа и прогноза (Ольшанский Д.В., 2002). Москвичей вскоре после терактов 11 сентября в г. Нью-Йорке 2001 г. просили дать определение понятию «терроризм». Из более 1000 опрошенных москвичей 47% ответили, что это террористические акты, т.е. определили одно слово через два, связанных с ним; 38% – дали оценивающие ответы: «это преступление», «варварство», «насилие» и пр.; 12% – затруднились с ответом или не захотели говорить на данную тему; 2% – честно сказали, что «не знают»; 1% опрошенных попытались определить террор как какие-либо действия, направленные на достижение определенной цели.

В настоящее время в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН проводится исследование, направленное на комплексное изучение специфики восприятия террористической угрозы косвенными жертвами терактов в разных регионах России.

Одной из задач исследования является описание и анализ представлений о террористической угрозе в разных возрастных и территориально удаленных группах Российской Федерации. Для решения этой задачи респондентам предлагался бланк ассоциаций «Террористическая угроза – это...». Бланк направлен на выявление частоты слов, употребляемых при определении понятия «террористическая угроза». Участников исследования просили заполнить бланк с написанным сверху листа словосочетанием «Террористический акт – это...». Показателями данной процедуры исследования являются слова, словосочетания и предложения, которые у респондентов ассоциативно связаны с террористическим актом (ТА).

Полученные данные подвергались качественно-количественному анализу путем подсчета частоты появления повторяющихся элементов и их интерпретации.

Выборка испытуемых (n=477) состояла из пяти групп:

1 группа – студенты г. Москвы (политологи, экономисты, менеджеры по управлению персоналом): n=140 (мужчин – 42 человека (16–21 год), женщин – 98 человек (16–20 лет)).

2 группа – служащие среднего возраста, жители г. Москвы: n=96 (мужчин – 25 человек (22–35 лет), женщин – 71 человек (21–35 лет)).

3 группа – служащие, пенсионеры – жители г. Москвы (бывшие военнослужащие) старшего возраста: n=54 (мужчин – 18 человек (36–60 лет), женщин – 36 человек (36–55 лет)).

4 группа – жители Чеченской Республики (гг. Грозный, Гудермес, Ножай-Юрт): n=79 (мужчин (16–21 год) – 28 человек, женщин (16–20 лет) – 28 человек, женщин (21–35 лет) – 23 человека).

5 группа – студенты г. Читы (филологический и юридический факультеты): n=108 (женщины 16–20 лет).

Исследование было проведено с апреля по август 2006 г. Все испытуемые приняли добровольное участие в обследовании.

Таблица 1

**Сравнительные данные частот определений
«террористического акта», жители Чеченской Республики**

Мужчины (16–21 год)		Женщины (16–20 лет)		Женщины (21–35 лет)	
к-во (%)	определение	к-во (%)	определение	к-во (%)	определение
42,9	убийство	32,1	смерть	30,4	смерть
32,1	смерть	32,1	жертвы	26,1	страх
28,6	акт насилия	28,6	убийство	21,7	убийство
21,4	взрыв	25,0	страх	17,4	захват заложников
17,9	беда	21,4	захват заложников	13,0	взрыв
14,3	стресс	17,9	бесчеловечность	13,0	жертвы
14,3	страх	17,9	вред людям	8,69	беззаконие
10,7	захват заложников	17,9	беда	8,69	беда
10,7	зло	14,3	безнравственный поступок	8,69	вред
7,14	доказательство бредовых идей	10,7	насилие	8,69	зло
		10,7	разрушения		

Таблица 2

**Сравнительные данные частот определений
«террористического акта», женщины – жители г. Читы**

Женщины (16–20 лет)	
количество (%)	определение
57,4	смерть
46,3	страх
36,1	убийство
28,7	жестокость
26,9	преступление
25	угроза человеческой жизни
23,1	боль
23,1	зло
23,1	насилие
22,2	кровь
20,4	взрывы
20,4	слезы

Таблица 3

**Сравнительные данные частот определений
«террористического акта», женщины – жители г. Москвы**

16–20 лет		21–35 лет		36–55 лет	
к-во (%)	определение	к-во (%)	определение	к-во (%)	определение
68,4	страх	87,3	страх	55,6	страх
51,0	смерть	54,9	смерть	38,9	беда
41,8	взрыв	39,4	боль	38,9	смерть
35,7	беда	29,6	кровь	25,0	взрыв
33,7	боль	25,4	слезы	25,0	слезы
29,6	кровь	23,9	беда	22,2	боль
29,6	слезы	22,5	мучения	22,2	ужас
28,6	жертвы	22,5	убийство	19,4	кровь

16–20 лет		21–35 лет		36–55 лет	
к-во (%)	определение	к-во (%)	определение	к-во (%)	определение
24,5	убийство	19,7	взрыв	13,9	жертвы
23,5	агрессия	19,7	насилие	11,1	зло
23,5	паника	15,5	жалость	11,1	огонь
18,4	разрушение	14,1	агрессия	11,1	паника
15,3	мучение	14,1	бездушие		
14,3	оружие	14,1	паника		
14,3	шахид	12,7	борьба		
13,3	зло	12,7	волнение		
13,3	потери	11,3	безвыходность		
12,2	насилие	11,3	оружие		
11,2	опасность	11,3	потеря		
10,2	метро	11,3	стресс		
10,2	заложники				
10,2	преступление				
10,2	стресс				
10,2	трагедия				

Таблица 4

**Сравнительные данные частот определений
«террористического акта», мужчины – жители г. Москвы**

16–21 лет		22–35 лет		36–60 лет	
к-во (%)	определение	к-во (%)	определение	к-во (%)	определение
50,0	страх	76,0	страх	44,4	страх
47,6	взрыв	60,0	смерть	33,3	слезы
38,1	смерть	44,0	взрыв	27,8	беспредел
38,1	паника	44,0	жертвы	22,2	боль
35,7	слезы	44	кровь	22,2	беда
33,3	жертвы	40,0	боль	22,2	беспоощадность
31,0	беда	32,0	развалины	16,7	взрыв
28,6	боль	28,0	паника	16,7	борьба

16–21 лет		22–35 лет		36–60 лет	
к-во (%)	определение	к-во (%)	определение	к-во (%)	определение
28,6	кровь	24,0	беда	16,7	гибель
21,4	разрушения	20,0	беспредел	16,7	желание отомстить
19,0	агрессия	20,0	насилие	16,7	ненависть
16,7	муки	20,0	убийство	16,7	паника
16,7	насилие	20,0	угроза	16,7	угроза
16,7	убийство	16,0	агрессия	16,7	разрушения
14,3	крик	16,0	война	11,1	способ заработать
14,3	стресс	16,0	зло	11,1	кровь
11,9	безысходность	12,0	плач	11,1	стрессовая ситуация
11,9	Бен Ладен	12,0	заложники	11,1	убийство
11,9	деньги	12,0	кошмар	11,1	унижение
11,9	зло	12,0	мучения		
11,9	террористы	12,0	метро		
11,9	угроза	12,0	смертники		
11,9	чеченцы	12,0	преступление		
11,9	шахид	12,0	оружие		

Из таблиц видно, что наибольший процент респондентов г. Москвы указывают на то, что для них террористический акт – это чувство страха, взрывы и смерть. Исходя из полученных данных, можно предположить, что фиксируемый в ходе опросов страх – это проявление чувства собственной незащищенности, манифестация некоторого общего уровня тревожности. Комплекс страха вызван обычно неподконтрольностью человеческой инициативе и воле жизненных обстоятельств. Наиболее типичными ситуациями, которые вызывают страхи, указаны респондентами в их определении террористического акта: *боль* (33,7% женщин и 28,6% мужчин от 16 до 20 лет; 39,4% мужчин и 40% женщин от 21 до 35 лет; 22,2% женщин и 22,2% мужчин старше 36 лет), *жертвы* (28,6% женщин и 33,3% мужчин от 16 до 20 лет; 44% мужчин и 7% женщин от 21 до 35 лет; 13,9% женщин старше 36 лет), *смерть* (38,1% мужчин от 16 до 20 лет; 38,9% женщин старше 36 лет), *убийство* (24,5% женщин и 16,7% мужчин от 16 до 20 лет; 20% мужчин и 22,53% женщин от 21 до 35 лет; 11,1% мужчин старше 36 лет). Единство переживаний, которые

согласуются с реальными страхами угрозы собственной жизни и жизни близкого, вызвано тем, что исход данных обстоятельств не зависит от попыток субъекта контролировать результат. Именно эта особенность терактов является решающей в формировании «нерешительности», «бесчувственности», «замкнутости» и «отгороженности» как последних способов уйти от переживаний. «Лишь судьба решает, кто станет очередной жертвой теракта». Данный смысловой образ ситуации характеризует витальную потребность человека в физическом существовании, здоровье, защищенности своего физического комфорта жизни и жизни значимых близких (Сагалакова О.А., 2004). По мнению Е. Вовк, нельзя трактовать эту фобию как непосредственно переживаемую эмоцию страха перед терактом. Возможно, за ней «скрывается» общее чувство незащищенности или механизмы социального отождествления, когда, отвечая на вопрос, боится ли он лично стать жертвой теракта, респондент в действительности отвечает, что «жертвой теракта может стать любой», выражая тем самым сопереживание с теми, кого теракт затронул.

Сравнивая данные, полученные в ходе исследования Е.Б. Батуевой (2005) на респондентах г. Улан-Удэ с полученными нами данными, можно выдвинуть гипотезу о том, что в представлениях жителей г. Москвы о терактах страх является основным эмоциональным компонентом, поскольку именно здесь был проведен ряд крупных террористических актов и присутствует достаточно реальная и определенная опасность, грозящая самому существованию человека, целостности его организма.

Представления о террористическом акте респондентов Чеченской Республики немного отличны от представлений московских респондентов. Так, 42,9% мужчин юношеской возрастной группы считают, что теракт — это убийство, т.е. насильственное умерщвление. Только 14,3% респондентов мужской группы указали на чувство страха как ассоциативно связанного в их представлении с терактом. Возможно, полученные данные можно объяснить особенностью менталитета и национальными традициями, в которых мужчинам не принято выражать свои эмоции. В этой связи становится понятным весь ассоциативный ряд, используемый респондентами-мужчинами для описания теракта: *убийство* (42,9% респондентов группы Северного Кавказа), *смерть* (32,1%), *акт насилия* (28,6% респондентов группы Северного Кавказа), *взрыв* (21,4%), *горе* (17,9%) и т.д. Можно рассматривать полученные данные как проявление личностной черты, называемой Frenkel-Bruswick (1949), Budner

(1962), Hofsted (1988) толерантностью к неопределенности. В серии исследований Lange & Houran (1998) было показано, что эмоциональная переменная личности, названная толерантностью к неопределенности, играет важную роль в процессе обработки неопределенных стимулов. Люди с высоким уровнем толерантности к неопределенности не проявляют признаков беспокойства, когда сталкиваются с неопределенными стимулами. Наоборот, индивидуумы с низким уровнем толерантности к неопределенности часто реагируют с беспокойством или боятся (Око-нешникова Н.Л., 2004). Можно предположить, что толерантность к неопределенности является национальной чертой мужского населения северокавказского региона.

Представления о террористических актах развиваются постепенно как у отдельных индивидов, так и у человечества в целом. Использование тех или иных слов для определения терактов связано с той культурой, которая довлеет в индивидуальном и коллективном сознании.

Женские группы чеченских респондентов давали сходные с определениями московских респондентов ассоциации: *страх* (25% женщин от 16 до 20 лет; 26,1% женщин от 21 до 35 лет), *смерть* (30,4% женщин от 21 до 35 лет), *убийство* (28,6% женщин от 16 до 20 лет; 21,7% женщин от 21 до 35 лет), *жертвы* (32,1% женщин от 16 до 20 лет; 13% женщин от 21 до 35 лет), *захват заложников* (21,4% женщин от 16 до 20 лет; 17,4% женщин от 21 до 35 лет) и т.д.

Ассоциативный ряд определений террористического акта женщинами г. Читы (16–20 лет) сходен с определениями теракта в женской группе из Чеченской Республики (21–35 лет): *смерть* (57,4%), *страх* (46,3%), *убийство* (36,1%), *жестокость* (28,7%). Однако у женщин г. Читы (16–20 лет) наиболее однородные ассоциации, по сравнению с женской группой из Чеченской Республики (21–35 лет).

Д.В. Ольшанский (2002) в определении терроризма как целостного явления выделяет устрашение и чувство страха как ключевое и смыслообразующее понятие: «в основе террора, прежде всего людей, лежит страх достаточно большого количества людей. Это то самое чувство, которое в первую очередь вызывается у людей террористическим актом. Нет страха – нет террора».

Полученные данные согласуются с позицией Л. Пресняковой (2003), которая считает, что люди начинают адаптироваться к ситуации терактов не потому, что перестают бояться, а потому, что воспринимают

их как постоянную, фоновую угрозу, и в результате привыкают к чувству своей незащищенности.

Выводы

1. По результатам проведенного исследования выделены часто употребляемые слова, определяющие теракт: «страх», «смерть», «убийство», «жестокость», «взрыв», «акт насилия», «паника», «слезы», «беспредел», «беда», «боль», «кровь». Наиболее часто употребляются слова: «смерть», «страх», «убийство», «жестокость».

2. Жители г. Москвы, как мужчины, так и женщины, наиболее часто используют слово «страх»: на первом месте идет «страх», на втором – «смерть». Эти данные вполне согласуются с тем результатом, который получен по вопроснику переживания террористической угрозы, эмоциональный компонент переживания террористической угрозы у женщин является доминирующим. В отличие от женщин г. Москвы, женщины ЧР на первом месте при определении теракта указывают «смерть».

Обращает внимание то, что почти половина опрошенных мужчин старшего возраста в качестве слова, характеризующего террористический акт, указывают «страх». Одна треть опрошенных характеризует теракт словом «слезы» и вторая треть – словом «беспредел».

3. Данные, полученные на жителях Чеченской Республики, показывают различия по частоте употребляемых слов между мужчинами и женщинами. Если у женщин теракт прежде всего ассоциируется со «смертью», то у мужчин наиболее частой ассоциацией является «убийство». Эти различия вполне могут быть объяснены культуральными особенностями, т.к. в национальной культуре Чеченской Республики для мужчин существует запрет на открытое выражение негативных эмоций. Большинство молодых женщин из Чеченской Республики и г. Читы в качестве наиболее часто употребляемых слов, определяющих теракт, одинаково называют «смерть», «страх» и «убийство».

Часть вторая

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
И ОБРАЗОВАНИЕ**

Экстремальная ситуация в контексте психологии безопасности

Сложность изучения экстремальной ситуации в том, что число их и источники многомерны. Экстремальная ситуация — это и землетрясение, и взрыв в шахте, и террористический акт, и катастрофа самолета, и проживание в районе атомной станции, и события, связанные с массовыми волнениями, но это и ситуация хронического страха ребенка, переступающего порог школы, это и ситуация, когда человек совершает суицид или его попытку, это и ситуация, в которой фиксируется любой вид насилия, это и ситуация физической травмы, в результате которой приобретает ограничение физических возможностей человека, это и ситуация, в которой, по данным МВД, в России 400 тысяч бездомных детей. Данное перечисление можно продолжать достаточно долго.

В психологических исследованиях разрабатываются классификации — говорят об экстремальных и чрезвычайных ситуациях (часто используемых как синонимы); выделяются трудные, кризисные, травматические ситуации, ситуации массового горя. Берутся за основание длительность и источники происхождения и т.д.

Если говорить о важнейшей научной задаче — нужен новый, более высокий уровень обобщения, поиск системы — взаимосвязей и взаимозависимостей, включение психологии экстремальных ситуаций в структуру системного анализа.

Для определения сущности экстремальной ситуации необходимо уточнить, что подразумевается в психологии под понятием «ситуация». Сегодня признается необходимость рассмотрения личности не только в аспекте социальных процессов, но и в аспекте естественных социальных ситуаций, в которых личность находится. Чаще всего при определении ситуации акцент ставится на ее внешнем характере, и ситуация рассматривается как совокупность внешних условий протекания жизнедеятельности человека, как фрагмент среды.

Мы в своем анализе придерживаемся другого подхода, когда понимание ситуации рассматривается как результат активного взаимодействия личности и среды. В этом случае появляется возможность

выделять объективные и субъективные характеристики ситуации. И тогда ситуация определяется как система субъективных и объективных элементов, объединяющихся в деятельности субъекта. К субъективным относятся межличностные отношения, социально-психологический климат, групповые нормы, ценности, стереотипы сознания [2]. Отметим, что эти элементы являются и предметом анализа в экстремальной ситуации, но в ней ведущими становятся межличностные отношения.

Данный подход дает возможность разграничить понятия «среда» и «ситуация» и определить одновременно их взаимосвязь. Среда – сложное образование, выступающее как физическая, социальная экологическая и т.п., при этом среда, в широком смысле внесубъектна, а ситуация всегда субъективна, она принадлежит тому, кто оценивает ее. Определение ситуации происходит посредством придания значения объективной ситуации, поведение человека обусловлено не столько внешним окружением, сколько его интерпретацией этого окружения.

В исследованиях, выполненных в данной парадигме, ситуация описывается как когнитивный конструкт личности, который отражает часть объективной реальности, характеризующейся тем или иным социальным контекстом. По поводу представленности ситуации в сознании индивида выделяют: формирование и развитие конструкта ситуации; функционирование конструкта, отражающего ситуацию в качестве элемента целостной системы, представляющей картину мира. Подчеркивается, что ситуация задает контекст восприятия человека, внося упорядоченность в общую картину социального мира [5]. Отметим, что данные заключения сделаны на основе исследования «нормативных» (обыденных) ситуаций социальной жизни. Специфика экстремальной ситуации в том, что она вносит не упорядоченность в общую картину социального мира, а порождает хаос, деформацию сознания.

Можно заключить, что если ситуация понимается как фрагмент среды, то акцентируется прежде всего ее перцептивный аспект. Мы согласны с мнением Л.Ф. Бурлачука и Е.Ю. Коржовой, что, рассматривая понятие ситуации, «невозможно обойти вопрос о соотношении личностных и ситуационных переменных – вопрос о преимущественной детерминации поведения человека личностными и ситуационными факторами» [2, с. 10–11]. Большинство психологов сегодня придерживаются двойной детерминации, опираясь на модель личностно-ситуационного взаимодействия, в которой поведение является функцией непрерывного процесса взаимодействия личности

и ситуации; личность выступает в качестве активного, целенаправленно действующего субъекта; существенными личностными детерминантами поведения являются когнитивные и мотивационные особенности; существенными ситуационными детерминантами поведения являются психологические значения ситуации.

Необходимо подчеркнуть, что для анализа поведения человека в экстремальной ситуации крайне актуальными становятся: сохранение возможности позитивной активности, наличие внутреннего личностного ресурса; резкое изменение психологической значимости ситуации.

В.Н. Мясищев, автор концепции отношений личности, предложил понятие значимой ситуации, подчеркнув уязвимость личности не ко всем, а к определенным факторам среды [9]. В работах других отечественных психологов заложены фундаментальные основы изучения психологических характеристик среды, приведены развернутые дефиниции (В.В. Рубцов, В.И. Панов и др.). Отметим важность обоснованного вывода, сделанного в данных исследованиях, что среда — это условие (или препятствие, в зависимости от ее качества) для развития личности.

Подводя итог краткого рассмотрения взаимодействия «человек—среда», с целью вычленения проблемы экстремальной ситуации, приведем мнение Е.О. Лабезной, с которым мы полностью согласны: «...Процесс системного взаимодействия человека как субъекта активности и окружающей среды инициируется и обеспечивается взаимовлиянием двух групп факторов — субъекта (перцептивные, когнитивные, эмоциональные, мотивационно-волевые и др. факторы) и среды. Последние представлены факторами ситуации, т.е. отраженной в сознании части целостного окружения человека, доступной его чувственному восприятию в течение некоторого промежутка времени и включающей как одиночные стимулы, так и имеющие смысл и значение события. При этом роль ситуационных факторов ... изучена в гораздо меньшей степени, чем субъективных переменных» [8, с. 373].

Проанализированные нами исследования позволяют определить направление классификации: существует категория «жизненная ситуация», (которая рассматривается как фрагмент среды), к которой могут быть приложимы (в интересующем нас контексте) следующие определения: значимая, трудная, кризисная, травматическая, экстремальная, чрезвычайная ситуация риска.

Такое разнообразие определений, часто употребляемых как синонимы, иногда разводимые по ряду признаков, делает сложным создание

единого определения, операционализацию понятия. Следует признать, что единого определения экстремальной ситуации на сегодня не существует. Одна из первых попыток в отечественной психологии определить понятие была сделана В.Д. Небылицыным. Он считает, что экстремальными или чрезвычайными условиями следует считать такие значения элементов ситуации, которые ощущаются и переживаются человеком как источник дискомфорта, и предлагает разделять факторы на внешние и внутренние. Внешние — это те, которые характеризуются:

- определенным видом воздействия — его содержательными, специфическими особенностями;
- продолжительностью воздействия;
- интенсивностью;
- объективной трудностью работы или достижения цели;
- ограниченностью времени достижения цели;
- дефицитом информации или неопределенностью возможных исходов;

— физическими, климатическими, гигиеническими и другими экологическими факторами, препятствующими деятельности.

К внутренним факторам В.Д. Небылицын относит:

- субъективную значимость воздействий;
- особенности предшествующего опыта деятельности в определенных условиях;
- уровень развития неспецифической (но в то же время индивидуальной) и специфической адаптации — состояние здоровья, выносливости, тренированности и степени развития навыков и умений действовать в данных условиях;
- индивидуальные особенности человека — индивидуальная выносливость и диапазон функциональных возможностей отдельных систем;

- степень готовности к деятельности в данных условиях;
- отношение к деятельности, мотивы и степень стремления к достижению цели, волевые качества личности [10].

Отметим, что данная классификация относится к условиям деятельности человека, а не к специфике поведенческих и психических реакций человека в условиях современной трактовки экстремальной ситуации.

Автор объемного справочника практического психолога по вопросам экстремальной ситуации И.Г. Малкина-Пых включает в книгу

разделы по вопросам насилия над женщинами и детьми, суицидальное поведение, но в разделе, посвященном классификации экстремальных ситуаций, приводит лишь определение чрезвычайной ситуации, рассматривая ее как синонимичную экстремальной. «Чрезвычайная (экстремальная) 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 среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей» (И.Г. Малкина-Пых, 2006). Нетрудно заметить, что под такое определение не попадают многие ситуации, рассматриваемые как экстремальные, прежде всего социального характера, в частности все ситуации, связанные с актами насилия по отношению к отдельному человеку, многие ситуации утраты и другие, вызывающие переживание эмоциональной, когнитивной и поведенческой дезорганизации.

Следует отметить еще один вид ситуаций, которые в психотерапии определяются как критические или кризисные. Кризисные ситуации в самом общем виде определяются как ситуации, порождающие дефицит смысла в дальнейшей жизни человека, как ситуации невозможности реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.) [3, 4].

Аналитическая оценка определений класса экстремальных ситуаций позволяет выявить, что их психологической сущностью является несоответствие между уровнем воздействия на психику человека (людей) психотравмирующего фактора (факторов) и теми возможностями, которыми он (они) обладает, чтобы адекватно осуществлять регуляцию жизнедеятельности и психической активности. И тогда мы можем рассматривать ситуацию, понимаемую как часть среды, во взаимодействии с психологическим ресурсом личности, одновременно выделяя внешние и внутренние детерминанты.

Дальнейший поиск интегративных характеристик для уточнения сути экстремальной ситуации позволил нам утверждать, что такой характеристикой должна являться категория безопасности. Безопасность для нас – ключевое понятие в социальной и научной оценке обсуждаемой проблемы, это путь интегративной оценки проблемы экстремальной ситуации и современной социальной действительности.

Безопасность – состояние защищенности (человека и среды), а также способность отражать неблагоприятные внешние и внутренние

воздействия. Для всех общественных групп, как показывают исследования, «активно-интегрирующими» ценностями являются «семья», «безопасность», «свобода», «гуманизм», которые по своей природе несут мощный заряд общественной консолидации и стабильности. Причем ценности «безопасность», «свобода» и «гуманизм» содержат в себе интегрирующий общество потенциал как в случае социально-профессиональной, так и в случае социально-демографической градации. Отмечается, что «безопасность» является наиболее актуализированной и слабоудовлетворенной потребностью, а отсутствие защищенности приводит к расколу общества на множество сообществ: от обычных кругов «своих» («наших») людей до преступных банд и мафиозных сообществ, дающих в обмен на подчинение защиту.

В современном обществе, по мнению социологов и политологов, существуют три основных вызова, так называемые «Три Д» – демографический, демократический, динамический, которые можно рассматривать на трех уровнях – глобальном, национальном, региональном.

Демографический вызов – структурный состав населения, миграция, вынужденные переселенцы, национальные отношения.

Демократический вызов – система отношений «человек–общество», защищенность, уважение прав, обеспечение нормального функционирования.

Динамический вызов – скорость изменений, обеспечение качества жизни в стремительно меняющемся мире.

Объединяет подходы и пути ответов на эти вызовы безопасность. Для уровня нашей профессиональной компетентности – это **психологическая безопасность**.

Политики утверждают, что экономика может развиваться только в условиях безопасности. Человек может развиваться только в среде с определенными параметрами, один из самых существенных – безопасность.

Отталкиваясь от психологической сути экстремальной ситуации и рассмотрения ее в аспекте характеристик безопасности как жизненной ситуации человека (в данном случае – жизненно опасной), можно предложить следующее определение экстремальной ситуации – это **ситуация, которая вызывает актуализацию потребности в безопасности и одновременно блокирует ее удовлетворение**.

Экстремальная ситуация психологически опасна для субъекта, т.к. в ней:

- происходит перегрузка психофизиологических механизмов отражения;
- возникают нерелексируемые проявления психической деятельности;
- актуализируются глубинные уровни психической организации (витальные потребности) при их фрустрации;
- снижается уровень автономности личности и волевой регуляции;
- происходит дезорганизация процессов смыслообразования и целеполагания;
- формируются «рискованные» способы удовлетворения потребностей (прежде всего потребности в безопасности);
- происходит дезорганизация процессов отражения;
- угнетается вероятностное прогнозирование.

Аналогичные психологические опасности специалисты перечисляют как возможные в деятельности профессионалов, у которых ключевым элементом профессиональной технологии выступает непосредственное и опосредованное взаимодействие между ними и клиентом, а также профессиональная деятельность, продуктом которой являются решения, регулирующие базисные стороны жизнедеятельности общества [6]. В этом контексте мы уже вступаем «в поле» информационно-психологической безопасности.

У безопасности много «лиц». В своих исследованиях я пыталась найти место психологической безопасности в системе национальной безопасности страны, где перечисляются политическая, военная, экономическая, социальная, культурная безопасность. И на определенном этапе полагала, что психологическая безопасность включена в социальную безопасность, наряду с медицинской, генетической, потребительской, образовательной и др. [1].

На данном этапе осмысления проблемы есть основания утверждать, что более продуктивным для выстраивания классификации видов безопасности является другой подход. Существуют два главных системообразующих вида безопасности – **физическая и психологическая**, а все остальные нанизываются на них, как на стержень. И в этом случае мы получаем возможность разделять субъективные и объективные причины и факторы, способствующие или препятствующие сохранению безопасности человека и окружающей его физической и социальной среды.

Итак, физическая и психологическая безопасность, объективное и субъективное, ситуация – фрагмент среды. Именно эти параметры лежат в основе оценки экстремальности ситуации и выбора главного направления помощи.

Сегодня есть основания говорить о возникновении **нового направления – психологии безопасности**, – в рамках которого выполняются как теоретические исследования, так и практические программы по обеспечению психологической безопасности в разных социальных сферах, в которое психология экстремальных ситуаций может войти как органичный раздел. Оформление данного направления в отдельную область психологического знания диктуется необходимостью интеграции теоретических основ исследовательской работы и осмысления технологий практической деятельности специалистов в аспекте психологических характеристик безопасности человека и общества. Такое оформление может решить и важную социальную задачу.

Поле теоретических исследований и практических разработок психология безопасности формируется на стыке самых разных психологических и непсихологических научных дисциплин: общей и социальной психологии, психологии и психофизиологии труда, педагогической психологии, психологии развития, психотерапии, экстремальной психологии, экологической психологии, а также общей теории безопасности, социологии, психиатрии, медицины и др.

Интегративность категории «психологическая безопасность» в том, что ее можно рассматривать:

- *как процесс*, т.е. психологическая безопасность создается фактически каждый раз заново, когда встречаются участники социальной среды;
- *как состояние*, обеспечивающее базовую защищенность личности и общества;
- *как свойство* личности, характеризующее ее защищенность от деструктивных воздействий и как внутренний ресурс противостояния (сопротивляемости) деструктивным воздействиям.

Интегративность и в том, что психологическую безопасность возможно рассмотреть:

- *на уровне общества* – как характеристику национальной безопасности, в структуре которой присутствует социальная безопасность, что означает выполнение социальными институтами своих функций

по удовлетворению потребностей, интересов, целей всего населения страны, фактически обеспечивая качество жизни и здоровье людей; более того, есть основания считать, что психологическая безопасность должна быть представлена отдельной строкой;

– *на уровне локальной среды* – это организация, где работает человек, семья, ближайшее окружение, группа друзей;

– *на уровне личности* – это многообразие аспектов сопротивляемости и жизнестойкости: переживания своей защищенности–незащищенности, наличие ресурса сопротивляемости внешним и внутренним деструктивным воздействиям, понимание и представление о психологическом насилии и совладании с его психотравмирующими формами, конкретные поведенческие акты, способствующие или препятствующие нарушению безопасности другого, саморазрушению или конструктивному устойчивому развитию.

Психологическую безопасность можно рассмотреть и в соответствии с уровнями развития человека: индивид – личность – субъект деятельности – индивидуальность:

– *на уровне индивида* можно говорить о физической безопасности человека, т.к. индивид тождественен со своей жизнедеятельностью (отметим, что физическая безопасность человека в большинстве случаев обеспечивается другим человеком, социально–психологический аспект присутствует и на этом уровне);

– *на уровне личности* – это система отношений к разнообразным сторонам действительности и другим людям, это ценности и идеалы, которые определяют поведение (более подробно см. выше);

– *на уровне субъекта деятельности* – это совокупность способов и технологий активности, создающих или снижающих угрозу другому человеку или обществу в целом; здесь можно говорить о культуре безопасности в организации;

– *на уровне индивидуальности* как высшего уровня развития человека – это смысложизненные ориентации человека, его экзистенциальная сущность, где соединяются физическая и психологическая безопасность человека как смысл бытия и сохранности человечества и социума.

Одним из подходов к разработке проблемы является целостный анализ социокультурной ситуации, т.е. акцентирование внимания на психологическом анализе среды, в которой осуществляется развитие и функционирование человека, и одновременный учет психологического ресурса личности.

Мы рассматриваем структуру психологии безопасности как состоящую из двух разделов: **психологическая безопасность среды и психологическая безопасность личности.**

Психологическая безопасность среды в социальном аспекте, определена как состояние среды, свободное от проявлений психологического насилия во взаимодействии людей, способствующее удовлетворению основных потребностей в личностно-доверительном общении и создающее референтную значимость среды и, как следствие, обеспечивающее психологическую защищенность ее участников.

Вторым разделом, включенным в психологию безопасности, является психологическая безопасность личности.

Психологическая безопасность личности проявляется в ее способности сохранять устойчивость в среде с определенными параметрами, в том числе и с психотравмирующими воздействиями, сопротивляемости деструктивным внутренним и внешним воздействиям и отражается в переживании своей защищенности/незащищенности в конкретной жизненной ситуации.

Психологическая безопасность среды и личности — это, как психологический феномен, определенное состояние. Мы отталкиваемся от мнения ведущих специалистов по проблеме психологии состояний, что ключевым для понимания сущности «психического состояния» является понятие согласования меняющихся потребностей, возможностей и условий. Состояния согласовывают потребности и устремления индивида с возможностями и ресурсами, обеспечивая его развитие в конкретных условиях среды. Категория состояния включает в себя понятия разного уровня обобщенности, разной степени широты распространения и охвата всего многообразия психической активности. Психическое состояние можно рассматривать на уровне всей психики и в отдельных сферах психики. Психическое состояние — это также согласование личностных стремлений и возможностей (психики и организма) с особенностями средовых факторов и силой их воздействия [7, 11].

Считаем, что состояние безопасности необходимо выделять как отдельную область из всех психических состояний в силу его значимости для развития.

Из всего многообразия состояний психологической безопасности личности для аналитической оценки возможно выделение следующих:

Первое – состояние стабильной психологической безопасности (устойчивость личности к внешним и внутренним воздействиям, устойчивость к психотравме).

Второе – отсутствие психологической безопасности (обусловленная внутренними и внешними факторами подверженность срывам в функционировании личности, проявляющимся в поведении и деятельности).

Третье – состояние неустойчивой психологической безопасности (как возможность перехода в состояние «первое» и «второе» под воздействием внешних и внутренних факторов).

Любое из перечисленных состояний является предметом психологического внимания и объектом психологической работы и поддержки: *первое* – для развития и укрепления психологического ресурса личности; *второе* – для срочной психологической коррекции и психологической помощи; *третье* – для сдерживания психотравмирующих внешних воздействий и мобилизации внутреннего потенциала. Каждое из этих состояний должно сопровождаться психологической работой с субъектом, но интенсивность и ее технология будут носить дифференцированный характер. Уровень психологической безопасности личности (нахождение в первом состоянии) может выступать показателем оценки эффективности деятельности, в которую личность включена и служит нормативным основанием для разработки программ психотерапевтической помощи и развивающей психологической работы.

Психология безопасности изучает социопсихологические явления и процессы, возникающие в ситуации угрозы (опасности).

Предметом психологии безопасности является психологическая безопасность личности и социальной среды.

Объектом психологии безопасности, как и любой другой области психологической науки, является психическая реальность, особенности определения которой в качестве объекта исследования обусловлены характером удовлетворения потребности в безопасности, состоянием защищенности психики от внешних и внутренних угроз, а также характером взаимодействия человека с социальной средой. Таким образом, объект психологии безопасности – психологические характеристики человека, социальной группы, общества как субъектов безопасности.

Практическими задачами психологии безопасности являются:

– разработка основ культуры безопасности в организации, в круг вопросов которой специалисты включают такие, как: разработка

определенных норм поведения; снижение частоты аварий и несчастных случаев; создание условий, в которых вопросам безопасности уделяется то внимание, которое они заслуживают в силу своей значимости; формирование в организации обстановки, в которой все ее члены разделяют одни и те же взгляды и убеждения, касающиеся рисков и угроз здоровью; усиление приверженности людей укреплению безопасности; выработка в организации стиля и практических навыков в обеспечении программ по совершенствованию безопасности и укреплению здоровья людей; снижение всех форм насилия в межличностном взаимодействии;

– профилактика и снижение психологического травматизма на основе использования закономерностей деятельности человека в условиях не только физической, но и психологической опасности, снижение угроз психическому здоровью в социальной среде, мобилизация ресурса сопротивляемости человека;

– создание образовательных программ подготовки специалистов по вопросам психологической безопасности личности и общества.

На последней мы хотели бы остановиться особо. Национальный проект образования – важная политическая инициатива. Он носит организационный характер и нуждается в содержательном наполнении. Именно в его рамках могут и должны быть созданы и выполнены программы по подготовке и переподготовке специалистов, занимающихся проблемами психологической безопасности, работающих в ситуации опасности.

Образование является средством психологического воздействия на человека, его надо подвергать экспертизе на психологическую безопасность. Психологическая работа по обеспечению безопасности в образовании способствует трансляции ценности безопасности в общественную жизнь, снижает уровень насилия во взаимодействии людей и является мощным профилактическим средством адекватного поведения и деятельности людей в экстремальных и чрезвычайных ситуациях.

Система образования, накопившая большой опыт теоретических разработок и практических технологий по проблеме психологической безопасности и психологии экстремальных ситуаций как ее части, может выступить основой для создания системы психологической безопасности населения, мониторинга состояния психологической безопасности социальной среды.

Актуальными теоретическими проблемами психологии безопасности являются:

- разработка диагностического инструментария для определения уровня психологической безопасности среды и личности;
- определение основных угроз, наносящих ущерб психологической безопасности личности и общества;
- выявление основных характеристик, определяющих безопасное психологическое состояние разных социокультурных и организационных сфер;
- проведение кросскультурных исследований по выявлению особенностей ресурса сопротивляемости человека негативным воздействиям в разных национальных культурах.

Таким образом, в психологии безопасности можно выделить следующие направления теоретических исследований и практических разработок:

- психологическая безопасность личности и общества (определение психологического ресурса, обеспечивающего сопротивляемость личности и социальных групп деструктивному воздействию, выявление психологических факторов, способствующих устойчивому развитию человека и общества в условиях физической и психологической опасности, профилактика психотравматизма и др.);
- психологическая безопасность в различных социальных средах;
- психология экстремальных ситуаций;
- психологическая поддержка людей, находящихся в ситуации повышенного риска (специалисты опасных профессий, люди, проживающие в местах с источниками повышенной опасности — атомные станции, военные объекты, постоянные природные катаклизмы и т.д.);
- информационно-психологическая безопасность;
- психологическая подготовка руководителей по проблемам культуры безопасности в организации;
- кросскультурные особенности психологической безопасности личности и общества (учет национального менталитета и культуры в кризисных и экстремальных ситуациях, при работе с мигрантами и др.).

Психологическая безопасность может быть рассмотрена только в контексте проблем безопасности общества и прав человека. Если этих позиций нет, то и о психологической безопасности говорить сложно.

В подходе к обсуждаемой проблеме необходимо объединение усилий психологов, юристов, правозащитников. Человеку необходимы не только психологическое сопровождение и защищенность, но и правовая защита, организационный порядок.

Системность – не только в установлении психологических взаимосвязей и выстраивании концептуальной системы, поиск места психологии экстремальной ситуации в ней. Системность – еще и в соединении усилий тех, кто работает с субъективными аспектами среды, и тех, кто работает с ее объективными факторами. Это, скорее, комплексность. Комплексность – это правовые, организационные, координационные и другие аспекты как в категории анализа, так и в категории деятельности специалистов. Важным аспектом при соотношении и выборе сил и средств обеспечения безопасности в экстремальной ситуации является возрастание роли психологических факторов, являющихся системообразующими в комплексном соединении с юридическими, организационными, социальными, медицинскими аспектами.

Субъектами обеспечения психологической безопасности могут выступать:

- конкретный человек, личность;
- группы, оказывающие психологическую поддержку;
- общество, государство через систему социальных институтов.

Значимым положением концепции психологической безопасности личности и общества является предвидение и предупреждение возникающих опасностей, стремление противодействовать им на ранней стадии их проявления, т.е. система профилактических мероприятий. Необходима организация постоянного мониторинга психологической безопасности социальной среды и отдельного человека.

Подводя итоги анализа, можно заключить, что:

1. Психология безопасности – системная область психологического знания, в которую психология экстремальной ситуации входит как один из разделов.

2. Есть два системообразующих вида безопасности – физическая и психологическая.

3. Необходима системность и комплексность подхода к проблеме психологии безопасности, психологии экстремальной ситуации. Обязательное взаимодействие юридического, социального, организационного и других аспектов.

4. Необходимость соединения психологических знаний в аспекте безопасности и организационно-политических решений по их внедрению в жизнь.

Устаревают не только географические и политические карты, сегодня приходится говорить и о том, что существенно устарела так

называемая «карта опасности», т.е. представления об опасности, которые существуют в массовом сознании. Некоторые из новых опасностей уже осознаются (например, угроза межнациональных конфликтов, терроризма и т.п.), некоторые же остаются вне поля нашего внимания, поскольку их эпицентры расположены в самых непривычных местах. Теоретические и эмпирические исследования по проблемам психологической безопасности есть та основа, на которой может быть сформулирован категориальный аппарат психологии безопасности как новой отрасли психологической науки.

Осознание и принятие ответственности за себя, социальную группу, общество в целом означает, что человек становится субъектом безопасности, т.е. субъектом безопасного процесса развития. Это психологическая работа, и именно она лежит в основе национальной безопасности страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баева И.А.* Психологическая безопасность в образовании. СПб., 2002.
2. *Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.* Психология жизненных ситуаций. М., 1998.
3. *Бурмистрова Е.В.* Рекомендации по преодолению кризисных ситуаций в образовательной среде // Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении. Практическое руководство / Под ред. И.А. Баевой. СПб., 2006. С. 121–163.
4. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.
5. *Воронин В.Н., Князев В.Н.* К определению психологического понятия ситуации // Актуальные вопросы организационно-психологического обеспечения работы с кадрами. М., 1989.
6. *Кабаченко Т.С.* Методы психологического воздействия. М., 2000.
7. *Куликов Л.В.* Психология настроения. СПб., 1997.
8. *Лабезная Е.О.* Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс // Психология состояний / Под ред. А.О. Прохорова. СПб., 2004. С. 373–385.
9. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
10. *Небылицын В.Д.* Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М., 1976.
11. *Прохоров А.О.* Предпосылки и история проблемы психических состояний в психологии // Психология состояний / Под ред. А.О. Прохорова. СПб., 2004. С. 13–17.

Междисциплинарная команда специалистов для экстренного реагирования в случае насилия над ребенком

В современной России одной из наиболее актуальных и перво-степенных для решения является проблема организации помощи детям, оказавшимся в трудных и чрезвычайных жизненных ситуациях. Насилие, жестокое обращение, социальные потрясения, терроризм, техногенные аварии, природные бедствия могут иметь катастрофические последствия для развития ребенка. Психологические нарушения, психосоматические, психические расстройства у детей, оказавшихся в трудных и чрезвычайных ситуациях, могут проявляться в чувстве беспомощности, синдроме лишенности и фрустрации, в агрессии, апатии и т.д. и с течением времени могут привести к снижению качества жизни, инвалидизации, ранней смерти. Испытав на себе те или иные элементы насилия, ребенок, как правило, становится либо подавленным и не способным занять в жизни активную созидательную позицию, либо агрессивным, озлобленным на окружающий мир.

Сегодня в России существуют организации, занимающиеся проблемами помощи детям, оказавшимся в трудных и чрезвычайных жизненных ситуациях. Система образования и система социальной защиты в Российской Федерации располагают в настоящее время широкой сетью учреждений, которые могли бы оказывать экстренную помощь детям. Однако деятельность этих учреждений часто является рассогласованной, порой антагонистичной. В результате этого положение ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию, еще более усложняется и дестабилизируется; возможности для обеспечения нормального развития ребенка и соблюдения основных прав детей на полноценную жизнь практически нивелируются.

Существующий мировой и отечественный опыт показывает, что в экстремальной ситуации, угрожающей здоровью и жизни ребенка, наиболее эффективной оказывается работа специалистов, в основе организации которой лежит междисциплинарный подход. Этот

подход основан на профессиональном взаимодействии специалистов разной ведомственной принадлежности: образования, медицины, социальной работы, правоохранительных и правозащитных органов. Внутренней детерминантой деятельности такой системы является междисциплинарная команда специалистов. В данной статье мы хотели бы раскрыть возможности работы междисциплинарной команды специалистов, работающих со случаем насилия над ребенком. Насилие и жестокое обращение с детьми как феномен социальной жизни представляет собой достаточно распространенную проблему современного общества, решение которой связано как с профилактической работой, так и с организацией экстренных действий специалистов по оказанию помощи пострадавшему ребенку.

Насилие и жестокое обращение с детьми в настоящее время является проблемой, требующей применения знания и навыков специалистов разной профессиональной принадлежности: врачей, психологов, юристов, социальных работников, педагогов, работников правоохранительных органов и других служб. Конкретные формулировки, применяемые специалистами разных профессий, могут различаться в деталях, однако очевидно, что насилие над детьми – это междисциплинарная проблема, требующая комплексного и координированного ответа специалистов разных профессий. Ни один профессионал и ни одно изолированное ведомство не может решить эту проблему в одиночку, поскольку не может представлять юриста, врача, педагога, психолога, милиционера и других специалистов в одном лице.

Отличительными особенностями такой команды являются:

- общее видение проблем ребенка/семьи;
- наличие общей цели деятельности;
- согласованность действий членов команды;
- взаимодополнение членов команды по функциям и ролям;
- наличие единых протоколов действий;
- групповая ответственность членов команды за результаты воз-
действий;
- способность быстрого реагирования на ситуацию, в которую
попал ребенок.

Основными функциями междисциплинарных команд, работающих с проблемой насилия и жестокого обращения с детьми, являются следующие:

- Информационно-аналитическая (собирает информацию по проблеме насилия и жестокого обращения в социуме, семье, образовательном и других учреждениях).

- Первичный прием ребенка (или иного заявителя) в связи со случаем жестокого обращения или насилия.

- Организация комплексной практической помощи ребенку и семье.

- Мониторинг детей, подростков и семей «группы риска».

- Организационно-профилактическая работа (выступления перед родителями, выступления в трудовых коллективах, встречи с администрацией, выступления в СМИ, проведение конференций среди специалистов, акции по защите прав детей и т.д.).

Цель организации междисциплинарной команды специалистов – не превратить милиционера в психолога, социального работника во врача и т.п., а развить сотрудничество и скоординированную работу профессионалов в интересах ребенка.

Основными факторами успешной деятельности междисциплинарной команды являются координация и постоянная связь, четкое планирование и гибкость в совместной работе, постоянные контакты между специалистами как в организационном, так и в содержательном аспектах. Поэтому членам команды важно договориться о групповых нормах, о процедуре принятия решения в текущих делах и в чрезвычайных обстоятельствах, о способах решения конфликтов.

Эффективные коммуникации, согласованные действия членов междисциплинарной команды между собой и со специалистами, работающими в различных ведомственных организациях, особенно важны в экстренной ситуации, когда от специалистов требуется немедленное реагирование и помощь ребенку, столкнувшемуся с насилием и жестоким обращением.

Обычно сообщение о случае насилия над ребенком поступает в междисциплинарную команду по телефону или при очном обращении, где его должен принять любой из специалистов, входящих в междисциплинарную команду. После поступления сообщения о случае и сбора первичной информации о ситуации насилия проводится экстренное собрание междисциплинарной команды. На совещании принимается решение о ведении случая: назначается менеджер случая (как правило, это социальный работник, хорошо знающий ситуацию в семье и имеющий доступ в нее), рассматриваются варианты

дальнейшего пребывания ребенка в семье, разрабатываются шаги медицинской, юридической, психологической, социальной помощи ребенку в зависимости от сложившейся ситуации и т.п.

Данные специалисты проходят специальную подготовку по определению индикаторов насильственного поведения по отношению к ребенку, приему и ведению случая насилия и жестокого обращения с детьми, проведению интервью с ребенком, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Интервью с ребенком — это ключевой компонент сбора информации о ситуации насилия. От того, насколько грамотно и конфиденциально оно будет проведено, зависит благополучие и психологическое здоровье ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию. Параллельное интервьюирование ребенка в нескольких учреждениях и/или несколькими специалистами, как правило, не добавляет точности получаемой информации, а приводит к вторичной травматизации уже пострадавшего ребенка.

Для быстрого реагирования в ситуации, требующей вмешательства, у междисциплинарной команды должны быть отработаны стандартные процедуры для сбора информации о ситуации насилия и пренебрежения нуждами ребенка; созданы протоколы интервьюирования детей и обеспечения совместного расследования случая насилия. Это необходимо для того, чтобы уменьшить дублирование процедур расследования.

Важным условием эффективности работы междисциплинарной команды являются наличие помещения для расположения команды, средства связи (как минимум наличие телефона) и транспорта для выезда на место проживания семьи.

Вероятно, самое критическое решение, с которым сталкиваются специалисты междисциплинарной команды, — это оставлять ли ребенка, подвергшегося насилию, дома в семье или изъять его из семьи. Это трудное решение, которое влияет на безопасность детей, их долгосрочное психологическое развитие, функционирование семьи, ответственность работников и профессиональное «лицо» специалистов междисциплинарной команды. Одним из оснований для принятия такого решения является протокол оценки безопасности ребенка, с помощью которого определяется угроза немедленного вреда и определяются шаги, необходимые, чтобы защитить детей. Когда проводящий расследование член междисциплинарной команды впервые контактирует с семьей, он должен оценить, есть ли какие-либо факторы, которые

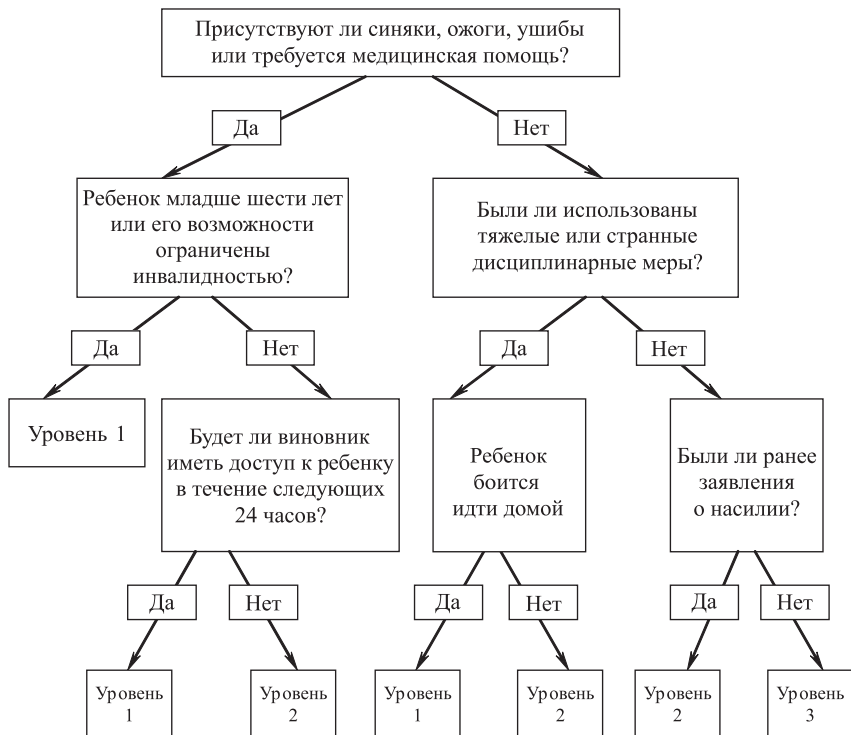
угрожают безопасности ребенка. Обычно лист потенциальных угроз содержит в себе перечень возможных действий родителей или иных взрослых, окружающих ребенка, чьи действия могут нанести дополнительный вред ребенку. Уязвимость/беспомощность каждого ребенка обязательно принимается во внимание в процессе оценки: дети в возрасте от рождения до шести лет, как правило, не могут защитить самих себя; более старшие дети могут оказаться не способны защитить себя вследствие сниженной психической или физической способности или того, что они неоднократно оказывались жертвой насилия.

Рисунок иллюстрирует систему неотложности реагирования в случаях подозрения на физическое насилие. В этой схеме ответ на каждый вопрос направляет специалиста к следующему вопросу, к уровню предполагаемого ответа.

Следующий этап работы – определение краткосрочных вмешательств для оказания помощи. Члены междисциплинарной команды могут начать оказывать помощь ребенку своими силами в зависимости от характера и остроты проблемы или сопроводить ребенка к специалисту вне команды для оказания целевых услуг (например, к наркологу, детскому гинекологу). Как правило, случаи насилия над ребенком имеют известную предысторию и последствия и поэтому требуют от междисциплинарной команды план не только краткосрочных вмешательств, но и работу по дальнейшему сопровождению ребенка и членов его семьи. Эффективность этой работы во многом обусловлена качеством совместной деятельности членов междисциплинарной команды по разработке и внедрению целостной стратегии предотвращения насилия над детьми.

И, наконец, обязательным условием для повышения эффективности деятельности междисциплинарной команды, работающей с ребенком, попавшим в трудную или чрезвычайную жизненную ситуацию, являются вопросы менеджмента команды: измерение нагрузки и финансирования для определения количества специалистов, необходимых, чтобы выполнить требуемую работу; компонент управленческой информации, который использует суммарные данные оценки семей «группы риска».

Для решения задач, требующих нестандартных подходов, экстренного реагирования в условиях дефицита ресурсов и времени, такая группа, как междисциплинарная команда, оказывается более продуктивной за счет использования знаний и опыта из разных областей,



Уровень 1 – реагирование в 24 часа.
 Уровень 2 – реагирование в 48 часов.
 Уровень 3 – реагирование в 3–5 рабочих дней.

**Рис. Принятие решений о неотложности реагирования
в случае физического насилия**

которыми обладают ее члены. Если деятельность междисциплинарной команды встречает понимание и поддержку со стороны структур, представленных в команде, со стороны иных социальных институтов, то уровень включенности в работу каждого члена команды становится значительно выше как при постановке цели, так и в процессе решения проблемы, поскольку личный ресурс тратится не на доказательство необходимости решения проблемы, а собственно на решение проблемы конкретного ребенка.

Экстренная психологическая помощь: модель психологической службы образования

Чрезвычайные и экстремальные ситуации (природные и техногенные катаклизмы, террористические акты) все чаще затрагивают тысячи обычных людей (в том числе и детей), а если учесть влияние средств массовой информации, они касаются практически всех. Очевидно, что при оказании психологической помощи большому количеству людей необходимо опираться на самую массовую службу психологической помощи. Исторически сложилось так, что в нашей стране наибольшее развитие получила Служба практической психологии образования. В настоящее время в стране сложилась система подготовки и переподготовки кадров, система научно-методического обеспечения, развитая инфраструктура психологической помощи в образовании (в системе Службы практической психологии образования работают десятки тысяч практических психологов и сотни психологических центров) сформировалась практически во всех регионах страны. Уровень и качество организации Службы в разных регионах существенно различаются, тем не менее для организации психологической помощи в чрезвычайных ситуациях (ЧС) особенно важно то, что эти структуры располагаются на всей территории страны. Не случайно практические психологи образования г.Москвы одними из первых приняли активное участие в оказании психологической помощи людям, пострадавшим при взрывах жилых домов в Печатниках и на Каширском шоссе.

В последние годы Служба практической психологии образования все чаще сталкивается с проблемами кризисного вмешательства (действия в экстремальных и чрезвычайных ситуациях), что требует от специалистов дополнительных профессиональных навыков. Образовательное учреждение вынуждено оперативно реагировать на различные кризисные ситуации. Одни из них локальны и касаются только учеников (воспитанников) и персонала (такие, как переживание утраты в связи со смертью ученика, преподавателя), другие носят более глобальный, региональный характер (стихийные бедствия, войны и т.д.). Кризисная ситуация может представлять угрозу физической

безопасности учащихся — захват заложников, обнаружение бомбы и т.д. К некоторым типам кризисных ситуаций можно подготовиться, другие практически не оставляют времени для предварительного планирования. Одни бедствия случаются в стенах школы, другие — за ее пределами. Эти факторы влияют на реакцию человека в кризисных ситуациях, однако вне зависимости от типа кризисной ситуации учитель сталкивается с необходимостью планировать действия в соответствии с происшествием, а также владеть навыками первичной диагностики, позволяющей оценить и понять поведение учащихся.

Интересно, что многолетний опыт работы специалистов в Израиле, также как и в России, привел к осознанию необходимости участия школьных психологов в ликвидации последствий экстремальных ситуаций. По мнению Б.Штейна, необходимость обучения школьных психологов работе в условиях чрезвычайных событий возникает в связи с тем, что часть сообщества (включая и школьное руководство) не знают, что предпринять в этой ситуации. Это в свою очередь приводит к углублению стрессового состояния как у детей, так и у самих учителей. Осознание этого факта привело к созданию в системе образования Израиля программ кризисного вмешательства. В рамках этих программ были разработаны методы подготовки учащихся и школьного персонала к эффективному совладанию с эмоциональными и поведенческими аспектами реакции на потенциально травматическое событие. С развитием подобных программ они распространялись с уровня отдельной школы на более широкий уровень социума. Кризисная ситуация, по мнению израильских специалистов, должна разрешаться в более широком контексте и в координации разных общественных служб, при четком руководстве и распространении точной информации. Такая организационная схема отражает все большее смещение акцентов в должностных обязанностях школьного психолога от традиционных проблем к выполнению роли районного психолога, обслуживающего общину. Во время кризиса к нему могут обращаться за помощью персонал школы, администрация района и т.д. (B.Stein, 1996)¹.

События 1999 г. (взрывы жилых домов в г. Москве) поставили перед психологической службой новую очень важную задачу — создание системы экстренной психологической помощи лицам, оказавшимся

¹ Stein B. In.: Continuity and change: Organisation, groups, individuals in crisis. Eger, 1996.

в кризисной ситуации. Для решения этой задачи в рамках научно-образовательного комплекса «Психология» Психологическим институтом РАО и Московским городским психолого-педагогическим университетом была проведена работа по созданию действующей системы экстренной психологической помощи. Так, уже в сентябре 2000 г. решением Президиума Российской академии образования был открыт Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» ПИ РАО, а в 2001 г. по решению Департамента образования г. Москвы был создан Центр экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Задачей этих структур стало создание практической системы экстренной психологической помощи и научный анализ всего комплекса проблем, связанных с особенностями поведения человека в экстремальных ситуациях. Следует отметить, что в системе Министерства чрезвычайных ситуаций в качестве филиала Всероссийского центра экстренной радиационной медицины МЧС России в сентября 1999 г. был создан Центр экстренной психологической помощи МЧС России (г. Санкт-Петербург), и лишь в январе 2004 г. Центр получил самостоятельный статус (приказ МЧС России от 25.04.2003 г. № 218 «О создании психологической службы МЧС России»).

Опыт работы Центра экстренной психологической помощи МГППУ и Научно-практического центра «Психология экстремальных ситуаций» ПИ РАО позволил уточнить основные функции деятельности экстренной психологической помощи:

- практическая – непосредственное оказание скорой психологической помощи населению;

- координационная – обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами;

- научно-исследовательская – аналитико-прогностическая работа на основе обобщенного анализа данных состояния и тенденций развития экстренной помощи;

- учебно-методическая – подготовка специалистов-психологов службы скорой психологической помощи, обучение специалистов служб экстренной помощи навыкам оказания скорой психологической помощи; участие в просветительской работе с населением по вопросам оказания экстренной психологической самопомощи;

- нормативно-правовая – подготовка предложений по квалификационным характеристикам подготовки психологов по основам

оказания скорой психологической помощи, разработка этического кодекса специалистов экстренной психологической помощи (ЭПП), разработка проектов нормативно-правовых основ, регламентирующих профессиональную деятельность специалистов ЭПП и др.

Не случайно именно Служба практической психологии образования г. Москвы стала базой, на которой формируется служба экстренной помощи населению. В настоящее время Служба практической психологии образования г. Москвы представляет разветвленную систему помощи детям – в городе работает 47 образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (ППМС-центры), а также практически в каждой школе и детском саду работают школьные психологи (почти пять тысяч специалистов). Активно развиваясь, служба экстренной психологической помощи выстраивается как полипрофессиональный комплекс и внедряет в практику средства и методы, позволяющие повысить культуру безопасности жизнедеятельности населения.

В мае 2002 г. решением коллегии Департамента образования г. Москвы в целом ряде ППМС-центров Западного, Юго-Западного, Южного, Северо-Восточного и Зеленоградского округов были созданы первые антикризисные подразделения по оказанию экстренной психологической, педагогической, социальной и правовой помощи детям и семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Реализация поставленных перед службой экстренной помощи целей и задач требует создания соответствующей организационной структуры. На наш взгляд, такая структура должна включать в себя следующие подразделения:

- «Телефон доверия».
- Мобильная помощь.

• Информационно-аналитическое обеспечение. В свою очередь, подразделение информационно-аналитического обеспечения включает научно-исследовательскую и учебно-методическую группы.

Задачи по оказанию экстренной психологической помощи, а также по выполнению социально-диспетчерских функций реализуются в деятельности подразделений «Телефона доверия» и мобильной помощи.

В организации деятельности «Телефона доверия» предусматриваются два варианта работы. Первый представляет собой оказание помощи профессионалом (психологом, психотерапевтом, психиатром).

Второй вариант строится на привлечении к работе добровольцев-волонтеров.

Задачи, связанные со сбором и обработкой информации, ведением базы данных, разработкой методических рекомендаций, нормативно-правового обеспечения, подготовкой и переподготовкой специалистов и т.д., определяют деятельность подразделения информационно-аналитического обеспечения.

Организация помощи пострадавшим может реализовываться в следующих концептуальных моделях:

- педагогической;
- социальной;
- медицинской;
- диагностической;
- психологической.

Сталкиваясь с проблемами кризисного вмешательства, именно в системе образования активно развивалась служба экстренной психологической помощи. Модель психологической службы образования, сложившаяся в г. Москве, включает в себя: Центр экстренной психологической помощи (Московский городской психолого-педагогический университет), Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» (Психологический институт Российской академии образования), десять антикризисных подразделений на базе существующих в городе психологических центров и формирующиеся школьные антикризисные бригады. Департаментом образования г. Москвы (приказ № 340 от 24.06.2005 г.) была создана городская экспериментальная площадка «Разработка модели психологически безопасной психологической среды (разработка профилактического блока модели эксперимента – учебно-развивающего курса «Школа доброты»)». Экспериментальная работа в рамках этой площадки направлена на решение целого комплекса задач, в том числе и разработку каждым образовательным учреждением собственных стратегий поддержания порядка в разгар кризисной ситуации, создание школьных антикризисных бригад, отработку системы взаимодействия школьных антикризисных бригад, антикризисных подразделений городского центра экстренной психологической помощи и городских служб экстренного реагирования.

Таким образом, система организации и структура службы экстренной психологической помощи в образовании может быть представлена следующим образом (рисунок).



Рис. Система организации службы экстренной психологической помощи

Пятилетний опыт деятельности службы экстренной психологической помощи в системе образования показал, что школьная антикризисная бригада может состоять из психолога, социального педагога, волонтеров-педагогов, прошедших обучение и имеющих заранее установленные обязанности и полномочия, действующая только в момент возникновения кризисной ситуации. Типы кризисных ситуаций в школе, с которыми предстоит иметь дело этим бригадам, — следующие:

- переживание утраты в связи со смертью одноклассника, преподавателя, классного руководителя;
- ситуации насилия и конфликта;
- общая кризисная ситуация, вовлекающая всю школу (пожар, наводнение и другие чрезвычайные ситуации);
- угрозы физической безопасности учащихся, такие, как ситуация захвата заложников, обнаружение взрывчатых и отравляющих веществ, ситуации насилия и т.п.

В своей деятельности школьные бригады подчиняются районным антикризисным подразделениям. Антикризисное подразделение — это постоянно действующая группа специалистов, являющаяся посредником между городским центром экстренной психологической помощи и отдельной школьной кризисной командой с целью проведения профилактических и учебно-методических мероприятий в районе, округе, осуществляющая контроль и координирующая взаимодействие между разными школами, а также осуществляющая непосредственное оказание экстренной психологической помощи населению в локальных ситуациях. С этой целью организуются «горячие линии» в рамках работы «Телефона доверия». Специалисты антикризисного подразделения в свою очередь непосредственно подчиняются Городскому центру экстренной психологической помощи МГППУ, осуществляющему научно-методическое сопровождение и координацию деятельности антикризисных подразделений.

Впервые такая система организации экстренной психологической помощи была использована при ликвидации последствий теракта на Дубровке. С часа ночи 24 октября, через четыре часа после захвата заложников, сотрудники Центра экстренной психологической помощи МГППУ, Центра психологии экстремальных ситуаций Психологического института РАО и антикризисных подразделений ЦПМСС «Отрадное» (Северо-Восточный округ) и ЦПМСС «Взаимодействие» (Южный округ) приняли участие в работе с родственниками потерпевших, самими потерпевшими и подозреваемыми. С момента захвата заложников действовал круглосуточный «Телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи МГППУ. О работе «Телефона доверия» сообщали средства массовой информации (радио и газеты). Это позволило работать с широким кругом населения (разъяснять ситуацию и успокаивать). На прилегающей к месту происшествия территории студенты-психологи МГППУ распространяли памятки и рекомендации, как помочь детям в этой сложной ситуации. Было обеспечено психологическое сопровождение непосредственно пострадавших, а также всех лиц, косвенно вовлеченных в ЧС, специалистами ЦЭПП, ППМС-центров, психологами образовательных учреждений, деятельность которых координировалась ЦЭПП МГППУ. В острый период ЧС психологами проводилось консультирование по «горячим линиям» «Телефонов доверия» на территориях антикризисных подразделений. Взаимодействие с ГУ МЧС по г. Москве, НИИ педиатрии, отделением

неотложной хирургии и травм Научного центра здоровья детей РАМН (заведующий – Л.М. Рошаль) – по оказанию помощи детям – и с городской психотерапевтической поликлиникой № 223 (главный врач поликлиники – Ю.П. Бойко) – по оказанию помощи взрослым – позволило комплексно проводить медицинскую, психотерапевтическую и психологическую реабилитацию пострадавших. Такая организация работы психологической службы дала возможность охватить ши рокий круг пострадавших, остро нуждающихся в психологической помощи, и значительно снизить напряжение среди населения.

Сегодня служба экстренной психологической помощи набирается из добровольцев и квалифицированных работников, прошедших подготовку в критических ситуациях. После того как команда сформирована и обучена, необходима некоторая подготовка, выработка навыков, сплочение команды и общая поддержка. Благодаря активному сотрудничеству с ГУ МЧС по г. Москве (соглашение о сотрудничестве между Департаментом образования г. Москвы и ГУ МЧС по г. Москве было подписано в 2003 г.), специалисты службы экстренной психологической помощи и привлеченные добровольцы имеют возможность прохождения курса начальной подготовки спасателей с последующей аттестацией и присвоением квалификации по данной специальности. Важно, чтобы команда имела возможность поддержания навыков. Это обеспечивается:

- регулярными встречами команды;
- разбором произошедших случаев;
- распространением методических материалов;
- выработкой системы упражнений, направленных на усвоение новых навыков;
- предоставлением возможностей для дополнительной подготовки и другими мерами, направленными на повышение эффективности команды.

Опыт работы Центра экстренной психологической помощи МГППУ показывает, что наиболее продуктивным является соглашение о взаимопомощи с другими командами психологической помощи служб экстренного реагирования. С ноября 2001 г. по инициативе Центра экстренной психологической помощи (Московский городской психолого-педагогический университет) и Научно-практического центра «Психология экстремальных ситуаций» (Психологический институт РАО) началась работа по созданию системы межведомственного

взаимодействия в кризисных ситуациях. Главным итогом пятилетней работы можно считать создание (в августе 2006 г.) Межведомственного совета по координации деятельности психологических служб города при Правительстве г. Москвы, а также утверждение «Порядка межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в г. Москве» и создание рабочей группы по разработке концепции Закона г. Москвы «О психологической помощи населению в г. Москве».

Практико-ориентированная адресная подготовка и переподготовка специалистов служб экстренной психологической помощи, способных профессионально решать комплекс проблем, связанных с оказанием различных видов помощи и прежде всего помощи в кризисных ситуациях – одно из наиболее важных направлений в деятельности службы экстренной психологической помощи. Подготовка специалистов антикризисных подразделений, педагогов и психологов образования, специалистов службы экстренной психологической помощи должна выстраиваться как поэтапная система повышения квалификации, включающая в себя:

- 1 этап – базовый курс;
- 2 этап – профессиональный курс;
- 3 этап – специализированный курс;
- 4 этап – экспертное сопровождение.

В настоящее время в МГППУ ведется ряд курсов по подготовке специалистов для работы в антикризисных подразделениях Службы практической психологии образования города. Совместно с УМЦ ГО ЧС осуществляется базовый курс подготовки спасателей в объеме 240 часов. Апробированы специализированные курсы для студентов и психологов антикризисных подразделений «Психология экстремальных ситуаций», «Комплексный метод саморегуляции “Ключ” Х. Алиева», «Психологическая помощь пострадавшим в ЧС средствами психодрамы», «Приемы и методы психологического телефонного консультирования», «Психологическая безопасность образовательной среды» и др., ведутся супервизорские сессии.

На сегодняшний день специалисты службы экстренной психологической помощи системы образования г. Москвы имеют большой практический опыт помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, специалистам служб экстренного реагирования и ликвидаторам

ее последствий. Этот опыт позволил определить основные задачи службы экстренной психологической помощи. Прежде всего к ним относятся:

- Реабилитация пострадавших в кризисной ситуации и работа с психологическими последствиями этой ситуации.
- Координация деятельности специализированных психологических служб города.
- Консультативная помощь органам местной власти пострадавшей территории по эффективному совладанию с эмоциональными и поведенческими реакциями людей в кризисных ситуациях.
- Просветительская работа с населением по проблемам психологической само- и взаимопомощи в кризисных ситуациях (обучение людей методам эффективного совладания).
- Анализ и прогноз тенденций развития служб экстренной помощи.
- Подготовка кадров (обучение специалистов служб экстренной помощи навыкам оказания скорой психологической помощи, тренинг психологических характеристик, необходимых для действия в стрессовых ситуациях).

Одним из основных принципов организации кризисного вмешательства, лежащих в основе деятельности многих зарубежных служб экстренной психологической помощи, является принцип нормализации. Вмешательство основывается на предположении о том, что проявляющиеся во время кризиса дисфункциональные феномены не являются патологическими и необратимыми, поэтому помощь нацелена на действие в ситуации «здесь и теперь» и не имеет дело с глубинными психологическими проблемами. Кризисы обостряют имеющиеся проблемы и часто приводят к проявлению скрытой патологии, но кризис также несет в себе возможность включить защитные механизмы как у группы людей, так и у отдельного человека.

Нам представляется, что, помимо основного принципа нормализации, в основу деятельности службы экстренной психологической помощи должен быть положен целый ряд принципов:

- *Возможность безотлагательного получения помощи независимо от времени суток и удаленности от медицинского или психологического учреждения* (т.е. оперативность и доступность помощи). Для этого организуется круглосуточный режим работы службы, выделяются технические средства, позволяющие оперативно обрабатывать поступающие

запросы и также оперативно доставлять помощь. Доступность и оперативность могут быть обеспечены использованием многоканальной связи («Телефон доверия»), а также выделением транспорта для бригад специалистов, оказывающих помощь.

- *Индивидуальный подход*, при котором субъектом помощи является конкретный пострадавший человек с присущими только ему особенностями развития, способами реагирования на жизненные ситуации, разрешения конфликтов и т.д.

- *Опора на принцип «здесь и теперь», поощрение активного участия потерпевшего в планировании и терапевтическом процессе.*

- *Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту. Ориентация на нормы и ценности клиента.* В кризисных ситуациях люди демонстрируют самое разное поведение — от мужества и самоотверженности до растерянности и трусости. Не дело специалиста, оказывающего помощь, заниматься оценкой личности и поступков пострадавшего. В любом случае должна быть оказана психологическая поддержка. Специалист должен стараться понять и помочь каждому, кто нуждается в помощи.

- *Динамичность профессиональной позиции.* Речь идет о том, что при оказании помощи специалист в основном использует методы психологического воздействия, т.е. опирается на личностные ресурсы пострадавшего и свои собственные, а также на закономерности и психотерапевтический потенциал общения в диаде «консультант–клиент». Однако в отдельных случаях допускается и прямое вмешательство консультанта в социальную ситуацию клиента. Это допускается в ситуациях, когда имеет место выраженный суицидальный риск или риск нанесения вреда клиентом самому себе или окружающим, происходит нарастание личностного кризиса, клиент согласен на вмешательство.

- *Содействие самоконтролю и повышению сопротивляемости*, т.е. помощь специалистов направлена на работу с симптоматикой, а не с глубинными проблемами пострадавших.

- *Принцип меры.* Кризисное вмешательство — не психотерапия. Можно охарактеризовать его как специализированное срочное вмешательство. Соответственно, и перегружать процесс оказания помощи психотерапевтическими техниками, рассчитанными на длительную систематическую работу с пациентом, не входит в задачу специалистов службы экстренной помощи. В их задачи также не входит и последующая опека или патронат пострадавших. В случае, если пострадавшему

требуется профессиональная психотерапевтическая или социальная помощь, он направляется в окружное или районное учреждение, специализирующееся на оказании такого рода помощи.

• *Использование при необходимости профессиональных аналогий и заимствований.* В работе специалиста службы экстренной помощи нередко возникают неожиданные, уникальные, непредвиденные ситуации, когда имеющихся в его арсенале профессиональных средств может оказаться недостаточно. В этом случае возможно и даже желательно заимствование им средств из смежных профессиональных областей – педагогики, риторики, суггестии, социальной работы, медицины и др.

Несмотря на то, что в нашей стране сложилось несколько различных моделей оказания экстренной психологической помощи – свои модели в системе Министерства чрезвычайных ситуаций, здравоохранения и силовых ведомств – служба экстренной психологической помощи системы образования показала свою необходимость при работе в чрезвычайных ситуациях. События последних лет (взрывы и террористические акты в г. Москве, трагедия атомного подводного ракетного крейсера «Курск», работа в Чеченской Республике, Республике Дагестан, Республике Северная Осетия – Алания и др.) подтвердили не только необходимость, но и эффективность деятельности службы экстренной психологической помощи в системе образования. Как мы уже упоминали выше, Служба практической психологии образования имеет развитую инфраструктуру, покрывающую всю территорию Российской Федерации, соответственно, имеет возможность оказать помощь практически в любом уголке нашей страны. Деятельность Службы позволяет обеспечить психологическое сопровождение пострадавших детей, педагогов и родителей, оказавшихся в кризисных ситуациях. Однако на этом не заканчивается оказание помощи, в дальнейшем пострадавшие попадают под наблюдение специалистов антикризисных подразделений и образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Служба экстренной помощи в образовании, в отличие от других служб, имеет одно важное преимущество – она может целенаправленно заниматься подготовкой детей, педагогов, родителей к эффективному совладанию с кризисными ситуациями. Дальнейшее развитие системы оказания экстренной психологической помощи требует организации эффективного взаимодействия служб экстренного реагирования различных ведомств.

Школа и стрессы: современное состояние проблемы¹

Предметом нашего сообщения является образовательная ситуация. Сегодня нам предстоит обратиться к ней еще раз, чтобы понять, в каком отношении эта ситуация является благоприятной и комфортной для обучения и развития детей в школе, оценить факторы, которые неизбежно сопровождают школьное обучение и создают предпосылки для возникновения и действия различных стрессов у участников образовательного процесса².

Нам предстоит также не только оценить эти факторы в целом, но всерьез отнестись к профилактике школьных стрессов, обозначить конкретные условия и задачи, следование которым поможет педагогам, детям и их родителям правильно видеть причины многих стрессовых ситуаций, воздействовать на эти причины, эффективно действовать в случае стрессовых расстройств, а в итоге положительно влиять на сохранение здоровья наших детей и их развитие.

1. Стрессовые факторы, характеризующие образовательную среду современной школы

Проблема школьных стрессов отнюдь не является новой или неожиданной для специалистов — педагогов, психологов, управленцев. В той или иной степени каждый из нас сталкивается с этой проблемой в своей практике. Сталкивается тогда, когда поддерживает детей в связи с их трудностями, возникающими при обучении в школе, анализирует возникновение детских проблем, или когда оказывает помощь детям в процессе школьного обучения.

¹ Работа выполнена по инициативе и при финансовой поддержке Фонда развития русского языка.

² За рамками этого сообщения остается историко-культурный анализ соответствующих факторов. Их действие, однако, не является случайным. Уже в конце XIX в. такие из них, как повышенный уровень учебной нагрузки, структура и содержание образования, недоучет возрастных особенностей детей, исследователи отмечали как негативные факторы, сопровождающие школьное обучение.

Знают и остро переживают эту проблему родители, которых не могут не тревожить детские переживания и проблемы обучения, возникающие расстройства или личностные конфликты, связанные со школой. Для них небезразлично, когда возникает вопрос о благополучии и защищенности их детей, об угрозах их развитию или безопасности детства в целом.

В последнее время школа оперирует цифрами, свидетельствующими об ухудшении здоровья подрастающего поколения. Однако школа все чаще сама становится причиной появления целого ряда факторов, ухудшающих условия развития и сохранения здоровья детей, становится средой риска. Так, по данным исследований Института возрастной физиологии, Психологического института РАО, РГПУ им. Герцена и др. в школу уже приходят около 20% детей с различными нарушениями психического здоровья пограничного характера. К концу обучения в начальной школе их становится значительно больше.

Можно указать на ряд основных причин, с которыми связаны факторы возникновения различных видов стрессов у детей в условиях школьного обучения. Действие этих факторов является неотъемлемой составляющей современного образования.

Так, первая группа причин связана с приходом детей в школу (переходом от дошкольного детства к школьному обучению). Трудности адаптации конкретного ребенка к школе зависят в данном случае от того, в какой мере домашняя обстановка отличается от школьной, как переживают это отличие сами дети, как подготовлен ребенок к особенностям собственно учебной деятельности — принципиально новым по форме и содержанию отношениям с другими детьми и взрослыми. Трудная судьба может постигнуть плохо адаптированного, не достигшего функциональной готовности к учебе, медленно усваивающего материал или соматически ослабленного школьника.

Другая группа причин связана с техническим прогрессом и уровнем развития общества, определяющими, по сути дела, границы сложности школьных программ и, соответственно, структуру и содержание учебных предметов (порой не учитывающих закономерности развития ребенка-школьника). Избыток содержания ведет к трудностям усвоения учебного материала, а в итоге — к перегрузкам детей, являющимся главной причиной ухудшения здоровья школьников.

Одним из наиболее значимых факторов, создающим в этих условиях перегрузки и стрессовые состояния, является острая нехватка времени. Цейтнот, по данным многих исследователей, связан как с высокими и все

возрастающими нагрузками, так и с неэффективными методами учебной работы школьников, когда успешность обучения связывается не с качественными, а с количественными показателями усвоения знаний.

Положение ученика усложняется еще больше, если он страдает задержкой развития, дислексией, нарушением перцепторно-двигательных функций или воспитывался в условиях социальной депривации, в неблагоприятной социально-культурной среде. Ухудшает положение ребенка своеобразное приклеивание к нему ярлыка «больного», поскольку изменяет отношение к нему окружающих его детей и взрослых. В таких случаях ответственность за успешную учебу ребенка нередко перекладывается с педагогов на медиков, а школа стремится избавиться от такого «неполноценного» учащегося.

Следующая группа причин связана с адаптацией детей к школьному обучению, способностью противостоять тому своеобразному «внешнему» давлению, которое неизбежно сопровождает ребенка в процессе обучения в школе. Последнее в свою очередь также зависит от целого ряда факторов, среди которых следует указать на уровень возрастного и личностного развития детей, способности ребенка к общению с взрослыми и сверстниками, умение взаимодействовать «с разными другими» и пр.

Специфическое давление образовательной среды имеет вполне конкретные формы взаимодействия с учителями, одноклассниками и родителями и во многом зависит от педагогического мастерства всех участников образовательного процесса, от культуры и такта окружающих ребенка взрослых. В свою очередь степень этого давления прямо связана с уровнем развития общества и реальной ценностью, которое приобретает образование в современном мире.

В качестве еще одной причины, следует указать на наличие в школе фактора соревновательности, следствием которой является ориентация учащихся на высокие показатели. Известно, что отстающих, как правило, осуждают, причем в дальнейшем это отношение к ним становится враждебным. У таких детей легко развивается «самопораженческая» реакция и негативное представление о собственной личности, формируется заниженная самооценка: они смиряются с ролью неудачников, «неуспевающих» и даже «нелюбимых», что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск возникновения психосоматических расстройств.

Причиной школьных стрессовых ситуаций является также отсутствие дружеских отношений или неприятие детским коллективом, проявляющееся в оскорблениях, издевательствах, угрозах или

принуждениях к той или иной неприглядной деятельности. Следствием неспособности ребенка соответствовать настроениям, желаниям и деятельности сверстников становится почти непрекращающееся напряжение в отношениях, личностные конфликты, доходящие до прямых столкновений между отдельными детьми или их группами с различными негативными последствиями.

Серьезной психологической травмой для ребенка может стать смена школьного коллектива. Причина этого кроется, с одной стороны, в потере старых друзей, с другой – в необходимости подлаживаться к новому коллективу и новым педагогам. Включение в новый коллектив может стать для некоторых детей непосильной задачей, столкновение с которой приводит к серьезным стрессам. Очень часто трудной, а порой неразрешимой проблемой для ученика становится негативное (враждебное, пренебрежительное, скептическое, а нередко и подавляющее ребенка) отношение учителя или несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение невоспитанного, невротичного или личностно измененного воспитателя, пытающегося справиться с детским коллективом «с позиции силы».

Важно помнить, что авторитарный учитель, считающий знание своего предмета самой главной целью обучения детей, представляет серьезную опасность для психологического здоровья школьников. Поэтому крайне важно «жестко» контролировать работу таких педагогов.

2. Риски, связанные с особенностями профессиональной деятельности участников образовательной ситуации (педагога, психолога, руководители образовательных учреждений)

Определение причин, способствующих возникновению и действию стрессов в образовательной ситуации, будет неполным, если не распространить анализ таких причин на определение особенностей профессиональной деятельности учителя, психолога, руководителя школы.

Установлено, например, что профессиональная деятельность педагога является одним из наиболее напряженных (в психологическом плане) видов социальной деятельности: труд учителя входит в группу профессий с большим числом стресс-факторов, что в свою очередь предъявляет повышенные требования к такой ее интегральной характеристике, как стрессоустойчивость. Более того, изучение стрессоустойчивости этого вида деятельности приобретает в настоящее время особую значимость в связи с ее все возрастающим стрессогенным

характером, обусловленным ломкой социальных стереотипов, социальным заказом на воспитание молодого поколения с учетом новых стратегий развития общества, возрастающей конкуренцией, усиливающимся расслоением в обществе и т.д. Важно учитывать в полной мере это обстоятельство, поскольку именно учитель в первую очередь отвечает за организацию комфортной образовательной среды, делает (на практике) эту среду благоприятной для обучения школьников¹.

Как показывают результаты нашего исследования, проведенного в Южном, Центральном, Северо-Западном регионах России, в качестве факторов, влияющих на эмоциональное выгорание и профессиональную деформацию у работников образования, выделены следующие:

1. Фактическое отсутствие «права на ошибку». Известно, что, для того чтобы избежать профессиональных неудач, большинство учителей «расширяют» свое рабочее время (берут работу на дом и др.). В результате они лишают себя полноценного отдыха и возможности восстановиться после работы.

2. Неудовлетворенность профессиональным статусом.

3. Страх потерять работу из-за сокращения рабочих мест вследствие снижения уровня рождаемости.

4. Недооценка профессиональной значимости со стороны руководителей и коллег. (Этот фактор наиболее часто наблюдается у молодых специалистов, а также у учителей, которые приходят из других учебных заведений.)

5. Отсутствие условий для самовыражения и самореализации.

6. Недостаток положительного стимулирования труда.

По результатам нашего опроса, 89% работников образования выделяют первый и шестой факторы в качестве основного стрессора, 73% указывают на второй фактор как источник стресса, 71% выделяют третий фактор в качестве стрессора, 67% указывают как на стрессор четвертый фактор, 35% считают стрессором пятый фактор.

Психологи, работающие в образовательных учреждениях, в качестве наиболее значимых стрессогенных факторов указали:

- отсутствие необходимых диагностических материалов и в целом научно-методического инструментария, в том числе обеспечивающего работу в стрессовых ситуациях (66% психологов);

¹ По данным НИИ медицины труда, к неврозам, связанным с их профессиональной деятельностью, склонны около 60% учителей.

- неопределенность функций, обязанностей и ответственности психолога (41% психологов);
- необходимость выполнять работу, выходящую за пределы профессиональной компетентности (36,5% психологов);
- отсутствие квалификации в области психологии образования у тех, перед кем приходится отчитываться (41,5% психологов);
- недостаток сотрудничества с администрацией, педагогическим коллективом и родителями (22% психологов);
- чрезмерное количество бумажной рутинной работы (76% психологов).

По данным опроса руководители образовательных учреждений в качестве стрессогенных факторов выделяют: перегрузки (93%), конфликтные ситуации (89%), частые проверки вышестоящих организаций (87%), предъявление противоречивых требований (67%), нововведения и частые изменения в образовательных программах (53%), неудовлетворенность социальным статусом (52%).

Важнейшую роль в педагогической профессии играют личностные особенности специалиста, выбор способов преодоления стрессовых ситуаций, которые в своей совокупности обуславливают умение справляться с ситуацией хронического напряжения и предрасполагающие личность либо к активному, преобразующему стилю преодоления трудных жизненных ситуаций, либо к выбору другого пути, мало способствующего поиску конструктивного выхода из трудных ситуаций.

3. Позиция родителей и их роль в преодолении школьных стрессов

Среди стрессовых факторов, отрицательно влияющих на ребенка в период школьной жизни, особое место занимают неблагоприятные семейные факторы. Известно, что родительское воспитание при определенных условиях может быть неблагоприятно, когда:

- ребенок воспитывается одним родителем;
- ребенок воспитывается приемными родителями, отчимом или мачехой, родственниками, чужими людьми, а также родителями при непостоянном с ними проживании;
- воспитывающий родитель чувствует себя несчастным и, замыкаясь в семье, не способен создать своему сыну или дочери необходимые условия для формирования позитивных чувств и отношения к жизни.

Вместе с детьми, по понятным причинам, в школу входят реальные проблемы родителей: их собственный негативный школьный

опыт, страхи перед школой, неадекватные ожидания детей, личные и семейные проблемы и многое, многое другое – все то, что создает негативный фон для возникновения школьных стрессов. Социальная изоляция семьи также может стать реальным фактором риска для ребенка, поскольку она противодействует его контактам с окружением. А недостаточное общение ребенка с родителями, отсутствие совместных игр и занятий не только ограничивает возможности его развития, но и ставит его на грань психологического риска.

По мнению родителей, на стресс в школе в значительной степени влияют школьные перегрузки (85%), конфликтные ситуации (65%), безопасность ребенка, пока он в школе (61%), нововведения и частые изменения в образовательных программах (59%), качество образования (48%), отсутствие возможности влиять на процессы школьной жизни (35%).

Современная ситуация, ориентированная на создание комфортной образовательной среды школы, должна учитывать роль семьи в школьной успешности, социальном, эмоциональном, психологическом благополучии учащихся, а следовательно, эта ситуация предполагает как можно более полное включение семьи в систему работы со стрессами детей. Семья может помочь составить максимально полную картину о ребенке, его прошлом и настоящем, выявить его сильные стороны и интересы, помочь проверить предположения о нуждах ребенка, обеспечить условия для успешного раннего вмешательства и помощи.

4. Об условиях организации комфортной образовательной среды в современной школе. Основные задачи

Для специалистов-психологов, работающих в области проблем школьных рисков, очевидными являются те общие основания, которые позволяют ставить проблему организации педагогической ситуации, комфортной и благоприятной для обучения ребенка в школе. Это:

– целенаправленное профессиональное влияние каждого участника на формирование комфортной образовательной среды школы, на гуманизацию отношений самих участников образовательного процесса;

– адресная помощь ребенку в решении актуальных задач обучения и развития, а также социализации в условиях школы (собственно учебные затруднения, личностные и межличностные проблемы, проблемы социально-эмоционального характера, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута и т.д.);

- активное предупреждение возникновения острых, деструктивных проблем развития ребенка в процессе обучения;
- эффективное применение адекватных методов и технологий работы в условиях стресса;
- повышение уровня психолого-педагогической компетентности педагогов, психологов, управленцев, родителей, а также самих детей, включая овладение ими технологиями индивидуальной и групповой работы в условиях стресса.

Понятны также основные задачи, решение которых позволит эффективно работать в условиях школьных рисков. Необходимо:

- провести анализ образовательной ситуации с целью выявления факторов, определяющих возникновение и действие стрессов в условиях школьного обучения (этот анализ потребует целенаправленной исследовательской работы на базе образовательных учреждений с последующей оценкой каждым участником – педагогом, психологом, администратором, родителем – возможных рисков, присущих современной школе);

- отработать систему согласованных взглядов и представлений, педагогов, психологов, руководителей образовательных учреждений и родителей на образовательную среду школы как на комфортную среду, благоприятную для обучения и развития современного ребенка (экспериментальная модель «школа без стрессов»), обосновать условия организации такого типа образовательной среды и требования к ее эффективной организации, относящихся ко всем участникам, отвечающим за обучение детей в школе, включая систему задач и действий для каждого участника педагогической ситуации;

- обосновать комплекс методов и технологий для работы педагогов, психологов, управленцев, родителей, а также самих детей в условиях возникновения стрессов, а также в целях их профилактики в процессе школьного обучения;

- составить минимальный и доступный комплекс упражнений и занятий для применения каждым участником образовательной ситуации;

- сформулировать конкретные рекомендации педагогам, психологам, управленцам, родителям по организации комфортной образовательной среды, благоприятной для обучения и развития детей в современной школе.

От нашей совместной работы в значительной степени будет зависеть решение этих задач, а в итоге возможен конструктивный подход к решению проблемы стрессов, возникающих и существующих в процессе обучения детей в школе.

Организация психосоциальной помощи детям, оказавшимся в кризисных ситуациях. Опыт работы Ростовского областного центра диагностики и консультирования

Организация оказания психосоциальной помощи детям в кризисных ситуациях является одним из приоритетных направлений деятельности Областного центра диагностики и консультирования (далее – Центр). Для детей кризисными ситуациями являются чрезвычайные ситуации (стихийные бедствия, эпидемии, крупные аварии), миграция, ситуации насилия (физического, сексуального, психологического), смерть близких, длительные или повторяющиеся госпитализации, развод родителей. Без своевременной психосоциальной помощи у детей, находящихся в кризисных ситуациях, возникают нарушения, которые приводят к патологическим изменениям в будущем.

При организации комплексной психологической помощи детям в кризисных ситуациях можно обозначить следующие проблемы:

– отсутствие специалистов, особенно в сельских районах, имеющих соответствующую подготовку для работы с детьми в кризисных ситуациях;

– недостаточное количество программ психосоциальной помощи, адресованных детям в кризисных ситуациях.

Для решения этих проблем в Центре разработан и реализуется проект «Организация психосоциальной помощи учащимся в кризисных ситуациях», ориентированный на детей и подростков, а также родителей, психологов, руководителей служб учреждений образования.

В рамках проекта сформирована и осуществляется подготовка группы специалистов из районов и городов области. Программа подготовки специалистов включает обучающие семинары, супервизии трудных случаев работы и реабилитацию. Специалистами, участвующими в проекте, проводится также исследовательская и методологическая работа.

Оказывается психологическая помощь детям и родителям в кризисных ситуациях (на базе Центра и с выездом в территории), методическая помощь специалистам Ростовской области и Южного региона. Специалисты Центра принимали участие в оказании психологической помощи пострадавшим и методической – специалистам в гг. Волгодонске, Новошахтинске, Беслане. Оказание психологической помощи осуществляется как в форме индивидуальных консультаций, так и групповых занятий.

В Центре разработаны и реализуются программы психологической помощи детям в кризисных ситуациях (в форме групповых занятий). Психокоррекционная работа в форме групповых занятий является наиболее эффективной, т.к. группа позволяет участникам получить поддержку от сверстников, обучиться новым стратегиям совладающего поведения. Это такие программы, как:

- «Преодоление трудностей общения у детей-мигрантов и немигрантов».
- «Психологическая помощь подросткам, пережившим психологическую травму».
- «Я учусь владеть собой».

Программа социально-психологического тренинга «Преодоление трудностей общения у детей-мигрантов и немигрантов» предназначена для учащихся 5–6 классов, имеющих трудности общения. Проведение занятий в смешанной группе (с детьми-мигрантами и детьми коренного населения) создает возможности для преодоления трудностей в межкультуральном взаимодействии и построения диалога между этими группами детей.

Целью тренинга является формирование стратегий толерантного поведения у детей-мигрантов и немигрантов в трудных ситуациях общения и повышения уровня их социальной адаптации. В качестве ситуаций затрудненного общения рассматриваются ситуации, в которых нарушаются права детей, ограничивается их активность на основе принципа «ты не наш – мигрант», наносятся оскорбления, затрагивающие идентичность детей, выдвигаются обвинения на основе неприятия всего «другого–иного–чужого».

Задачами тренинга является:

- развитие рефлексии своего и чужого поведения в трудных ситуациях общения;
- осознание влияния своих действий на возникновение ситуаций затрудненного общения;

- изменение отношения к себе и другим;
- расширение спектра вариантов поведения в ситуации общения;
- формирование навыков выражения своих чувств и переживаний на основе принципов уважения и признания разнообразия форм и способов общения.

Программа «Психологическая помощь подросткам, пережившим психологическую травму» предназначена для подростков 12–13 лет, имеющих травматический опыт (дети, пострадавшие от теракта; пережившие психологическое, физическое или сексуальное насилие; ставшие очевидцами смерти близкого, переживающие горе из-за утраты близкого человека).

Основной целью программы является развитие толерантных способов поведения подростков, переживших психологическую травму. Целями программы также являются:

- Создание доверительной атмосферы, которая помогает переживать и принимать «болезненные» чувства в процессе группового общения.
- Реадаптация – переоценка травматического опыта и преодоление последствий травматического события у подростков.
- Преодоление коммуникативных барьеров, изоляции, которая возникла в ходе «капсулирования» травматического опыта.
- Формирование навыков толерантного общения, адекватного психологического контакта, бесконфликтного поведения, навыков саморегуляции у подростков.

Задачи:

- обучение анализу своего внутреннего состояния и состояния других людей;
- осознание своих трудностей в общении и способов интолерантного взаимодействия в связи с пережитой травмирующей ситуацией;
- формирование толерантных способов реагирования на явления и события собственной жизни и окружающего мира;
- развитие способностей к эмоциональной саморегуляции.

Программа «Я учусь владеть собой» используется для формирования эмоциональной стабильности и положительной самооценки у учащихся классов компенсирующего обучения.

Основная цель программы – развитие эмоциональной регуляции поведения детей.

Задачи программы:

- обучить детей способам саморегуляции;
- развить навыки адекватного выражения чувств у младших школьников;
- способствовать повышению уверенности в себе и формированию положительной самооценки у младших школьников.

Занятия по данной программе проводятся в комнате психологической разгрузки (КПР). Использование специального оборудования в практике коррекционно-развивающей, психопрофилактической работы позволяет существенно повысить эффективность воздействия за счет включения дополнительных возможностей. В специально оборудованной комнате психологической разгрузки создаются оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения психотерапевтических и психогигиенических мероприятий.

Для обеспечения специалистов области программами психосоциальной помощи детям в кризисных ситуациях в Центре были составлены, изданы и распространены на территории области сборники программ для социально-психологического сопровождения детей из семей мигрантов, семей, находящихся в социально опасном положении, подростков с нарушениями адаптации

Подготовлены и изданы методические рекомендации «Организация диагностической и психокоррекционной работы с детьми, оказавшимися в кризисной ситуации», обобщающие опыт оказания психологической помощи детям в г. Волгодонске после теракта.

Реализация проекта в области позволила выработать модель оказания социально-психологической экстренной помощи учащимся, находящимся в кризисных состояниях, которая определяет систему и механизм взаимодействия специалистов для оказания социально-психологической помощи учащимся, находящимся в кризисных состояниях, и их родителям.

Часть третья

**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

О больничной и поликлинической психотерапии пострадавшим при ЧС

В осенне-зимнем сезоне 2003–2004 г. врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами ЛПУ города, а также МНИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации и некоторых других учреждений оказана помощь пострадавшим при ЧС (пожар в общежитии РУДН, взрыв у гостиницы «Националь», взрыв в метро, авария в аквапарке). Помощь оказывалась в больницах, куда были госпитализированы пострадавшие, и в поликлиниках.

ЧС	Получили помощь в больницах и амбулаторно, чел. (на 17.03.2004 г.)	Число посещений (ч.п.) пострадавших специалистами в больницах и амбулаторно			Число специалистов, оказывавших помощь	
		всего	на одного пострадавшего		врачи-психотерапевты	медицинские психологи
			ч.п., всего	среднее		
Первая волна						
РУДН	142	623	21...1	4,4	16	5
«Националь»	6	24	11...1	4,0	2	—
Вторая волна						
Метро	84	527	32...1	6,2	11	3
Аквапарк	38	240	15...1	7,3	9	2
Всего	270	1414	32...1	5,47	24	8

Кроме того, в городских моргах при опознании близкими тел погибших помощь оказана 195 человекам (21 врач – психотерапевты, психиатры, 5 медицинских психологов, социальные психологи).

Основные объемы помощи выполнены специалистами Городской психотерапевтической поликлиники № 223 (ГПП223) и других ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы. В 2004 г. в ГПП223 создано отделение по профилактике и оказанию специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи пострадавшим

при ЧС, жертвам экстремизма и терроризма (далее – отделение психотерапии при ЧС).

Психотерапия в эти дни отличалась плотностью событий. Потоки пострадавших, поступавших в городские больницы, накладывались на предыдущие, еще остающиеся на лечении, что потребовало внимания к оперативно-организационному и содержательно-методическому аспектам помощи.

Своевременное выявление и учет пострадавших, поступающих в больницу как на пике события, так и в дальнейшем – переводом из других больниц – имеет важное значение особенно в условиях больших многокорпусных больниц (необходим тесный контакт с приемными отделениями – оперативными отделами, диспетчерами больниц).

Участие психотерапевта в работе с пострадавшими уже в приемном отделении весьма полезно (психологическая помощь персоналу, близким пострадавших, раннее начало психотерапии с самими пострадавшими), однако это возможно в дневное время, т.к. в соматических больницах пока нет психотерапевтических отделений, работающих в круглосуточном режиме. В связи с этим минимально достаточным сроком является первое посещение больного врачом-психотерапевтом в течение одних суток от события. При первом визите в больницу психотерапевт активно обходит все лечебные отделения, в которые госпитализированы пострадавшие. При этом его задачами организационного плана являются:

1. Представиться заведующим отделениями или дежурным врачам, сообщить о целях и задачах своего посещения больных.

2. Посетить всех пострадавших, провести им необходимую психотерапию (психокоррекционные мероприятия медицинский психолог выполняет по заданию врача-психотерапевта).

3. Завести на них карты (на основе обычной карты амбулаторного больного) с подробным заполнением паспортной части, указанием диагноза основного заболевания (травмы), описанием психического статуса, определением первоначального диагноза из класса F по МКБ-10 и назначением даты следующего посещения психотерапевта (психолога).

4. Сделать записи в истории болезни пострадавших, в которых указать необходимые медикаментозные назначения.

5. Согласовать медикаментозные назначения с лечащим врачом и (или) заведующим отделением, чтобы эти назначения выполнялись персоналом отделения и аптечной службой больницы.

Последующие посещения пострадавших также должны при необходимости завершаться (или начинаться) встречами с лечащими врачами для согласования междисциплинарной тактики лечения. Нормативной интенсивностью психотерапевтического сопровождения пострадавших можно определить следующее: в течение первой недели – ежедневно, со второй недели – два раза в неделю или по показаниям.

Результаты посещений пострадавших ежедневно учитываются в отделении психотерапии при ЧС (охват помощью пострадавших, учет работы специалистов для последующего предоставления трудовых компенсаций). Для этого разработаны и внедрены алгоритм действий специалиста при оказании помощи в стационаре, типовые формы соответствующих документов: направление, журнал (лист) учета работы, уточняющие сигнальные поля для типовой формы 025-у.

Диагностическая и терапевтическая тактика психотерапии пострадавших при ЧС не является краткосрочной, которую можно провести с помощью какой-либо одной методики, ее не всегда возможно проводить и исключительно с помощью собственной страдающей личности. Панацеи, как и всегда, нет.

Практически у пострадавших наблюдаются те или иные и в той или иной степени выраженные:

- признаки посттравматического расстройства (по МКБ-10);
- сложные личностные инфантильно-негативные преобразования, формирующиеся на базе возрастного психологического регресса, в наиболее яркой форме описываемые как, например, «стокгольмский синдром», требующие развернутой и не краткосрочной терапии.

Диагностическая составляющая этой психотерапии включает добросовестное психопатологическое обследование, изучение соматической динамики во взаимодействии с лечащим врачом, бдительный мониторинг возможных психопатологических проявлений.

Лечебная тактика основана на обеспечении пострадавшим лечебно-охранительного режима, терапии развивающейся астенизации, использовании сосудистых и ноотропных препаратов (по показаниям и с учетом особенностей их психостимулирующего действия), аминокислот, витаминно-минеральных смесей, предупреждении рентности и госпитализма.

Психотерапия пострадавших при ЧС должна сочетаться с психофармакотерапией (транквилизаторы, антидепрессанты и др. – по показаниям и при содействии лечащего врача).

Собственно психотерапия пострадавшим при ЧС — это *активные терапевтические воздействия* на фоне профессионально-гуманистического сопереживания-сочувствия и на базе знания особенностей, динамики и перспектив психо- и соматопатогенеза, а также премо-бидных особенностей психической и личностной индивидуальности пациента. При этом используются:

— *суггестивные методики* — в том числе НЛП, трансформация образов, элементы символдрамы, аналгезия и др.;

— *гипнотические методики* как средство отдыха и мобилизации саногенеза;

— *когнитивные методики* — коррекция внутренней картины болезни, осведомленность больного о патогенезе и прогнозе соматического и психического статуса;

— *тренировочные, активирующие и телесно-ориентированные методики* — аналгезия, движения, массаж, самомассаж и др.;

— *гештальт и креативные приемы* — завершенность травмирующей ситуации как победа над собой, обретение опыта и личностный рост, переоценка и реконструкция смыслов и ценностей;

— *релаксационно-бихевиоральные приемы* — преодоление ситуационных страхов.

Психотерапия пострадавшим при ЧС не завершается по достижении первого улучшения и включает наблюдение за состоянием больного как до завершения госпитального этапа оказания помощи, так и в последующем периоде.

Потребность регулирования труда психотерапевтов и психологов при ЧС

В 2004 г. московскими психотерапевтами как в г. Москве, так и в г. Беслане оказывалась помощь пострадавшим при значительно большем числе ЧС, чем в предыдущие годы (аварии и взрывы в метро, аквапарке, самолетов, у станции метро «Рижская», трагедия в г. Беслане). Многочисленность и одновременность поступления пострадавших в разные больницы города, необходимость в помощи при опознаниях и траурных мероприятиях потребовали формирования многочисленных бригад специалистов врачей-психотерапевтов и медпсихологов, временно закрепляемых за отдельными больницами.

При этом психотерапевты и медпсихологи, как правило, не являлись штатными работниками больниц и должны были войти во взаимодействие с больными, с администрацией и лечебным персоналом стационаров для обеспечения единого «травматолого-психотерапевтического» лечения. С этой целью внедрен в практику специальный алгоритм (таблица) деятельности психотерапевта в соматическом стационаре, поэтапно включающий вопросы входа в больницу, получения информации о пострадавших, проведения диагностических и лечебных процедур, согласование совместной тактики терапии с лечащими врачами.

1. Получить направление и папку с документами в отделении ЧС	Легализация специалиста как представителя городского здравоохранения, единство медицинской документации, оперативный учет
2. По прибытии в больницу представиться главному врачу (или заместителю по лечебной работе, или заместителю по ГО и ЧС, или дежурному администратору, или ответственному дежурному), предъявить ему направление, при возникновении препятствий для оказания помощи пострадавшим связаться с отделением ЧС (указаны телефоны)	

3. Получить у руководителя или в оперативном (приемном, у диспетчера) отделении больницы исчерпывающий (при повторном посещении – дополнительный) список поступивших пострадавших при ЧС	Ежедневная сверка списка пострадавших для оказания помощи 100% госпитализированных
4. Надеть белый медицинский халат, при необходимости – сменную обувь	Знак принадлежности к лечебному коллективу в глазах персонала, больных и их близких
5. С сопровождающими или самостоятельно обойти всех пострадавших при ЧС, определить очередность оказания помощи	Оптимальная маршрутизация передвижений по больнице
6. Во всех отделениях представиться их заведующим или дежурным врачам, сообщить о целях и задачах своего посещения больных, уточнить их соматическое состояние и его прогноз	Интеграция в больничный коллектив и в лечебный процесс
7. Провести психотерапию всем пострадавшим с учетом установленной очередности (пункт 5 алгоритма). Медицинский психолог выполняет психокоррекцию по заданию врача-психотерапевта, являющегося руководителем врачебно-психологической бригады	Руководящая роль врача-психотерапевта
8. Завести на всех пострадавших амбулаторные карты по форме отделения ЧС с указанием диагноза основного заболевания (травмы), описанием психического статуса, указанием первоначального диагноза из класса V (F) МКБ-10 и назначением даты следующего посещения психотерапевтом (психологом)	Качество диагностики и терапии
9. Сделать краткие записи в истории болезни пострадавших, разборчиво, с указанием должности подписать их, в них указать необходимые медикаментозные назначения	Интеграция в лечебный процесс
10. Согласовать назначения с лечащим врачом (или зав. отделением больницы)	Интеграция в лечебный процесс

11. По окончании работы ежедневно отзваниваться в отделение ЧС, сообщать о проделанной работе, о необходимых консультациях и помощи, согласовывать план дальнейшей работы с пострадавшими	Информационная прозрачность деятельности, оперативный учет
12. При последующих посещениях работать по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12 данного алгоритма	
13. При выписке больных из стационара в трехдневный срок сдать их амбулаторные карты в отделение ЧС	Информационная прозрачность деятельности, оперативный учет и отчетность

Благодаря сотрудничеству с врачами больниц удалось преодолеть определенное недопонимание врачами и руководством больниц роли психотерапевта в лечении пострадавших, в том числе и на этапах интенсивной терапии, обеспечить пострадавшим систематическую и эффективную психотерапию. Из больниц стали поступать активные запросы на психотерапию.

При оказании помощи пострадавшим из г. Беслана удалось наладить эффективное терапевтическое сотрудничество с коллективами детских больниц (им. Сперанского, Морозовской, Тушинской, Святого Владимира), рационально распределить функции между врачами-психотерапевтами (как руководителями бригад), психологами и общественностью. Так, в больницах им. Сперанского и шестой детской психиатрической хорошо проявила себя арттерапия с соматически тяжелыми детьми (иллюзионисты Маэстро Рафаэль и Елена Циталашвили, Игорь Филатов, клоуны группы Давида Левицкого).

Внедрение алгоритма позволило упростить процедуру интеграции психотерапии в общую лечебную работу больниц, снизить психоэмоциональные затраты психотерапевтов на формальные вопросы допуска к общебольничной работе.

Вместе с тем в 2004 г. вновь подтверждена высокая психотравмируемость самих психотерапевтов и психологов, оказывающих помощь пострадавшим при ЧС. Ряд врачей и психологов в процессе оказания помощи пострадавшим сами демонстрировали признаки

острой реакции на стресс и расстройств адаптации, что снижало их профессиональную и личностную эффективность.

Предлагается психогигиенически обоснованный режим труда и отдыха специалистов, при котором на каждую, не более чем 6–7-часовую смену работы с пострадавшими, специалист должен отдохнуть (быть полностью освобожден от другой работы) не менее 17–18 часов. Целесообразно при расчете нагрузки на одного специалиста исходить из имеющегося городского норматива – 1,25 часа на 1 прием.

Предстоит решить вопросы:

- взаимодействия специалистов при сменном порядке их работы;
- оплаты труда;
- организации питания;
- компенсаций за переработки;
- текущей и заключительной реабилитации и рекреации специалистов.

Важнейшим фактором психоэкономики специалистов, работающих по оказанию помощи пострадавшим при ЧС, является непрерывно-действующая система их профессионального усовершенствования. Для этого нами с 2004 г. проводится образовательный мастер-класс, решающий также задачи супервизорской и балинтовской направленности.

Психотерапия при террористических актах в 2002 г.

При оказании помощи пострадавшим при взрыве 9 мая 2002 г. в г. Каспийске (Дагестан) и при захвате заложников в театральном центре в г. Москве (октябрь 2002 г.) учитывалось, что в первом случае трагическая ситуация была стремительна, во втором имело место двухзвенное течение ситуации (период захвата и удержания заложников и последующий период). В обоих случаях пострадали непосредственные участники террористического воздействия, их близкие, а также лица из групп «информационно вовлеченных» (СМИ, неформальные связи с пострадавшими).

В первом случае психотерапевтический процесс протекал в условиях небольшого города, помощь оказывалась единой группой специалистов как непосредственно в лечебных учреждениях (пострадавшие и члены их семей), так и в семьях погибших. Проводилась также лечебная, психогигиеническая и информационная работа с персоналом, участвовавшим в оказании помощи пострадавшим (лечебных учреждений, социальных служб, школ города). Работники социальных служб и школ ориентировались на своевременное оказание психолого-педагогической и социально-психологической помощи, а также на раннее выявление возможных психопатологических расстройств, требующих привлечения медицинской компетенции.

При теракте в г. Москве и людей пострадало значительно больше, и проживают они на большой территории, в разных районах города, поэтому обеспечение преемственности психотерапии в условиях мегаполиса еще требует своей детальной организационно-методической проработки.

В г. Москве при работе с близкими заложников в период «ожидания» удалось скоординировать усилия врачей-психотерапевтов и психиатров, медицинских психологов ЛПУ Комитета здравоохранения г. Москвы, РГМУ, Центра им. В.П. Сербского, РМАПО, психологов МЧС, МВД, Городского психолого-педагогического

университета. Обеспечивалась преемственность в оказании помощи по схеме «психолог немедицинского учреждения – медицинский психолог – врач-психотерапевт – врач-психиатр» при координирующей роли врача-психотерапевта. Основой тактики помощи была мотивация близких на подготовку к встрече пострадавших и оказанию им поддержки в процессе преодоления психотравмирующих последствий террористического акта. Однако требуется более детальная организационно-методическая проработка всего процесса работы с близкими заложников, с неформальными группами из их числа, разработка рекомендаций для органов власти, а также для СМИ, деятельность которых и в г. Каспийске, и в г. Москве нередко усиливала и без того серьезное психотравмирующее воздействие ситуации.

Показана эффективность психотерапии, начатой непосредственно в условиях больничных палат, куда были госпитализированы пострадавшие, т.е. на ранних стадиях развития посттравматического стрессового расстройства. Вместе с тем анализ спектра использованных в г. Каспийске и в г. Москве психотерапевтических приемов не позволяет выделить какой-либо один из них в качестве рекомендуемого для преимущественного использования, речь, скорее, идет о индивидуально подбираемом мультимодальном подходе.

В качестве успешных можно выделить такие направления психотерапевтической стратегии, как релаксационные, суггестивные, эйдетические и другие техники на первоначальных этапах. В дальнейшем показаны мотивация на продуктивную деятельность, «психотерапия горя и утраты», утилизация трагического опыта как фактора собственного взросления, повышение адаптивности в среде и формирование адекватного конструктивного отношения к ней. Нередко пациенты нуждаются в помощи в работе с результатами реактивного возрастного регресса, реактивной дереализации и деперсонализации (в частности с мотивами по типу «стокгольмского синдрома») и др. При определении терапии заслуживает внимания наблюдение В.Ю.Воробьева о возможности развития у пострадавших проявлений реактивного биполярного аффективного расстройства.

У определенной части пострадавших при ЧС могут наблюдаться неадаптивные личностные развития в виде госпитализма, рентности, невротических расстройств и расстройств адаптации. В связи

с этим психотерапия не может завершаться по ликвидации очага ЧС или по выписке пострадавших из стационара. Такие пациенты нуждаются в длительной психотерапии, а также во внимании со стороны немедицинских психологов (систем образования, социальной защиты и др.).

Подтверждена необходимость повышения стрессоустойчивости и специальной подготовки персонала, в том числе врачей и медицинских психологов, работающих в условиях ЧС.

Особое значение имеет специальная профессионально-образовательная работа с учителями, школьными психологами, специалистами социальных служб, участковыми врачами и персоналом ЛПУ, направленная на своевременное оказание психолого-педагогической помощи и на выявление и направление на лечение лиц, нуждающихся вследствие ЧС в медико-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи.

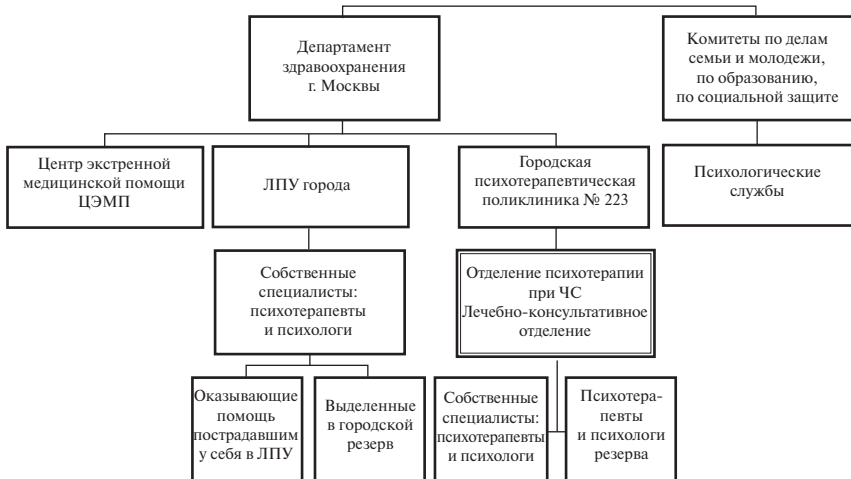
Профилактика деструкции виртуально-ноосферной среды жизнедеятельности требует серьезной координации деятельности с сотрудниками СМИ.

Московские психотерапевты и медицинские психологи в оказании помощи пострадавшим при ЧС в 2004 г.

В 2004 г. психотерапевтическая помощь пострадавшим при ЧС оказывалась в рамках представленной на схеме функциональной структуры, в которой важное место заняло созданное 1 января 2004 г. отделение психотерапии при ЧС городской психотерапевтической поликлиники № 223 Департамента здравоохранения г. Москвы.

В осенне-зимнем сезоне 2003–2004 гг. московскими специалистами оказана помощь пострадавшим при пожаре в общежитии РУДН, взрывах у гостиницы «Националь» и в метро, аварии в аквапарке. При этом в больницах и амбулаторно оказана помощь 270 пострадавшим (число посещений – 1414, среднее число посещений на 1 пострадавшего – 5,47). Оказана помощь 195 родным и близким погибших.

В августе–ноябре 2004 г. оказана помощь пострадавшим при крушении самолетов, вылетевших из аэропорта Домодедово, взрыве у станции метро «Рижская», трагедии в Беслане. В больницах



и амбулаторно помощь получили 315 человек, число посещений – 1632, среднее число посещений на 1 пострадавшего – 5,18, родные и близкие погибших в моргах – 72 человека (цифры помощи только прошедшим лечение в г. Москве).

Как на стыке 2003–2004 гг., так и летом–осенью 2004 г. события следовали одно за другим, потоки госпитализированных пострадавших накладывались один на другой, что способствовало проявлениям так называемого *административного стресса*, потребовавшего от нас специальных усилий организационного и информационного характера (алгоритм взаимодействия с администрацией и персоналом больниц, единые подходы к психотерапевтическому ведению пострадавших, своевременное выявление и учет пострадавших в условиях многопрофильных многокорпусных больниц, начало психотерапии – в течение первых суток от начала ЧС, периодичность посещений на первой неделе – ежедневно, далее – по показаниям, но не реже двух раз в неделю, совместное ведение пострадавших с травматологами и другими лечащими врачами, четкое ведение документации – амбулаторных и стационарных медицинских карт, списков и др.).

При оказании помощи пострадавшим в Беслане выступила проблема «сторонних специалистов», «родственников» и «благодотворителей»: перегруженность пострадавших посетителями и благодотворительными фондами, своеобразная дискриминация соседей по палате; дезорганизация работы врачей больниц и психотерапевтов из-за попыток вторжения в лечебный процесс неспециалистов. Это повлекло необходимость принятия жестких организационных мер по предотвращению прохода лишних людей в лечебные отделения.

Подтверждена диагностическая и терапевтическая тактика психотерапии пострадавшим при ЧС, которая

- не является краткосрочной;
- ее нельзя провести с помощью одной методики;
- ее нельзя провести и с помощью только «сострадающей личности».

Практически у всех пострадавших наблюдаются те или иные и в той или иной степени выраженные признаки:

- посттравматического расстройства с явлениями дереализации, деперсонализации;

– сложные личностные инфантильно-негативные преобразования, формирующиеся на базе возрастного регресса (эго-стресс в понимании Н.Н. Пуховского);

– сопутствующие соматические повреждения.

В связи с этим при лечении пострадавших необходимы:

– добросовестное психопатологическое обследование;

– изучение соматической динамики во взаимодействии с лечащим врачом;

– бдительный мониторинг возможных психопатологических проявлений в динамике.

Важными условиями успеха психотерапии при ЧС являются объединение при оказании помощи врачей всех специальностей, информационная прозрачность психотравмирующей ситуации и доверие пострадавших к местным и федеральным властным структурам.

Лечебная тактика собственно психотерапии пострадавших при ЧС включает предупреждение рентности и госпитализма и обеспечение пострадавшим:

– лечебно-охранительного режима;

– терапии развивающейся астении;

– сосудистых и ноотропных препаратов (по показаниям и с учетом особенностей их психостимулирующего действия);

– аминокислот, витаминно-минеральных смесей;

– психофармакотерапии.

Активные психотерапевтические воздействия осуществляются на основе:

– профессионально-гуманистического сопереживания–сочувствия;

– знания особенностей, динамики и перспектив психо- и соматопатогенеза, преморбидных особенностей психической и личностной индивидуальности пациента;

– ориентированности в состоянии и динамике социального (в т.ч. семейного) статуса пациента.

Методический арсенал психотерапии пострадавших при ЧС включает:

– *суггестивные методики* – группа НЛП, трансформация образов, аналгезия и др.;

– *гипноз* как средство отдыха и мобилизации аутосаногенеза;

– *когнитивные методики* – коррекция внутренней картины болезни, осведомленность пациента о патогенезе и прогнозе его соматического и психического состояния;

– *тренировочные, активизирующие и телесно-ориентированные методики*;

– *гештальт и креативные приемы* – завершенность травмирующей ситуации как победа над собой и обстоятельствами, обретение опыта и личностный рост, переоценка и реконструкция смыслов и ценностей;

– *релаксационно-бихевиоральные приемы* – преодоление ситуационных страхов и др.

Психотерапия пострадавшим при ЧС не завершается по достижении первого улучшения и включает наблюдение за состоянием пострадавшего как до завершения госпитального этапа, так и психореабилитацию в последующем периоде.

Главные мотивы психотерапии пострадавших при ЧС:

– утилизация травматического опыта как факта личной биографии, преодоления трудности, расширения адаптивных возможностей личности;

– взросление и возмужание – в противоположность рентности и возрастному регрессу.

О комплексности лечения и реабилитации пострадавших в ЧС

Стрессовые воздействия способны спровоцировать возникновение или обострение психических расстройств (шизофрении, МДП, неврозов и др.), соматических заболеваний (гипертонической болезни, язвенной болезни, бронхиальной астмы, других психосоматических заболеваний). В клинике симптоматических психозов и фебрильной шизофрении показаны патофизиологические сдвиги, аналогичные фазам адаптационного синдрома (нарушения проницаемости сосудов, электролитного обмена, белой крови, метаболизма кортикостероидов и других адаптивных гормонов). Некоторые исследователи относят эти заболевания к болезням адаптации (М.Е. Вартанян, 1985). При стрессе (в т.ч. психическом) страдают нейротрансмиттерные и нейропептидные системы мозга. С проблемой стресса связывают нарастающее употребление антистрессовых средств, в т.ч. препаратов бензодиазепинового ряда.

Выделены понятия *эндемического* и *катастрофального* стрессов. Под *эндемическим* стрессом понимают состояния психического напряжения, вызываемые сильными бытовыми и производственными конфликтами, воздействиями шума, вибрации, загрязнений окружающей среды, угрозами войн и безработицы и др. Такой стресс распространяется на целые популяции, его последствия обычно скрыты (субклинические) и усугубляются при наложении острого стресса. *Катастрофальный* стресс возникает при войнах, катастрофах, стихийных бедствиях и т.п. и охватывает большие группы людей.

При рассмотрении патогенеза стресса и обосновании патогенетической терапии основываются на представлениях Г. Селье об общем адаптационном синдроме, дистрессе и эустрессе (см., например, в этом сборнике работы Н.Н. Пуховского, Ю.Т. Джангильдина, Н.В. Рязановой, И.В. Боева и др.).

Для лечения и профилактики стресса используются три основные группы препаратов (таблица).

Задачи терапии	Препараты
Снижение афферентной импульсации, повышение активности антиноцицептивных или тормозных медиаторных систем мозга	Транквилизаторы, препараты ГАМК, антидепрессанты, кортикостероиды (например, <i>диазепам</i> снимает эмоционально вызванную гиперактивность, подавляет аффективный компонент боли, не ослабляет внимания и оценки сигнальной значимости стимула и не изменяет качества выполнения задания; фенибут и др. предупреждают изъязвления слизистой оболочки желудка, ситуационные гипертензивные состояния, обладает транквилизирующим эффектом)
Снижение повышенной активности симпатoadреналовой и пептидергической систем, блокада специфических рецепторов, опосредующих токсическое действие катехоламинов и эндорфинов	Бета-блокаторы, эндорфины предупреждают нарушения ритма сердца, возникновение язвы желудка, функции сердечно-сосудистой системы
Предупреждение нарушений энергетического и химического гомеостаза	Антиоксиданты, адаптогены

Терапия жертв террористических актов, по И.В. Боеву, включает нейролептики и транквилизаторы, анаболические стероиды, ноотропы, ангио- и гепатопротекторы, антиоксиданты и витамины, аналептики, адаптогены.

Расстройства психического, биохимического и морфофункционального уровня остаются после прекращения стрессового воздействия (изменение гемодинамических показателей, отставание восстановления фонда катехоламинов, уровня ферментов, содержания продуктов окисления в органах и крови), что определяет длительное лечение пострадавших не только у психотерапевта, но и у интерниста.

Понятие «эмоциональный стресс» было введено Г. Селье и О. Леви при исследовании дистресса. Длительные или часто повторяющиеся отрицательные эмоции (социальные конфликты), протекающие на фоне возрастания темпа жизни, информационных нагрузок, гиподинамии, приводят к развитию артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, атеросклероза, нефросклероза, язвенных поражений желудка,

изменений в свертывающей системе крови, расстройствам иммунной системы.

Исследовательницы из Ростова-на-Дону (Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина и М.А. Уколова, 1977) включили стресс по Г. Селье в более общее учение об адаптационных реакциях и резистентности организма. В зависимости от силы (дозы) воздействия на организм в нем могут развиваться:

– *реакция тренировки* – общая неспецифическая адаптационная реакция на слабые раздражители;

– *реакция активации* – общая неспецифическая адаптационная реакция на раздражители средней силы;

– *стресс* – общая неспецифическая адаптационная реакция на раздражители чрезвычайной силы.

В отличие от стресса, который является болезненной общей реакцией организма на сверхсильные раздражители, реакции тренировки и активации суть адаптационные реакции, которые протекают при нормальной жизни индивидуума и служат для повышения его устойчивости к неблагоприятным воздействиям среды (рис. 1).

Ими создана методология повышения резистентности организма с предъявлением индивиду активирующих и тренирующих нагрузок. Разработаны надежные и доступные показатели контроля хода адаптационных реакций на основании подсчета форменных элементов белой крови, показания и противопоказания для использования адаптационных тренировки и активации, а также средства для проведения

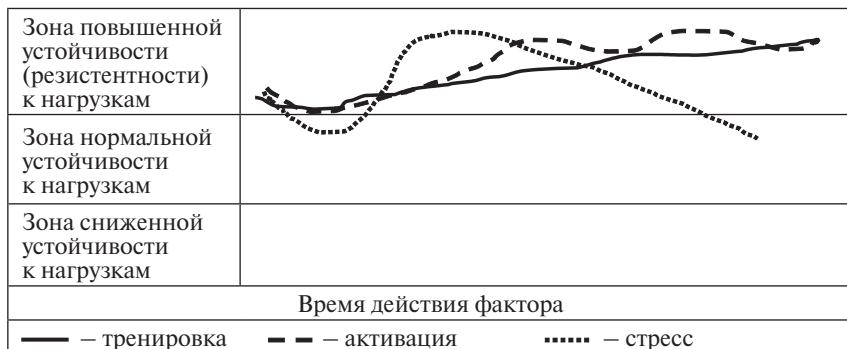


Рис. 1. Изменение резистентности организма при тренировке, адаптации и стрессе

адаптирующих воздействий (подкожное введение адреналина, прием внутрь теофедрина или эфедрина, экстракта элеутерококка, воздействие переменного 10–50 Гц магнитного поля на болезненный очаг или на голову в области затылка) и их дозировки.

Показано, что активирующие и тренирующие воздействия прекращают, а стрессовые воздействия ускоряют рост экспериментальных опухолей у животных (рис. 2). Аналогичные результаты получены в клинике.

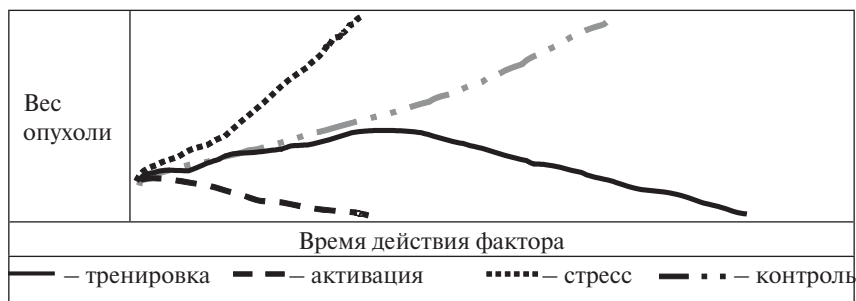


Рис. 2. Изменение роста экспериментальной опухоли при тренировке, адаптации и стрессе

Данные ростовских авторов являются теоретическим медико-биологическим основанием для работы врачей, медицинских и немедицинских психологов, работников образования и социальной сферы, направленной на повышение адаптивности и толерантности как индивида, так и социума в целом в трудных условиях террористической угрозы и вызовов современного общества.

Данные московских психотерапевтов позволяют сформулировать важную роль психотерапии в лечении последствий ЧС с использованием различных методов психотерапии, которые сочетают как релаксирующую терапию в ближайшие сроки после перенесенной психотравмы, так и активные психотерапевтические методы дезактуализации мотивов психотравмы и содействия личностному росту и индивидуации пациента, профилактики социального *госпитализма*. При этом психотерапевт и медицинский психолог работают в тесном взаимодействии с клиницистами, оказывающими пострадавшим травматологическую и другие виды специализированной помощи.

Профилактика и лечение патологических последствий эмоционального стресса должны проводиться с учетом «золотого правила

нормы – периоды наивысшего эмоционального напряжения у человека, даже в самых острых конфликтных ситуациях, не опасны для здоровья, если они завершаются периодами активного отдыха, расслабления, сопровождающимися положительными эмоциональными ощущениями. Это правило соответствует отработанной эволюцией живых организмов схеме их поведения: любая доминирующая потребность должна быть удовлетворена. Удовлетворение потребности, в свою очередь, сопровождается санкционирующими успех поисковой деятельности положительными эмоциями» (Судаков К.В., 1986). Терапия пострадавшего при ЧС во многом направлена на оптимизацию (взросление, повышение адаптивности) важнейшей человеческой потребности – в защищенности и принятии, на депривацию которой пострадавший отвечает возрастным регрессом.

Современные представления о функциях свободного времени человека, об отдыхе и рекреации как сферах развития и восстановления физических, психических и социальных сил человека и социума (Аппенянский А.И., 2004) указывают важную роль рекреации как деятельности свободного времени в формировании адаптивности и толерантности человека и социума к вызовам чрезвычайных ситуаций.

Таким образом, представляется возможным сформировать матрицу медицинской помощи, профилактики и реабилитации пострадавших при чрезвычайных ситуациях (схема).

Медицинская фармакологическая помощь на основании концепции комплексной терапии постстрессовых расстройств	Медицинская и медико-физиологическая профилактика и реабилитация на основе трехуровневой концепции адаптации	Этапная медицинская, травматологическая, терапевтическая и токсикологическая помощь в соответствии с полученными телесными повреждениями и заболеваниями	Психотерапевтическая, медико-психологическая и психиатрическая помощь в соответствии с тяжестью психических расстройств у пострадавших при ЧС	Комплексная медико-социальная профилактика, реабилитация и рекреация
Медицинская помощь, профилактика и реабилитация пострадавших при чрезвычайных ситуациях				

А.И. Аппенянский, Ю.П. Бойко, Н.Е. Кыров, Д.К. Некрасов

Система психотерапии и медико-психологической помощи при ЧС в г. Москве на современном этапе

В г. Москве в соответствии с приказами Департамента (Комитета) здравоохранения г. Москвы (ДЗГМ) № 79 от 01.03.2000 г., № 99 от 28.02.2001 г., № 66 от 07.02.2003 г., № 673 от 20.11.2003 г., Минздрава Российской Федерации № 325 от 24.11.2002 г., Постановлением Правительства г. Москвы от 19.11.2002 г. № 955-ПП создана система мобильной, преемственной, экстренной и плановой психотерапевтической, медико-психологической и психиатрической помощи пострадавшим при нештатных и чрезвычайных ситуациях (НШ и ЧС), жертвам экстремизма и терроризма, в том числе детям и подросткам.

Основные принципы этой помощи представлены в документе, разработанном Городской психотерапевтической службой и принятом ДЗГМ в 2001 г., «Стратегия развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях».

Для организации и оказания данного вида помощи и как составная часть Службы экстренной медицинской помощи в г. Москве в составе Городской психотерапевтической поликлиники № 223 ДЗГМ (ГПП223) создано отделение по профилактике и оказанию специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи пострадавшим при ЧС, жертвам экстремизма и терроризма (отделение).

Отделение организует свою работу в режимах повседневной деятельности, повышенной готовности, НШ и ЧС во взаимодействии с НПЦ экстренной медицинской помощи и с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) ДЗГМ, в том числе оказывающими помощь детям и подросткам, с медицинскими службами ведомственного подчинения, другими экстренными службами города.

К контингентам, нуждающимся в данном виде помощи, включая детей и подростков, относятся:

- непосредственно пострадавшие при НШ и ЧС, актах экстремизма и терроризма, в том числе раненые и больные;
- родные и близкие пострадавших;
- население, находящееся непосредственно в зоне НШ и ЧС;
- медицинские работники, задействованные в ликвидации медицинских последствий НШ и ЧС, в том числе – в ЛПУ, сотрудники служб, участвующих в ликвидации этих последствий, и их служб обеспечения, у которых развиваются, как правило, незамеченными, частично компенсированными пограничные психические расстройства невротического, психосоматического и поведенческого характера;
- лица, у которых развились те или иные отклонения в состоянии психического здоровья в связи с воздействием стрессовых факторов, обусловленных НШ и ЧС.

В основе системы оказания помощи лежат представления, что основными психопатологическими последствиями воздействия НШ и ЧС являются (в соответствии с МКБ-10) острая реакция на стресс (F43.0); посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), расстройства приспособительных реакций (F43.20 – F43.28, F43.8), диссоциативные (F44.0–F44.5) и соматоформные (F45) расстройства, стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62), тревожные расстройства у детей, вызванные разлукой (F93.0) и другие состояния (F51.4, F51.5).

Для пострадавших с сочетанием психической и соматической травмы характерно проявление психопатологических последствий по мере стихания соматических проявлений.

Принят неотложный характер данного вида помощи при НШ и ЧС, поскольку психические расстройства у лиц, не получивших помощь своевременно, приобретают затяжное течение, развиваются неадекватные реакции на окружающее, агрессия, замкнутость, ощущение постоянной угрозы существованию, безнадежности, опустошенности, социальной отчужденности и др.

Многолетний опыт городской психотерапевтической службы по оказанию помощи при НШ и ЧС, как в г. Москве, так и на территории Российской Федерации (и СССР), показал высокую потребность как в экстренной, так и в отсроченной помощи: психотерапевтической и медико-психологической – расстройства непсихотического уровня (до 40–50%), психиатрической – расстройства психотического уровня (до 10% пораженных, родственников и персонала). Особенностью данного вида помощи при НШ и ЧС является необходимость

активного выявления у пострадавших и персонала скрытых или явных проявлений расстройств (активное наблюдение).

Выделены три основные этапа специализированной помощи пострадавшим при НШ и ЧС и их задачи:

1 этап – непосредственно в зоне НШ и ЧС, в местах сбора и временного размещения пострадавших и населения – экстренное (на месте) оказание первичной помощи пострадавшим, населению и персоналу служб, принимающих участие в ликвидации последствий НШ и ЧС; участие в медицинской сортировке для выявления нуждающихся в данном виде помощи в амбулаторных или стационарных условиях. Сроки помощи на данном этапе определяются сроками ликвидации последствий НШ и ЧС.

2 этап – в амбулаторных ЛПУ, расположенных вблизи зоны НШ и ЧС, в больницах, принявших пострадавших для стационарного лечения, – выявление, диагностика и лечение у пострадавших психических расстройств, причинно связанных с воздействием факторов НШ и ЧС; ранняя профилактика социальной и социально-психологической дезадаптации пострадавших. Продолжительность этапа определяется сроками выписки пострадавших из стационаров, в амбулаторных учреждениях – сроками достижения терапевтического результата.

3 этап – в поликлиниках по месту жительства пострадавших и в ГПП223; в более отдаленном периоде – профилактика возможных обострений и оказание пострадавшим специализированной помощи как по обращаемости, так и на основе активного предложения им этой помощи, а также профилактика социальной и социально-психологической дезадаптации пострадавших.

По показаниям на любом этапе оказания помощи больные могут быть госпитализированы в установленном порядке для получения стационарной специализированной помощи.

Организационно определены четыре группы врачей-психотерапевтов, психиатров и медицинских психологов (специалистов), привлекаемых на этапах оказания помощи пострадавшим при НШ и ЧС:

1. ГПП223 (на всех этапах оказания помощи).

2. ЛПУ, задействованных во втором этапе оказания данного вида помощи.

3. Городских и других ЛПУ, НИИ и кафедр, включенных в городской внештатный резерв для оказания помощи при НШ и ЧС, привлекаемых к оказанию помощи на первом и втором этапах.

4. ЛПУ ДЗГМ, обслуживающих пострадавших по месту жительства.

Для обеспечения континуальности психотерапевтической, медико-психологической и психиатрической помощи при НШ и ЧС на отделение возложены задачи:

- подготовка предложений по нормативным и оперативно-распорядительным документам ДЗГМ и материально-техническому обеспечению деятельности, по информационному обмену с ЛПУ ДЗГМ;

- формирование внештатного резерва специалистов, работающих в ЛПУ ДЗГМ, их привлечение к оказанию данного вида медицинской помощи, участие в их подготовке;

- обеспечение единой доктрины и преемственности психотерапевтической, медико-психологической и психиатрической помощи пострадавшим при НШ и ЧС в ЛПУ системы ДЗГМ, контроль качества и эффективности медицинской помощи по профилю отделения.

Важнейшей задачей является также обеспечение взаимодействия с оперативными и социальными службами по вопросам:

- позитивного структурирования и полезной занятости групп людей в местах скопления пострадавших, их родных и близких с целью профилактики неблагоприятной медицинской и социально-психологической динамики, а также неотложной специализированной помощи персоналу, в т.ч. штабу, участвующему в работе по ликвидации последствий нештатных и чрезвычайных ситуаций;

- своевременного направления реконвалесцентов на социальную реабилитацию и, наоборот, своевременного направления на специализированное лечение лиц из числа клиентов социальных служб при выявлении у них нарушений в психическом здоровье в ближайшем или отдаленном периоде социально-психологической реабилитации после НШ и ЧС.

*А.И. Анпенянский, Ю.П. Бойко, А.И. Ляшенко, С.В. Тиунов,
Е.В. Бурмистрова, Н.Е. Кыров, Т.Н. Левашова, Л.Н. Магалецкая,
К.И. Николин, О.Н. Антонова, Н.С. Баскакова, Н.И. Жаркова,
А.В. Захаров, И.Н. Лисенко, Е.В. Орлова, В.Н. Шатило*

Межведомственное взаимодействие при оказании психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи пострадавшим при ЧС

В связи с необходимостью тесной координации и взаимодействия сил и средств городских учреждений и служб при оказании психотерапевтической психологической и психиатрической помощи пострадавшим при ЧС в г. Москве в течение сентября 2005 – марта 2006 г. авторами проведена работа по подготовке городского документа под рабочим названием «Межведомственный порядок по оказанию специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС в г. Москве».

Документ состоит из разделов: основные положения; контингенты лиц, нуждающихся в специализированной помощи; основные поражения жертв ЧС; этапы специализированной помощи и медицинская сортировка; потребность в экстренной и отсроченной специализированной помощи; принципы оказания специализированной помощи пострадавшим при ЧС; функции участников оказания специализированной помощи в зоне ЧС и вокруг нее; функции участников оказания специализированной помощи в более отдаленный период; межведомственная координационная группа по оказанию специализированной помощи; отчетность об оказанной специализированной помощи; социальный регламент и ресурсы межведомственной помощи и приложений.

Под ЧС в документе понимается обстановка на территории города, его административных округов, муниципальных районов и отдельных объектов, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, террористических акций и террористических преступлений, которые повлекли или могут повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и нарушение условий жизнедеятельности людей в понимании

Федерального закона Российской Федерации «О борьбе с терроризмом» (№ 31, 1998 г.).

Специализированная помощь при ЧС направлена на профилактику психических и личностных расстройств, раннюю диагностику, лечение, медицинскую и социально-психологическую реабилитацию лиц, пострадавших в результате действия чрезвычайной ситуации.

В создаваемые в городе штабы по ликвидации последствий ЧС включается межведомственная координационная группа (далее – *группа*) по оказанию помощи при ЧС, в задачи которой, наряду с оказанием специализированной помощи пострадавшим, входит подготовка соответствующих рекомендации для штабов. В состав группы входят руководители соответствующих подразделений городских учреждений и служб.

Контингенты лиц, нуждающихся в специализированной помощи, и основные поражения пострадавших при ЧС, этапы и направления специализированной помощи пострадавшим, потребность в экстренной и отсроченной специализированной помощи, принципы оказания специализированной помощи пострадавшим в период ликвидации ближайших последствий ЧС, а также в более отдаленный период подробно описаны в более ранних публикациях (см. сборники «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология» за 2003, 2004, 2005 и 2006 гг.).

Особенностью специализированной помощи пострадавшим при ЧС является необходимость длящегося (динамического) выявления у них и у персонала проявлений расстройств психического здоровья путем активного наблюдения и медицинской сортировки, выполняемых врачами-психотерапевтами Департамента здравоохранения г. Москвы.

Активное медицинское наблюдение за пострадавшими и персоналом проводится путем визуального (фронтального или включенного) наблюдения за их поведением, вербальным и невербальным общением в местах их пребывания после ЧС («в толпе», в реабилитационных центрах для пострадавших и членов их семей, в местах приема пострадавших, в больничных палатах и вестибюлях, местах проведения траурных мероприятий и др.), а также последующего неформального клинического расспроса пострадавших.

При этом как врачи (психотерапевты, психиатры), так и медицинские и немедицинские психологи нацелены на одно – разделить пострадавших на две основные группы в соответствии с состоянием здоровья и характером оказываемой специализированной помощи.

Важно при такой сортировке учитывать подвижность границ между группами (возможен переход от личностной реакции к заболеванию, и наоборот), в связи с чем специалисты, оказывающие специализированную помощь, должны находиться в постоянном контакте с целью незамедлительного перенаправления того или иного пострадавшего в группу заболевших или, наоборот, в группу условно здоровых.

Выделены основные принципы оказания и организации экстренной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при ЧС и ее организации: неотложности специализированной помощи; предвидения дальнейшего развития расстройств (патогенетический принцип); пролонгированности (динамичности); этапности и преемственности; ведомственной компетенции и межведомственной координации; целесообразности; очередности оповещения; территориальный принцип; принцип предупреждения негативных последствий для качества помощи из-за стрессовых расстройств и заболеваний среди специалистов, оказывающих помощь.

Подробно описаны функции участников оказания специализированной помощи в зоне ЧС и вокруг нее. В оказании помощи принимают участие специалисты Департамента здравоохранения г. Москвы, ГУ МЧС Российской Федерации по г. Москве, ГУВД г. Москвы, Комитета по делам семьи и молодежи г. Москвы, Департамента социальной защиты населения г. Москвы, Департамента образования г. Москвы.

К оказанию помощи привлекаются специалисты медицинского профиля (врачи-психотерапевты, медицинские психологи и психиатры) и немедицинского профиля (психологи, психологи-педагоги, педагоги, педагоги-дефектологи, специалисты по социальной работе).

Помощь оказывается в зоне ЧС (внутри кольца оцепления); в местах, непосредственно прилегающих к территории ЧС (в т.ч. временные и мобильные пункты помощи, места сбора родных и близких пострадавших, места траурных и следственных мероприятий); в помещениях учреждений социальной защиты и др., выделенных для обслуживания пострадавших и членов их семей после ликвидации ЧС; в штабах по ликвидации ЧС; в учреждениях и подразделениях участников специализированной помощи (по месту постоянной деятельности). В более отдаленный период помощь пострадавшим оказывается в соответствующих городских учреждениях в соответствии с их регламентами работы.

Специалисты гражданского профиля оказывают помощь только за пределами очага ЧС, в основном гражданскому населению.

Специалисты ГУВД г. Москвы и ГУ МЧС Российской Федерации по г. Москве при выполнении своих должностных обязанностей оказывают помощь в основном персоналу своих ведомств, а также гражданам до вывода их из очага ЧС и препровождения к медицинским специалистам. Кроме того, эти специалисты участвуют в управлении индивидуальными и групповыми психологическими процессами «в толпе».

При возникновении необходимости в оказании неотложной помощи специалисты всех ведомств оказывают помощь всем нуждающимся вне зависимости от их социального и служебного статуса.

Выделено понятие обеспечения информационной безопасности, обеспечивают четкое информирование пострадавших и населения об особенностях поведения в зоне ЧС, о местонахождении пострадавших и жертв ЧС, о местах получения помощи, другой необходимой информацией по своему профилю.

В проекте документа предлагается создать межведомственную координационную группу по оказанию специализированной помощи, состоящую из руководителей соответствующих подразделений вышеуказанных городских учреждений и служб. Группа является временным функциональным формированием, действующим в течение ликвидации ближайших последствий ЧС, и подчиняется городскому штабу по ликвидации последствий ЧС и Межведомственному совету Правительства г. Москвы по психологической помощи населению.

Подробно описаны функции этой группы по оценке наличной ситуации, созданию бригад специалистов и обеспечению их деятельности по оказанию специализированной помощи пострадавшим, по информационным и управленческим вопросам.

Определено содержание информации о ходе и результатах помощи, которая может сообщаться СМИ: информация позитивного санитарно-просветительного характера и перечисления и адресные данные учреждений, оказывающих помощь.

В документе содержатся предложения по социальному регламенту и ресурсам помощи (трудовой регламент, вопросы профилактики и реабилитации, материально-технического, автотранспортного и медикаментозного обеспечения).

Документ утвержден Первым заместителем мэра в Правительстве г. Москвы Л.И. Швецовой.

Психотерапевтическая и медико-психологическая помощь при ЧС на территории СССР и Российской Федерации

В настоящее время назрела настоятельная необходимость проведения анализа организации психотерапевтической, психиатрической, медико-психологической и психологической помощи в условиях ЧС с учетом накопленного опыта в связи с интенсивностью и качественно новыми сценариями террористических актов в последние 15 лет.

Ранее мы встречались с терроризмом людей-одиночек или терроризмом небольших групп — это захват самолетов, захват заложников с целью покинуть пределы страны. Данные события не носили глубокой следовой реакции у основной массы населения.

В последние годы терроризм стал все чаще сочетаться с явлениями экстремизма. Примерами тому — Сумгаит, Фергана, Молдавия, Чечня, массовые очаги напряженности на Северном Кавказе и Закавказье. Здесь мы имеем дело с большими группами и слоями населения, вольно или невольно, как физически, так и психологически вовлеченными в конфликт.

Все это происходит на фоне природных, техногенных и социальных катастроф. События в Спитаке, Чернобыль, Башкортостан, разделение жизненного пространства в связи с распадом СССР, политические катаклизмы в Советском Союзе и России — вот далеко не полный перечень событий, приведших к формированию значительной невротизации населения. Частые и большие по тяжести и объему катаклизмы вошли в наше жизненное пространство, и население вольно или невольно вовлекается в них.

Данные факторы послужили основанием к организации на государственном, ведомственном, научном и территориальном уровнях служб психологической, психиатрической и психотерапевтической помощи. Первоначально (в случае возникновения очагов ЧС) помощь оказывалась централизованными бригадами. Однако массовость и масштабность террористических актов, захвативших нашу страну на Северном Кавказе, в Буйнакске, Буденновске, Первомайске, Каспийске,

взрывы жилых домов в г. Москве, последние теракты в Дагестане и, наконец, события в г. Москве в октябре 2002 г. показали, что силами ведомств, отдельных институтов без разветвленной территориальной психотерапевтической службы достичь успеха не представляется возможным. Без этого эффективность помощи невысока, пропадает адресность помощи, ее практическая реализация.

Психотерапевты и медицинские психологи Комитета здравоохранения г. Москвы в 1995 г. работали в Буденновске сменными бригадами в течение шести месяцев. Посещаемость составила около 3,5 тыс. обращений, а в 2002 г. в мае—июне при работе в Каспийске и Махачкале обращаемость к нам составила около 5 тысяч.

В настоящее время московские психотерапевты и психологи продолжают оказывать помощь пострадавшим от террористического акта 23—26 октября 2002 г., их родственникам, семьям погибших, детям, оказавшимся в очаге, и на 11.11.2002 г. обращаемость составила около 2,5 тыс. обращений.

Средства массовой информации в условиях ЧС в значительном большинстве случаев индуцируют население, невольно играют на руку терроризму и экстремизму. Информация порой подается без учета фазы развития ЧС. Поэтому работа средств массовой информации должна координироваться с руководством штабов по ликвидации чрезвычайной ситуации.

Опыт событий октября 2002 г., связанных с терактом в театральном центре «На Дубровке», ясно доказывает необходимость консолидации. Наибольшими силами были представлены:

1) Московская территориальная психотерапевтическая служба во главе с городской психотерапевтической поликлиникой № 223 г. Москвы (в момент штурма помощь оказывали 42 специалиста);

2) психологи МВД;

3) психологи МЧС.

Активное участие принимал Московский городской психолого-педагогический университет и Институт социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Привлекался научно-практический потенциал кафедр РМАПО, факультета клинической психологии и психотерапии Московского государственного медицинского университета.

Скоординированная работа всех привела к тому, что, в сравнении с событиями в Североморске, не было эпизодов массовой истерии, ажиотажа, удалось не допустить в зал средства массовой информации. Это

стало возможным благодаря правильно организованной работе штаба во главе с первыми вице-премьерами Правительства г. Москвы Л.И. Швецовой и Ю.В. Росляком. В дальнейшем в упорядоченном режиме была организована работа с людьми около больниц, с пострадавшими и их родственниками – в стационарах, а также оказывалась помощь на дому.

Комитетом здравоохранения г. Москвы в 2001 г. разработаны Методические рекомендации № 32 «Концепция стратегии организации психотерапевтической и медико-психологической помощи при чрезвычайных ситуациях». По основным параметрам предложенной концепции и была организована работа: круглосуточная работа с залом родственников в период ожидания, в т.ч. на остроте ситуации во время штурма, во время ожидания результатов штурма и сведений о числе пострадавших, в амбулаторном и стационарном звене, включая направление на специализированное лечение в специализированную клиническую больницу № 8 им. З.П. Соловьева «Клинику неврозов», продолжающаяся работа с родственниками пострадавших и семьями погибших, обмен информацией о ходе организации помощи с психиатрами, психологами и психотерапевтами, системой народного образования г. Москвы и социальными службами.

Все это доказывает междисциплинарность и уникальность психотерапевтической помощи как сердцевины комплексной антистрессовой помощи в зоне ЧС. Помощь оказывается врачами-психотерапевтами единой бригадой совместно с врачами-психиатрами, медицинскими и немедицинскими психологами. Нередко в условиях ЧС врачи-психотерапевты и психологи составляют первый эшелон медицинской помощи. При этом врач-психотерапевт уже сейчас воспринимается врачами других специальностей, работающими в зоне ЧС, психологами, пострадавшими, родственниками и властными структурами как *интегральный* врач.

Определены различные задачи и содержание психотерапевтической и медико-психологической помощи 1) на этапах ее оказания (острые реакции на стресс, постравматические стрессовые расстройства, отдаленные последствия); 2) по месту оказания помощи (в толпе, в реабилитационных центрах, в стационарах, поликлиниках, на дому); 3) взаимодействие врачей-психотерапевтов и медицинских психологов (в толпе, со службами МВД и МЧС, в реабилитационных центрах – с бригадами «Скорой помощи», социальными психологами, психиатрами, социальными службами, на амбулаторном этапе – в отношении пострадавших и членов их семей – с психологами социальных служб).

Благодаря созданной в г. Москве самой большой территориальной сети психотерапевтических кабинетов в рамках Комитета здравоохранения г. Москвы — 172 кабинета в московских ЛПУ, где трудятся свыше 250 психотерапевтов и медицинских психологов — удалось организовать медико-психологическую и психотерапевтическую помощь населению в кратчайшие сроки.

Оказалась действенной система оповещения специалистов и сбора групп психотерапевтической, психологической, социально-психологической помощи, у членов групп имелись оснащенные укладки. При этом остро ощущалась потребность в мобильной связи и реальных телефонных справочниках, затрагивающих другие ведомства.

В качестве перспектив совершенствования содержательного начала оказываемой психотерапевтической и медико-психологической помощи в условиях ЧС следует отметить пока не достаточно решенную проблему баланса между опекой (патронажем) и патернализмом в ведении пациента и относительно самостоятельным адекватным «проживанием» им трагической ситуации. При этом оба пути в качестве необходимого условия должны нести в себе профилактику явлений регресса личности, невротизации и вовлечения в разного рода зависимости.

При достаточно ясной клинко-психопатологической модели картины наблюдавшихся расстройств в условиях ЧС требуется разработка и совершенствование *индивидуальных лично ориентированных* программ дальнейшей работы с пострадавшими. Здесь мы усматриваем значительную перспективу в работе для психотерапевтов, педагогических и социальных психологов. Необходим учет и глубокое понимание национальных, этнокультурных, возрастных, профессиональных особенностей людей, вовлеченных в ЧС, и особенностей самой ЧС по характеру и тяжести протекания.

В условиях ЧС особенно ясно встает необходимость воспроизводства передового опыта. Работа Московской психотерапевтической службы в Буденновске, в Дагестане и других очагах напряженности и чрезвычайных ситуаций способствовала развитию местных образований психотерапевтической сети. Именно существование местных территориальных систем психотерапевтической службы является первейшим условием оказания эффективной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

В дальнейшем психотерапевтическая и медико-психологическая работа возлагается на специалистов территориального уровня, что корреспондирует с задачами ВОЗ о децентрализации медицинской помощи.

О психотерапевтическом пространстве для оказания помощи родственникам пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Психотерапевтическое пространство является одним из необходимых условий для эффективного терапевтического воздействия. Особое значение приобретает рациональная организация психотерапевтического пространства при оказании помощи пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации. Условия оказания помощи в таких случаях малопредсказуемы, однако в значительной степени определяются количеством пострадавших и особенностями конкретной чрезвычайной ситуации.

Количественное соотношение пострадавших и задействованных специалистов – психологов, психотерапевтов – определяет объем неотложной помощи на каждом из организационных этапов.

Медицинская сортировка в той или иной степени позволяет примирить реальности чрезвычайной ситуации и возможности служб, оказывающих помощь, а также решить вопрос о первоочередности помощи, исходя из конкретных условий. На необходимости медицинской сортировки указывают авторы методических рекомендаций «Научное обоснование стратегии развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их последствиях» (Ю.П. Бойко, Г.Д. Каминский, П.П. Сельцовский, А.И. Аппенянский, Н.Е. Кыров, Э.Л. Гончарова, В.А. Петухов, Э.В. Каминская, 2001). Однако необходимость медицинской сортировки очевидна не только в очаге чрезвычайной ситуации, но и на последующих этапах оказания помощи, в частности при проведении следственных действий в бюро судебно-медицинской экспертизы.

Значительное скопление родственников потерпевших, находящихся на ограниченной территории, предъявляет особые требования к организации терапевтического пространства как в интересах следствия и сотрудников правоохранительных органов, так и в интересах самих пострадавших. Сохранение социально приемлемых

форм поведения и внешнего спокойствия исключает факторы дополнительного психотравмирующего воздействия и является необходимым условием оказания терапевтической, психотерапевтической и психологической помощи пострадавшим.

Рациональное размещение пунктов для питья и приема пищи, по возможности – в различных точках пространства, способствует не только рассредоточению потерпевших, но и помогает выделить группу лиц, более других сконцентрированных на предстоящих следственных действиях. Члены этой группы не склонны реагировать на привнесенные дополнительные мероприятия – прием пищи, воды – они сохраняют занятые в пространстве статичные позы, поддерживая очередь. Лицам этой группы в первую очередь целесообразно предоставлять возможность занять разный пространственный уровень по вертикали, предоставив посадочные места (Сатир В., 1993).

Биологические факторы соматического состояния и возраста определяют еще одну группу для первоочередной индивидуальной работы психологов и психотерапевтов. Повышенного внимания специалистов требуют те, кто обнаруживает потребность в медицинских мероприятиях по соматическим показаниям – потерпевшие с признаками хронической сердечно-сосудистой декомпенсации, бронхолегочной патологии, сахарным диабетом, а также лица старшего возраста.

Те, кто преодолел сложности дороги и не имел возможности компенсировать возникшие при этом нарушения хронобиологических ритмов (Хананашвили М.М., 2000, Симуткин Г.Г., 2002), также нуждаются в персонифицированном подходе. Часть этой группы культурально и этнически принадлежат к иной территории и попадают в иноязычное окружение. Возможность коммуникации с ними регламентируется не только взаимным пониманием на вербальном уровне, но и культуральными представлениями, позволяющими либо ограничивающими принятие психологической помощи в ситуации переживания горя (Миневич В.Б., Рожков С.А., 1996).

Одним из важнейших моментов психологической помощи пострадавшим является такая организация пространства, которая предполагает одностороннее движение пострадавших на всем протяжении следственных действий. Движение в одну сторону исключает пересечение потерпевших, находящихся на различных этапах психотерапевтического и следственного процесса, а, следовательно, предотвращает

обмен невербальной информацией, способной вызвать дополнительное психологическое воздействие, нежелательное как для потерпевших, так и для работающего персонала: мимические и пантомимические реакции отчаяния, безнадежности, рыдания, возгласы.

Основная часть следственных действий требует визуальной представленности прошлого опыта и приобщает к новым зрительным представлениям, которые потенциально способны многократно актуализировать переживание горя в настоящем и будущем: проблемная стратегия «вижу—чувствую» (Бендлер Р., Гриндер Дж., 1993). Трансформация зрительной эйдетики (зрительных воспоминаний), вызывающей негативное чувство и сопровождающейся выраженными вегетативными реакциями, в более индифферентные, является одной из составляющих частей психопрофилактической работы.

Для первоначального подготовительного этапа работы с визуально-кинестетической сферой могут быть полезны вспомогательные средства, дающие предметно-чувственный сиюминутный опыт: компьютерная графика, геометрические узоры, репродукции произведений абстрактной живописи. Стойкое зрительное переключение при психотерапевтическом содействии способствует формированию очага доминантного возбуждения, который способен распространять торможение на все другие очаги возбуждения, в том числе связанные с драматическими запечатлениями в различные моменты следственного процесса.

Рациональная организация психотерапевтического пространства позволяет не только создавать приемлемые условия для работы правоохранительных органов, но и создает предпосылки для психопрофилактической и психотерапевтической работы в интересах родственников пострадавших. Этологический подход к организации психотерапевтического пространства (В.Г. Колпаков, М.С. Рицнер, Н.А. Корнетов, В.П. Самохвалов и др., 1985), а также к психотерапевтическому процессу при оказании помощи родственникам пострадавших в целом позволит перейти от отдельных эмпирических наблюдений к научным обобщениям и создавать организационную модель эффективной помощи.

На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций

Многие чрезвычайные ситуации последних лет требуют внимания с позиций уточнения представлений о их психолого-психиатрических последствиях, а также о возможностях оказания помощи пострадавшим.

Накапливающийся опыт подтверждает необходимость интенсивной научно-методической разработки проблем оказания психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях (ЧС), хотя эти проблемы не являются новыми: для их решения уже существуют определенные организационные подходы и принципы работы, тем не менее каждая вновь возникающая чрезвычайная ситуация ставит все новые вопросы или требует прояснения ранее сформировавшихся представлений.

Можно выделить следующие организационные проблемы, связанные с оказанием помощи в чрезвычайных ситуациях:

1. Готовность к работе в условиях ЧС полипрофессиональных бригад и специалистов (врачей-психиатров и интернистов, психологов).

2. Необходимость оперативного взаимодействия различных специалистов, организаций, служб и ведомств в чрезвычайной ситуации.

3. Определение статуса профессионалов, работающих в чрезвычайной ситуации.

4. Распределение функций между различными специалистами (клиническая диагностика и терапевтическая помощь, психотерапевтическая помощь, психологическое консультирование, психологическая помощь, участие психолога в психотерапии, социальная поддержка и др.).

5. Разработка, обоснование и утверждение этико-деонтологических и правовых норм медико-психологических и психосоциальных «вмешательств» как помощи пострадавшим.

6. Обеспечение адекватной информационной поддержки спасательных мероприятий.

Каждая чрезвычайная ситуация имеет свою специфику, сочетает в себе и отражает в своих последствиях множество факторов, соответственно, по-разному проявляется в реакциях пострадавших. Эти особенности позволяют усматривать в механизмах реагирования роль не только непосредственного стрессора (угрозы жизни, осознания потерь), но и предшествующих факторов, различных биологических и психологических предпосылок. Разумеется, существуют и общие закономерности психического (и психосоматического) реагирования и развития психолого-психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций.

В отношении закономерностей, есть все основания присоединиться к клинической традиции и отметить неизменное разделение на острые и протрагированные реакции. При этом первые в своих психопатологических проявлениях выражаются в неспецифических регрессивных формах поведения, тяготеющих к ступору или двигательной буре, хотя в современных условиях эти реакции, скорее, редки. В том и другом случаях выявляются элементы растерянности, интеллектуальной несостоятельности, беспомощности, хотя их кратковременность и компенсируемость не всегда дает основания для психиатрического вмешательства. Что важно отметить как общую закономерность, несомненно требующую учета при оценке состояния и оказании помощи, — это соматовегетативное сопровождение или, вернее, обязательные вегетативные проявления острой стрессовой реакции. Соматовегетативные сдвиги тоже неспецифичны, но относятся прежде всего к сердечно-сосудистой системе и отражают преимущественно симпатикотонические сдвиги вегетативной регуляции вплоть до гипертензионных кризов, приступов стенокардии и т.п. При этом не меньшую опасность представляют своего рода контрреакции или отставленные реакции в виде гипотонии или дисбаланса сосудистой регуляции с гипотоническими кризами и угрозой сердечной и церебральной ишемии.

Спасатели, включая всех участвующих в оказании помощи и проведении спасательных мероприятий, также подвержены действию многообразных чрезвычайных факторов. Психологическая и физическая вовлеченность в спасательные мероприятия играет мобилизующую роль, помогает справиться с чрезвычайными воздействиями и чрезвычайными нагрузками, иногда в течение нескольких суток; однако вслед за этим безусловно требуется отдых, а иногда

и медико-психологическая помощь, без которых и соматическое, и психическое здоровье спасателей подвергается опасности.

Как подтверждает опыт оказания помощи пострадавшим при взрыве в метро 6 февраля 2004 г. и обрушении крыши аквапарка 14 февраля 2004 г., острые стрессовые реакции, при всем их разнообразии, не представляют особых трудностей для диагностики, но это должна быть прежде всего клиническая диагностика как врачебная функция, поскольку в сложной гамме психологически понятных реакций и психопатологических симптомов важно учесть комбинированные поражения (баротравма при взрыве в метро, коммоции, контузии в обоих случаях, холодовая травма после обрушения крыши аквапарка и др). В то же время следует учитывать целесообразность психологического этапа предложения помощи и ее оказания. Население далеко не всегда готово принять помощь, поэтому надо предлагать ее в разных формах.

До настоящего времени некоторые виды помощи пострадавшим не вполне определены, даже не имеют своего названия. Так, в связи с указанными событиями группа сотрудников Московского НИИ психиатрии Минздрава России принимали участие в обеспечении психотерапевтического сопровождения процедуры опознания тел или фрагментов тел погибших их родственниками. Эту работу трудно обозначить иначе, чем «сопровождение». При этом возникала необходимость не только психологического участия, эмоциональной поддержки, присутствия, но и первичной медицинской помощи в связи с вегетативно-сосудистыми и иными реакциями, актуализацией обостряющихся соматических заболеваний. В то же время требовалось соблюдение определенной дистанции при готовности к оказанию помощи без навязывания ее в этой драматической процедуре.

Особое место в организации помощи пострадавшим, в ее эффективности принадлежит взаимодействию служб специалистов. Это, быть может, самый ответственный и перспективный уровень решения проблем, связанных с чрезвычайными ситуациями.

Совместными усилиями врачебного и психологического сообщества с привлечением юристов требует разрешения дилемма между правовой нормой помощи по обращаемости и этическим побуждением оказания помощи по реальной необходимости. Здесь же, но в несколько иной плоскости, следует искать соотношение между

профессиональными прерогативами врача-психиатра (в качестве диагноста, фармакотерапевта и психотерапевта), врача-интерниста, в качестве «ургентного» диагноста и терапевта) и клинического психолога.

В предвидении неизбежности чрезвычайных ситуаций разного рода, в том числе малой вероятности исчезновения терроризма как всемирного явления, не менее важным, чем организация помощи пострадавшим, представляется работа по повышению жизнестойкости населения, его сопротивляемости терроризму, устойчивости к стрессовым воздействиям, выживаемости в трагических обстоятельствах. Чрезвычайные ситуации последнего времени как раз дают впечатляющие примеры жизнестойкости и конструктивного поведения населения в провоцирующих панику и беспомощность обстоятельствах. Этот опыт достоин изучения и психологической и социально-психологической оценки с тем, чтобы воспользоваться им в психообразовательной деятельности. Резервы жизнестойкости – индивидуальные, групповые, популяционные, со всеми их гендерными, возрастными, культуральными аспектами – требуют изучения отнюдь не в меньшей мере, нежели патологические явления.

Психопатологический потенциал ЧС различных типов

Федеральным законом «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера», подписанным Президентом Российской Федерации 21 декабря 1994 г., ЧС определяется как: «...Обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей... значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей».

В материалах, отражающих психолого-психиатрические аспекты проблемы, под ЧС понимаются события, выходящие за рамки обычного житейского опыта индивида или коллективного опыта окружающей его микросоциальной среды и, с психологической точки зрения, могущие вызвать стресс у каждого, вне зависимости от его прежнего опыта и социального положения.

В материалах ВОЗ ЧС определяют как ситуацию, характеризующуюся не предусмотренной серьезной и непосредственной угрозой общественному здоровью.

Принято типологическое разделение ЧС на:

- натурогенные;
- техногенные;
- социогенные.

Представления о роли человеческого фактора привычно связаны с двумя последними типами ЧС, однако следует признать, что и при природных катаклизмах влияние человеческого фактора сказывается через такие характеристики уровня социальной организации сообщества, как возможности прогноза, развитие системы предупредительных мероприятий, срочности оповещения, быстрота и эффективность спасательных мероприятий и т.п. К тому же все чаще появляется информация о возможной связи природных катастрофических событий с экологически некорректными воздействиями человека.

Поражающие факторы различны при разных типах ЧС:

- ударная и взрывная волна с ее механическим воздействием;
- радиационное воздействие;
- электромагнитные колебания различных частот;
- гипо- и гипертермические воздействия;
- изменения газового состава воздуха;
- контактное воздействие химических реагентов;
- лишение или ограничение приема пищи, жидкости;
- нарушение суточного ритма, лишение сна;
- стеснение жизненного пространства, скученность, изолированность и т.д.

Сложные комбинации поражающих факторов, их интенсивность, последовательность их развертывания определяют формирование собственно психопатологического потенциала ЧС.

Специфические характеристики различных типов ЧС влияют на формирование присущего им психопатологического потенциала.

Для натурогенных катастроф характерны:

- сравнительная краткость развития и завершения во времени;
- масштабность и разрушительность;
- частота телесных повреждений в сочетании с истощающим дискомфортом;
- достаточно четкое разделение контингента вовлеченных на пострадавших и спасателей.

Для техногенных катастроф характерны:

- кратковременность (исключение: экологические бедствия могут длиться неопределенно долго);
- относительная локальность (исключение: распространение радиационных и химических воздействий);
- вероятность скрытых от непосредственного наблюдения вредоносных воздействий (радиационное, волновое, химическое воздействие);
- очевидное возникновение уголовно-правовой ситуации с выделением контингента персонально ответственных.

Для социогенных катастроф характерны:

- широкая вариабельность по времени течения, отсутствие четких временных границ, склонность к формированию незавершенных, обостряющихся ситуаций;

– широкая вариабельность по количеству вовлеченных лиц, современная тенденция к укрупнению (по Российской Федерации: в 1991 г. терактов – 565, жертв – 317; в 2001 г. терактов – 348, жертв – 4865);

– насыщенность ситуации такими факторами, как враждебность, принуждение, угроза насилия, собственно насилие, месть и т.п.;

– многообразие контингента вовлеченных (жертвы, заложники, узники, беженцы, участники боевых действий, боевики, террористы, сотрудники спецслужб, спасатели, врачи, психологи, соцработники и т.д.);

– вынужденная или произвольная смена роли участника событий и мотива вовлечения (зачинщик–жертва, заложник–«адвокат» и т.п.).

Важнейшими факторами, определяющими психопатологический потенциал ЧС, являются:

– внезапность, интенсивность, масштабность события (выраженность указанных факторов соответствует утяжелению психологических последствий);

– неадекватность прогностической оценки грядущих событий (даже неутешительный, но оправдавшийся прогноз менее вредоносен, нежели череда несовпадений);

– незавершенность, «прогредиентность» событий с возрастанием числа пострадавших и тяжести поражений;

– нарастание роли «человеческого фактора» в генезе катастрофических событий и их последствий;

– сниженный уровень «индивидуального барьера психологической адаптации» (Ю.А. Александровский) как результат дрящегося социально-стрессового расстройства;

– конституциональные особенности пострадавших (циклоидные и шизоидные типы легче реагируют на ситуацию заложничества, нежели типы истероидные и epileптоидные);

– нарушением привычных концептуальных схем и образа реальности в картине события;

– включение механизмов психологической индукции с угрозой перерастания единичных реакций паники в групповые и массовые;

– некорректное освещение событий в СМИ с расширением контингента «вторично» вовлеченных.

При важности перечисленных выше факторов особая роль в перспективе формирования психопатологического потенциала ЧС

принадлежит способности того или иного события оказывать разрушительное воздействие на структуру и сплоченность сообщества. Случившееся ведет к переживанию угрозы с чувством неспособности ей противостоять, с чувством собственного бессилия.

Таким образом исчерпываются возможности приспособиться к этому событию, осмыслить его в соответствии с принципами преобладающей культурной традиции, нарушается способность социальной группы к приспособлению, возникает необходимость внешнего вмешательства и поддержки.

Нельзя не согласиться с утверждением, что само переживание кризисной ситуации, даже самое сильное, не ведет к ее преодолению, точно так же, как и анализ ситуации ведет лишь к лучшему ее осознанию. Задача преодоления решается лишь через «смыслопорождение» и «смыслостроительство». Такая постановка задачи, как смыслостроительство, конечно же, не под силу какому-либо одному подходу и требует сочетания усилий в междисциплинарной области.

Всякая ЧС, несомненно, является кризисом в широком понимании этого слова. В китайском языке иероглиф «кризис» состоит из двух иероглифов, один из которых означает риск, опасность, а другой – возможность:

- утвердиться в активной, реалистичной личностной позиции;
- научиться бороться за выживание;
- преодолеть деструктивные тенденции;
- извлечь опыт из кризисной ситуации и обратить его в личностный рост.

Вот, может быть, далеко не полный перечень позитивных ожиданий после преодоления ЧС.

Практика участия психологов МСПП в работе по оказанию экстренной психологической помощи

В 2003 г. на базе Московской службы психологической помощи населению Комитета по делам семьи и молодежи г. Москвы (далее – МСПП) был создан отдел экстренной психологической помощи. Опыт трехлетней работы бригад психологов быстрого реагирования позволил нам объективно посмотреть на содержание ЧС с точки зрения восприятия, оценки, реагирования и поведения людей в сложных условиях. Осмыслены некоторые важные моменты, которые представляют интерес для специалистов, занимающихся изучением психологии экстремальных ситуаций. Для оптимизации работы межведомственная группа, в состав которой вошли ведущие психологи, врачи-психиатры, психотерапевты и социальные работники трех департаментов, одного комитета и двух силовых ведомств г. Москвы, сформулировали принципы работы психологических служб города во время ЧС.

Принципы оказания специализированной помощи пострадавшим при ЧС:

1. *Принцип неотложности специализированной помощи.* Несвоевременное выявление болезненных психопатологических проявлений и психологических расстройств, не достигающих болезненного уровня, и неоказание или несвоевременное оказание специализированной помощи приводят к тому, что эти расстройства приобретают затяжное волнообразное, часто инвалидизирующее течение.

2. *Принцип предвидения дальнейшего развития расстройств (патогенетический принцип).* Динамика развития расстройств у пострадавших при ЧС представлена в соответствующих разделах Международной классификации болезней, МКБ-10.

Для пострадавших с сочетанием психической травмы с соматическими повреждениями и заболеваниями характерно проявление психопатологических последствий по мере стихания соматических проявлений. У сотрудников штабов, спасательных служб, медицинских работников, психологов и социальных специалистов, оказывающих помощь пострадавшим в зоне нештатных и чрезвычайных ситуаций

и в лечебных учреждениях, также развиваются, как правило, незамеченные, частично компенсированные пограничные психические расстройства невротического, психосоматического и поведенческого характера.

3. *Принцип пролонгированности (динамичности) специализированной помощи.* Пролонгированная специализированная помощь и психологическое сопровождение пострадавших и членов их семей осуществляются в учреждениях городских служб и ведомств непосредственно после ЧС и в период отдаленных последствий.

4. *Принцип этапности и преемственности специализированной помощи.* По показаниям специализированная помощь пострадавшим и членам их семей осуществляется до их выздоровления (или достижения оздоровительного результата). При этом осуществляется перевод каждого конкретного пострадавшего из области компетенции одних специалистов к другим в направлении «медицинская помощь и реабилитация» → «социально-психологическая помощь и реабилитация» → «социальная помощь и реабилитация». При ухудшении состояния пострадавшего он возвращается к специалистам, оказывавшим специализированную помощь на предыдущем этапе (как непосредственно после ЧС, так и в период отдаленных последствий).

5. *Принцип ведомственной компетенции и межведомственной координации.* Специализированная помощь пострадавшим оказывается специалистами служб города в зоне ЧС и за ее пределами в соответствии с их ведомственной принадлежностью и специализацией, согласно:

а) возможности доступа специалистов различных ведомств к работе на разных этапах ликвидации последствий ЧС в соответствии с законодательством Российской Федерации, характером ЧС, оперативной обстановкой, сложившейся в результате ЧС;

б) принадлежности пострадавших к сотрудникам соответствующих служб, осуществляющих спасательные и иные работы в зоне штатных и чрезвычайных ситуаций, или к группам гражданского населения;

в) характеру физических или психических травм, полученных пострадавшими.

6. *Принцип целесообразности.* Необходимость сбора и привлечения к работе межведомственной бригады специалистов для оказания специализированной помощи пострадавшим при ЧС и ее численный состав

определяется в зависимости от характера, длительности и масштаба ЧС с учетом оперативной обстановки, сложившейся в результате ЧС.

Разработанные нами критерии вызова психологов на ЧС вошли в Инструкцию о взаимодействии между МЧС по г. Москве и МСПП.

Критерии вызова бригад психологов МСПП:

Критерий А. Большое количество жертв (от 10 человек и более) и пострадавших на объектах:

- 1) государственного хозяйства (жилые и административные здания);
- 2) общественного транспорта и метрополитена;
- 3) массового скопления людей (рынки, торговые центры, рестораны);
- 4) культуры и спорта (театры, кинотеатры, цирки, развлекательные центры, стадионы);
- 5) отдыха и гуляний (парки).

Критерий Б. Развертывание временного штаба по работе с пострадавшими и населением и принятия им решения о необходимости оказания квалифицированной экстренной психологической помощи.

7. Территориальный принцип. Оказание специализированной помощи осуществляется в территориальных районах города, приближенных к зоне ЧС (за исключением оказания помощи пострадавшим, госпитализированным в городские и ведомственные стационары).

8. Принцип очередности оповещения. Психологи ГУВД и МЧС по г. Москве прибывают на место ЧС в составе оперативных штабов своих ведомств и первоначально оказывают психологическую помощь всем пострадавшим.

В соответствии с принципами целесообразности и ведомственной компетенции руководители психологических служб ГУВД и МЧС оповещают о факте ЧС других членов межведомственной координационной группы.

9. Принцип предупреждения негативных последствий для качества специализированной помощи из-за стрессовых расстройств и заболеваний среди специалистов, оказывающих помощь. Решение о временном или окончательном отстранении специалиста от оказания специализированной помощи в связи с его переутомлением или развитием послестрессового расстройства принимает руководитель группы специалистов каждого из ведомств, участвующих в оказании специализированной помощи.

Таким образом, благодаря этим принципам психолог, работающий на ликвидации последствий ЧС, видит свою работу в контексте всех этапов и понимания «своего» маневра с учетом целостной оценки ситуации. Это важный момент, т.к. в ЧС «фрагментарность», разорванность действий свойственна не только пострадавшим, но и специалистам, оказавшимся в этих ситуациях.

Особенности планирования в ЧС

С точки зрения организации психологического процесса в зоне ЧС большое значение мы придаем планированию действий, так называемому «менеджменту» ЧС. Для оптимизации работы сотрудника в ЧС мы ставим для себя следующие вопросы:

- Кто из сотрудников выполняет эту работу?
- В каких условиях будет выполняться эта работа?
- Что должен делать сотрудник?
- Для кого и на кого направлена его работа?
- В какой последовательности будет проделана эта работа?

Нами разработаны функциональные обязанности каждого члена бригады психологов быстрого реагирования, которые представлены в таблице.

Состав бригады	Основные функциональные обязанности
Руководитель бригады психологов	<ul style="list-style-type: none"> – Докладывает в оперативный штаб МЧС о прибытии бригады психологов и получает необходимые указания и инструкции; – осуществляет управление (координирует, планирует, контролирует) деятельностью бригады психологов; – составляет ориентировочный план работ по оказанию экстренной психологической помощи с определением задач и ответственности каждого психолога и специалиста; – взаимодействует с другими спасательными службами города (совещается, обсуждает, принимает совместные решения и т.п.); – обобщает и анализирует информацию, полученную в ходе спасательных работ по оказанию экстренной психологической помощи.

Состав бригады	Основные функциональные обязанности
Психолог – помощник руководителя бригады	<ul style="list-style-type: none"> – Руководит разворачиванием и подготовкой (оформлением) временного штаба по работе с пострадавшими и населением или мобильного пункта МСПП; – проводит наблюдение и анализ окружающей обстановки в местах скопления людей, выявляет лиц с неадекватным поведением и ищущих помощи и поддержки; – направляет пострадавших во временный штаб или мобильный пункт Службы.
Психолог, отвечающий за консультативную работу	<ul style="list-style-type: none"> – Предлагает себя для беседы и вступает в контакт с пострадавшими по типу «случайного попутчика»; – осуществляет эмоциональную поддержку пострадавшим (принятие, внимание, заботу, человеческое тепло) и снятие острых аффективных реакций; – оказывает психологическую помощь на момент психосоматических жалоб; – создает и поддерживает доброжелательную и защищенную атмосферу спокойствия и совладения с ЧС, выдержки среди пострадавших вблизи зоны ЧС; – направляет выявленных лиц с психическими отклонениями к врачам «Скорой медицинской помощи»; – осуществляет психологическое сопровождение родственников погибших в морг.
Психолог, отвечающий за социальную работу	<ul style="list-style-type: none"> – Работает на телефоне «горячей линии» и собирает информацию о пострадавших; – составляет общие списки пострадавших и погибших; – информирует пострадавших о порядке выплаты социальных пособий и других видов помощи (одежда, питание, проживание в гостинице, железнодорожные и авиабилеты и т. п.); – раздает информационные листки, памятки и брошюры Службы.

Основные направления работы психологов

Работа в кризисном штабе. При большом скоплении пострадавших и их родственников в безопасном месте вблизи зоны ЧС создается

кризисный штаб по работе с населением (так было при обрушении подъезда дома на улице Годовикова в декабре 2005 г. и в поселке Внуково в июне 2006 г.). В этом штабе психологи проводят основное время, занимаясь индивидуальной и групповой работой с пострадавшими и их родственниками, дают информацию о госпитализированных, вывешивают списки погибших, направляют пострадавших в территориальные психологические центры Службы. В обязанности психологов бригад быстрого реагирования также входит сопровождение пострадавших и их семей в разных местах: в автобусе, на борту самолета, в гостинице и т.д.

Работа на «Телефоне доверия». Первый опыт работы «Телефона доверия» МСПП во время ЧС (теракт на Черкизовском рынке в августе 2006 г.) показал, что пик звонков был в дни трагедии, это 24% всех звонков, поступивших за неделю. Люди высказывали страх выйти из дома, ходить на рынок, многие были обеспокоены криминогенной обстановкой в г. Москве, искали помощи.

Работа в «толпе» пострадавших. Во время работы в зоне ЧС психологам приходится работать с большим количеством родственников, порой агрессивно настроенных и не подпускающих к себе специалистов. В некоторых ситуациях (подрыв поезда «Грозный—Москва» в июне 2005 г., обрушение крыши Басманного рынка в феврале 2006 г., теракт на Черкизовском рынке и др.) работу психолога осложняет отсутствие знания русского языка у пострадавших, а также собственных знаний об особенностях восточной культуры.

Работа в морге. В чрезвычайных ситуациях, где есть погибшие (авиакатастрофа ТУ-154 под Ростовом в августе 2004 г., пожар в общежитии МГОУ в сентябре 2005 г. и др.), психологи нашей Службы сопровождали родственников в морг на опознание тел. Специалисты отдела экстренной психологической помощи поддерживали семьи погибших эмоционально и физически, проводили эмпатическое слушание.

Работа во время ритуала прощания. Во время панихиды, ритуала прощания (пожар в общежитии МГОУ), психологи отслеживали очаги эмоционального взрыва в группах родственников и студентов, работали индивидуально с каждым из них.

Работа по оказанию пролонгированной психологической помощи и реабилитации. В период ЧС во всех территориальных отделах МСПП в течение 2—4 недель без предварительной записи идет

прием пострадавших и их родственников, используются как индивидуальные, так и групповые формы. Все обратившиеся проходят курс реабилитации.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что для обычного человека чрезвычайная ситуация – это внезапно произошедшее событие, порой катастрофического характера, иногда – с оттенком «конца существования». В первые часы после ЧС для пострадавших важны не специальные психологические и психотерапевтические техники, а нечто другое, что могло бы обезопасить их жизненное пространство, и наполнение этого пространства неким информационным полем. Анализ работы психологов в ЧС показал нам, что важным для пострадавших и их родственников является создание безопасного жизненного пространства, мотивирование пострадавших на активное поведение, а также одобрение их деятельности искусственно созданным социальным окружением, информационная поддержка и непосредственное оказание первой психологической помощи. Главная задача, которую решают психологи отдела экстренной психологической помощи в своей работе, – это профилактика развития посттравматического стрессового расстройства и других негативных социально-психологических последствий ЧС, влияющих на морально-психологическое состояние пострадавших.

Позиция психотерапевта в первой помощи родственникам погибших в терактах и техногенных катастрофах

Произошедшие в течение 2003–2004 гг. в г. Москве террористические акты и обрушение крыши здания аквапарка еще раз выявили значимость оказания медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и техногенных катастрофах.

Помощь родственникам погибших на этапе опознания, судебно-экспертных и следственных мероприятий, вплоть до выдачи тел и организации похорон, оказывали психотерапевты и клинические психологи медицинских госучреждений и отчасти благотворительных организаций, терапевтические бригады «Скорой помощи». Кроме того, оперативным решением социальных вопросов (помощь в организации похорон, материальные компенсации) в моргах занимались работники социальных служб города.

Как показал опыт реальной работы, психотерапевты и психологи оказывали помощь родственникам погибших активно, вне каких-либо методических рамок, стихийно-интуитивно, тогда как работники «Скорой помощи» оказывали помощь по обращаемости, по традиционной для себя схеме. Достаточное число психотерапевтов и психологов после завершения работы в моргах перенесли преходящее ухудшение психического (астенический, астенодепрессивный синдромы) и соматического (простудные заболевания и обострение хронических заболеваний) состояния.

Имеющийся практический опыт предполагает его организационно-методическое осмысление в двух взаимосвязанных направлениях:

- 1) организация медико-психиатрической и психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах;
- 2) специальная подготовка персонала для медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах.

1. Организация медико-психиатрической, психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах

Клинико-диагностической областью оказания помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах, согласно МКБ-10, является

острая реакция на стресс (F43.0) в вариантах легкой (F43.00), средней тяжести (F43.01) и тяжелой (F43.02) (включая диссоциативный ступор (F44.2)).

Острая реакция на стресс характеризуется симптомами, сформированными в группы А и Б.

Группа А включает три подгруппы симптомов. К первой многокомпонентной подгруппе относятся: тахикардия; профузное потоотделение; тремор; сухость во рту; одышка, чувство удушья; боль или неприятное ощущение в груди; тошнота или желудочно-кишечный дискомфорт; головокружение или слабость; симптомы деперсонализации или дереализации; страх потери контроля над поведением; страх умереть; приливы жара, холода; парестезии. Вторая подгруппа характеризуется отчетливым эмоциональным дискомфортом вследствие симптомов тревоги и избегающего поведения, осознаваемого как нерациональное и неадекватное. Третья подгруппа ограничивает наличествующую симптоматику полностью или преимущественно стрессовой ситуацией.

Группа Б включает следующие симптомы: отказ от ожидаемого социального взаимодействия; сужение внимания; явная дезориентировка; гнев или вербальная агрессия; отчаяние или безнадежность; неадекватная, бессмысленная гиперактивность; неконтролируемая грусть, тоска.

Легкая острая реакция на стресс (F43.00) ограничивается симптомами группы А. Острая реакция на стресс средней тяжести (F43.01) включает симптомы группы А и не менее двух симптомов группы Б. Тяжелая острая реакция на стресс (F43.02) включает симптомы группы А и не менее четырех симптомов группы Б.

Следует учесть, что развитие острой реакции на стресс может вызвать внезапное обострение имеющихся соматических, неврологических и иных заболеваний. Поэтому общими целями оказания медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах является купирование острой реакции на стресс и превенция ПТСР, а также превенция и купирование обусловленных стрессом обострений и развития острых соматических, неврологических заболеваний. Реализация данных целей подразумевает оказание помощи в два (и более) этапа: этап комплексной первой помощи; этапы специализированной помощи (психотерапевтической, терапевтической, неврологической, иной).

В настоящей публикации мы рассматриваем исключительно этап комплексной первой помощи.

Этап комплексной первой помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах

Основной целью этапа комплексной первой помощи является минимизация ущерба здоровью родственников погибших, как от прямого воздействия острой реакции на стресс, так и вследствие соматических, неврологических ее осложнений. Реализация данной цели предполагает последовательное решение двух групп задач: 1) диагностики, 2) превентивной терапии.

Диагностические задачи первостепенны по значимости и включают три подзадачи:

1. Диагностика выраженности острой реакции на стресс в диапазоне легкой, средней, тяжелой.

2. Диагностика явных, острых, развивающихся вслед за развитием острой реакции на стресс, соматических расстройств кардиососудистого типа (артериальная гипертензия, приступ стенокардии).

3. Диагностика явных, острых, развивающихся вслед за развитием острой реакции на стресс, неврологических расстройств типа нарушений мозгового кровообращения.

Диагностика выраженности острой реакции на стресс осуществима психотерапевтом, психиатром методом активного наблюдения и расспроса. В контексте ситуации с родственниками погибших следует исходить из наличия признаков группы А у всех наблюдаемых, когда основная диагностическая задача заключается в выявлении и количественной критериальной оценке признаков группы Б, что позволяет разграничить лиц с легкой, средней тяжести и тяжелой острой реакцией на стресс. В непосредственной психофармакологической, психотерапевтической помощи и последующем этапном наблюдении нуждаются преимущественно лица с реакцией средней тяжести и особенно тяжелой острой реакцией на стресс.

Диагностика острых, развивающихся вслед за развитием острой реакции на стресс, соматических и неврологических расстройств (артериальная гипертензия, приступ стенокардии, возможных нарушений мозгового кровообращения) осуществима врачом-терапевтом «Скорой помощи» при активном наблюдении родственников погибших, с кратким опросом и измерением артериального давления лиц

с признаками соматоневрологической нестабильности, лиц старше 40–50 лет, лиц с реакцией средней тяжести и тяжелой острой реакцией на стресс.

Задачи превентивной терапии на этапе оказания первичной помощи включают: комплексную терапию лиц с реакцией средней тяжести и тяжелой острой реакцией на стресс; начальную коррекцию возможных соматических и неврологических расстройств.

Комплексная терапия лиц с реакцией средней тяжести и тяжелой острой реакцией на стресс предполагает:

1) психофармакотерапию мощными транквилизаторами, желательно инъекционными, с последующим продолжением лечения таблетированной формой того же препарата под наблюдением врача по месту жительства;

2) психотерапию с целью возможной коррекции отказа от социального взаимодействия; суженного внимания и дезориентировки; вербальной агрессии; отчаяния, безнадежности; гиперактивности, тоски.

Целью собственно психотерапии является принятие, эмоциональная поддержка, выработка первоочередных планов действий в связи с опознанием, регистрацией смерти, похоронами, с актуализацией оставшихся ресурсных, значимых лиц и отношений с ними. Полномасштабная психотерапия является задачей следующего – специализированного – этапа помощи родственникам погибших.

Начальная коррекция возможных соматических и неврологических расстройств осуществляется при их активном выявлении врачом «Скорой помощи».

Полноценная помощь родственникам погибших в терактах и катастрофах требует выполнения ряда условий.

Во-первых, полноценную первичную помощь может оказывать бригада специалистов, возглавляемая психотерапевтом, либо психиатром и включающая подготовленного в области психотерапии клинического психолога, терапевта.

Во-вторых, эффективная работа такой бригады может быть основана исключительно на активном выявлении лиц с реакцией средней тяжести и тяжелой острой реакцией на стресс, соматическими и неврологическими расстройствами.

В-третьих, необходимо обеспечить преемственность терапии этапов первичной и специализированной медицинской, психотерапевтической

помощи нуждающихся в ней лиц на основе документальной фиксации диагностико-терапевтической информации первичного этапа и обязательной направленной передачи ее на этап специализированной помощи.

Таким образом, полноценная помощь родственникам погибших в терактах и катастрофах станет возможной при решении комплекса организационных, методических, административных (приказы) вопросов.

2. Специальная подготовка персонала для медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах

Подготовка персонала для медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах предполагает выполнение следующих условий:

1. Разработка организационно-методического стандарта оказания помощи родственникам погибших (пострадавших) при терактах и катастрофах.

2. Специальная подготовка психотерапевтов, психиатров, клинических психологов на основе организационно-методического стандарта оказания помощи родственникам погибших (пострадавших) при терактах и катастрофах, включая теоретический, практический, тренинговый разделы.

3. Обеспечение персонала медико-психотерапевтической помощи элементарными условиями труда (помещение, штатное оборудование, инструментарий, медикаменты). Регламентация рабочего времени, оплаты.

4. Обеспечение безопасности профессиональной деятельности персонала за счет профотбора и тренинга психологической устойчивости к острому и хроническому психическому стрессу. Последний пункт значим и для привлекаемых к оказанию помощи работников социальных служб.

Таким образом, возможны два подхода к оказанию помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах: первый из них уже опробован и основан на эксплуатации альтруистического энтузиазма психотерапевтов и клинических психологов, не имеющих специальной подготовки; второй заключается в формировании целостной организационно-методической, образовательной системы этапной помощи, проанализированной выше.

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

(ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Развитие современного общества, науки, средств массовой информации, появление новых технологий, с одной стороны, улучшая качество жизни, с другой, повышают риск возникновения масштабных катастроф, аварий, бедствий. С каждым годом увеличивается количество людей, переживших стихийное бедствие, техногенную аварию или катастрофу, растет число людей, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, — спасателей, медиков, оказывающих экстренную помощь и т.д.

В структуре МЧС России в 1999 г. была создана Служба медико-психологической поддержки, в состав которой вошел Центр экстренной психологической помощи МЧС России. На Службу были возложены такие задачи, как:

1. Проведение психодиагностических мероприятий и мероприятий, направленных на профессиональный психологический отбор.

2. Проведение реабилитационных мероприятий со специалистами, участвующими в ликвидации последствий ЧС, для сохранения психологического здоровья и профессионального долголетия специалистов.

3. Проведение мероприятий, направленных на подготовку специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС, к деятельности в экстремальных условиях.

4. Оказание экстренной психологической помощи при проведении работ по ликвидации последствий ЧС.

Цель деятельности специалистов-психологов при работе на месте ЧС — поддержание оптимального психологического и психофизиологического состояния специалистов, участвующих в ликвидации последствий ЧС, а также оказание экстренной психологической помощи людям, пострадавшим в результате ЧС.

Основными принципами работы специалистов являются:

– соблюдение этических норм и правил профессиональной деятельности с учетом специфики экстренной психологической помощи (внезапность и сила неблагоприятного воздействия, краткосрочность оказания помощи);

– экстренная психологическая помощь оказывается человеку, если его реакции являются нормальным ответом на обстоятельства окружающей реальности; если реакции выходят за пределы нормы, то необходимой является помощь врача-психиатра;

– используемые приемы и техники должны быть краткосрочными, т.к. работа ведется по принципу «здесь и теперь»;

– помощь направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией, следовательно, действует запрет на работу с давними проблемами человека, что требует пролонгированной сессии.

Часть четвертая

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ:
ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ**

Снятие острого стресса и антистрессовая подготовка к будущим экстремальным ситуациям по методу «Ключ» (методические аспекты и эффективность)

Трагедия в г. Беслане обнаружила недостаточную подготовленность министерств и ведомств к согласованной работе по психологической реабилитации пострадавших от теракта и персонала, оказывающего помощь пострадавшим.

Но даже при организации оптимальной согласованной работы министерств и ведомств в подобных случаях остается нерешенной методическая проблема купирования состояния острого стресса и, что так же важно, — повышения психологической устойчивости применительно к будущим экстремальным ситуациям. Это обусловлено тем, что человек в остром стрессе находится в измененном состоянии сознания, что резко затрудняет работу медиков и психологов, а методы ускоренного общедоступного целенаправленного превентивного повышения психофизиологической устойчивости к стрессу в мировой практике отсутствуют.

К проблеме острого стресса

1. В условиях ограниченного времени и особенно при наличии большого числа пострадавших становится невозможным индивидуальный подбор медицинских препаратов.

2. Из-за нарушенного восприятия у пострадавших, которые при этом нередко не могут или не хотят делиться своими переживаниями, блокируется работа психологов, использующих традиционные вербальные методы.

Таким образом, при остром стрессе остается без контроля причинный психофизиологический механизм образования постстрессовых расстройств, что ведет к возможным необратимым изменениям личности и организма человека.

В г. Беслане был эффективно использован метод управляемой психофизиологической саморегуляции «Ключ», приемы которого

снимают стресс автоматически, т.к. основаны на идеомоторных рефлексах, вызывающих межуровневое согласование психических и физиологических процессов.

Как показала практика, применение метода дает выраженный психотерапевтический эффект – коренное положительное изменение функционального состояния пострадавших уже на первой процедуре, что реализуется в условиях ограниченного времени и отсутствия специальных условий.

Важно также и то, что использование метода не требует обязательного традиционного психологического тестирования и длительной психотерапевтической беседы с пострадавшими.

Механизм управляемых идеомоторных приемов

- «Ключевой» управляемый идеомоторный прием – это рефлекторная реакция организма с моторным компонентом, возникающая в ответ на ее образную модель.

- Механизм управляемого идеомоторного движения основан на явлении генерализации волевого импульса в коре головного мозга с иррадиацией на двигательные центры с отключением конкурирующих сигналов.

- Реализация управляемого идеомоторного движения происходит на основе одновременной синхронной активности двух полушарий мозга, за счет чего происходит согласование их деятельности и как следствие – рефлекторно-автоматическое снижение стресса.

О положении тела и помехах при обучении

В отличие от метода аутогенной тренировки, где выработка навыков саморегуляции производится в пассивной комфортной позе в положении «сидя» или «лежа», идеомоторные приемы метода «Ключ» чаще рекомендуется выполнять в положении «стоя».

Этим обеспечивается внешний визуальный контроль для обучающего специалиста и самоконтроль обучаемого, который сразу убеждается в высокой эффективности приемов, потому что они позволяют получить комфортное состояние без необходимости в удобной позе.

При этом обучение может производиться на фоне шума и других помех, что служит лучшему закреплению вырабатываемых

навыков саморегуляции и возможности применения в реальной обстановке.

«Тест на зажатость» и принцип снижения уровня нервно-психического напряжения

Путем апробации трех базовых приемов или приемов, созданных самим обучающимся по принципу идеорефлекторного автоматизма, он находит тот, который у него лучше получается.

Базовые идеомоторные приемы:

1. «Расхождение рук».
2. «Схождение рук».
3. «Подъем руки, рук».

Если у участника реабилитационного учебно-тренировочного процесса не реализуется ни одно из рефлекторных идеомоторных движений, это свидетельствует о наличии высокого уровня нервно-психического напряжения, о состоянии зажатости. Для снижения напряжения и зажатости необходимо подключение дополнительных компонентов: раскрепощающая разминка путем любых физических упражнений, затем снова – «Тест на зажатость» – повторение идеомоторных приемов.

Обучаемому сообщается, что если приемы начали получаться, значит, степень зажатости уменьшилась, психофизиологический баланс восстановлен.

Так, обучаемый, проверяя себя на «зажатость» и раскрепощаясь, т.е. осуществляя попеременное напряжение и расслабление, тренирует у себя способность управлять своим функциональным состоянием.

Подбор индивидуального «ключа» для саморегуляции

Подбор индивидуального «ключевого» идеомоторного приема осуществляется путем перебора различных приемов по принципу: «делать то, что получается, игнорируя то, что не получается», т.е. если один прием не получился, рекомендуют перейти к реализации следующего приема.

Рекомендации обучаемому даются следующим образом.

Прием 1. «Расхождение рук»

Следует держать руки свободными перед собой.

Голову рекомендуется держать удобно и дать мысленную команду рукам, направленную на то, чтобы руки начали расходиться в стороны как бы автоматически, без мышечных усилий.

Требуется подобрать для этого оптимальный образ, помогающий добиться этого рефлекторного движения. Нужно представить себе, например, что руки отталкиваются друг от друга, как отталкиваются друг от друга однополярные магниты, или какой-либо другой образ (как удобнее). Можете начать с того, что пробуете разводить руки обычным механическим движением, а потом – идеомоторно. Для того чтобы воля «сработала» и руки начали расходиться, нужно снять «препятствия» между волей и организмом (создать «связь» между сознанием и организмом), т.е. найти в себе состояние внутреннего равновесия.

Для этого нужно внутренне расслабиться, ощутить в себе комфорт.

Рекомендуется найти в себе состояние внутреннего расслабления, при котором получается желаемое идеомоторное движение, мы учимся этим самым управлять своим состоянием.

Следует делать это как можно приятнее, перебирать варианты (отклонить или склонить голову, сделать глубокий вдох или выдох, задержать на мгновение дыхание и т.д.), главное – нужно стремиться найти это чувство внутреннего комфорта, при котором воля начнет влиять на автоматику движения. Реализация желаемого идеомоторного движения будет вам свидетельствовать о том, что искомое состояние найдено, иначе это движение не получится.

Рекомендуется это делать с открытыми или закрытыми глазами и выбрать, как эффективнее происходит реализация идеомоторного движения.

Это способ для проверки на «зажатость»: если руки остаются неподвижными, следует сделать несколько обычных физических упражнений, чтобы снять «нервные зажимы», а затем еще раз повторить этот идеомоторный прием.

Если руки устают, следует опустить их, встряхнуть. Затем рекомендуется повторить прием.

Если один прием не получается, следует перейти к другому приему.

Прием 2. «Схождение рук»

Следует развести руки в стороны обычным механическим способом, а затем настроиться на их обратное рефлекторно-автоматическое движение друг к другу.

Если прием получается, рекомендуется повторить его несколько раз. Это развивает желаемое искомое состояние саморегуляции — «обратной внутренней связи».

После этого, независимо от того, получился прием или нет, рекомендуется снова выполнить первый прием — руки в стороны.

Иногда при выполнении этих движений возникает чувство, что руки тянет какая-то сила. Подключение физических «телесных» ощущений свидетельствует о глубине наступающей психической релаксации и развитии «связи ума и тела».

Расхождение и схождение рук надо повторить несколько раз, добиваясь как бы непрерывности движения.

В моменты, когда руки как бы застревают, можно слегка подтолкнуть их, или улыбнуться, или вздохнуть.

Если у человека наступило желаемое состояние внутреннего расслабления, но руки устали и не хочется делать движения, тогда следует их опустить и побыть в этом состоянии, чтобы его запомнить.

Прием 3. «Левитация руки»

Руки опущены. Можно смотреть на руку. Тогда это нужно делать неотрывно, или же закрыть глаза. Важно не бегать глазами по сторонам, иначе человек теряет наступающее гармонизирующее состояние, внутренний «контакт с самим собой».

Рекомендуется настроиться на то, чтобы рука стала подниматься, всплывать.

Этот прием «левитации руки» может получиться либо сразу, либо непосредственно после предыдущих, или после разминки. Если он не получается, следует снова развести и свести руки, а затем попробовать поднять руку еще раз.

Потом человек сможет контролировать стресс уже без помощи этих приемов.

Когда рука начинает всплывать, возникает масса новых и приятных ощущений. В первый раз это ощущение настолько неожиданное, что невольно вызывает улыбку.

Если прием не получился, нужно искать другое движение.

А если прием получается после других приемов, те приемы следует повторить еще раз.

Тогда, когда человек делает то, что получается, у него начинает получаться и то, что раньше не получалось.

Прием 4. «Автоколебания тела»

При выполнении «ключевых» приемов вместе с расслаблением обычно возникает явление автоколебания тела. Это естественно, т.к. при расслабленном состоянии человек покачивается.

При автоколебаниях тела руки можно опустить и просто покачаться на волнах этого «гармонизирующего биоритма», как покачивается ребенок на качелях.

Когда человек находит свой ритм, покачивание тела становится красивым, гармоничным.

Глаза можно закрыть или оставить открытыми (как приятнее).

Этот прием с автоколебаниями тела тренирует и координацию. Человек с хорошей внутренней координацией более устойчив к стрессам, меньше других поддается внешним влияниям, обладает большей самостоятельностью мышления, быстрее находит выход в самых сложных ситуациях. Поэтому упражнения, направленные на развитие координации, формируют и устойчивость к стрессу.

Если в результате идеомоторных приемов явление автоколебания тела не наступило, можно инициировать эти покачивания тела намеренно механически, слегка подталкивая корпус, как приятнее, например, вперед-назад, или круговыми движениями. Руки при этом можно опустить, сложить на груди или держать как удобнее. После нескольких повторов это упражнение начинает легко получаться. Главное – найти приятный ритм колебаний, это такой ритм, из которого как бы не хочется выходить, потому что при этом происходит снятие нервных зажимов.

При этом снимается нервное напряжение и возникает чувство глубокого душевного и физического покоя, внутреннего равновесия, мысли начинают течь ровно и спокойно, не «задевая» нас. На этом фоне легко и спокойно думается даже о самых сложных вещах, естественным путем разрешаются наболевшие психологические проблемы. Никто никогда при этом не падает. Но если человек боится упасть, может поставить ноги шире или встать спиной к стене, к дивану.

Если при покачивании проявляется слабость координации, то путем тренировки с помощью этого же приема происходит улучшение координации. Так тренируется и способность управлять своим состоянием маленькими волевыми усилиями.

Очень скоро исчезнет и страх упасть. Этот страх упасть при расслаблении всегда есть внутри человека и также подспудно руководит

его жизнью, а с помощью такой тренировки человек вдруг замечает, что может глубоко расслабиться, и никуда не падает. И страх упасть исчезает.

Прием 5. «Движения головой»

Стоя или сидя, необходимо опустить голову, расслабив шею, или откинуть голову, как приятнее, и, вспомнив опыт с идеомоторными движениями рук, вызывать идеомоторные повороты головой в удобном направлении.

Если это не получается, следует механически вращать головой в приятном ритме по линии приятных точек поворота. Это такой ритм, при котором движение хочется продолжать и напряжение шеи ослабевает. Следует найти момент, когда голову можно как бы отпустить, и дальше она пойдет идеомоторно-автоматически.

Надо обходить болевые или напряженные точки, а если они активно проявляются, эти болевые участки следует слегка помассировать.

Когда человек находит при движениях головой приятную точку поворота, следует оставить голову в таком положении. Приятная точка поворота — это точка расслабления.

Это знакомо из повседневной жизни: в моменты, например, усталости или глубокой задумчивости, человек также откидывает голову назад, или склоняет ее вперед или в сторону, как удобнее, и сидит так неподвижно, расслабленно, пусто глядя перед собой, как в невидимую точку.

После того как человек выполнил идеомоторные приемы — получились они или нет, — сразу же необходимо сесть или лечь — именно сейчас наступает желаемый результат — чувство облегчения, внутренней свободы. Вас отпустило. Стресс снят. Голова стала ясной. Человек испытывает свежесть, бодрость, полноту сил.

Подобранный индивидуальный «ключевой» прием — тот, который выполнялся легче всего, обучаемый может затем использовать отдельно, без выполнения всей процедуры саморегуляции. Естественно, глубина расслабления будет не столь полной, однако и одного приема будет вполне достаточно, чтобы в нужный момент, в ответственной ситуации одним незаметным коротким действием снять нежелательные «нервные зажимы», сбросить нервное перенапряжение, быстро овладеть самоконтролем, почувствовать уверенность в себе.

Примечание. При выполнении «ключевых» приемов, особенно в положении стоя, расслабление сопровождается самопроизвольным автоколебанием тела, что является одним из контрольных признаков релаксации. Ритмичное приятное покачивание — закономерная реакция расслабления, ее не следует сдерживать: следует «лечь» на эти автоколебания, как на волну. Это хороший прием для тренировки против укачивания и для выработки высоких координационных качеств.

Выход из режима саморегуляции — мобилизация

Выходить из состояния саморегуляции легко, достаточно этого пожелать. Но если человеку хочется побыть в этом состоянии еще несколько минут, следует сделать это. Значит, это требуется организму. А выходить из этого состояния нужно настроившись на то, что голова — ясная, а в теле — полнота свежих сил и бодрости.

Можно вспомнить, например, то, что обычно бодрит: чашку кофе, контрастный душ, лыжную прогулку, рекомендуется потянуться, сделать несколько бодрящих движений. Тогда человек будет чувствовать себя свежим и бодрым, как утром после сна, даже если за спиной был целый день напряженного труда.

Такой выход с освежением следует делать тогда, когда требуется бодрое настроение. Но если человек делает это перед сном, то при выходе из состояния саморегуляции ему необходимо настроиться на приятный сон, выходить из процедуры с расслабленным чувством, с дремотой, с желанием сна.

Заключение — «стадия последствий»

В первые два—три дня тренировок после выполнения идеомоторных приемов нужно сесть и просто посидеть несколько минут пассивно, как бы нейтрально (глаза закрывать следует не сразу, а только если они сами закрываются).

При этом возникает явление характерного чувства пустоты в голове.

Это реабилитационное состояние (как режим перезагрузки в компьютере), в котором происходит психологическая разгрузка и накопление новых сил.

А теперь следует настроиться на чувство свежести.

Дополнительные компоненты

Если идеомоторные приемы не получаются, значит, необходимо добавить дополнительные компоненты. Количество дополнительных компонентов, привлекаемых для процедуры саморегуляции, регулируется также в зависимости от исходной напряженности с помощью «Теста на зажатость» и сокращается по мере выработки навыков саморегуляции.

Общие дополнительные компоненты

1. *Физические упражнения.* Если выполнение идеомоторных приемов блокируется нервно-мышечным напряжением, следует выполнить несколько простых физических упражнений, снимающих это напряжение.

2. *Самомассаж.* Легкими движениями рук, не причиняя себе боли, следует помассировать наиболее напряженные или болевые участки шеи. Если руки при этом устают, их следует встряхнуть. Продолжайте самомассаж в течение пяти минут.

3. *Упражнение «Сканирование».* Это упражнение содержит специальную последовательность повторяемых циклических механических движений, которые позволяют выявить именно то движение, которое в большей степени подходит для вашего раскрепощения и перехода к управляемым идеомоторным приемам:

– в течение полминуты следует выполнить любые легкие и приятные повторяемые круговые повороты головы;

– в течение полминуты следует выполнить любые легкие и приятные повторяемые движения плечевого пояса;

– в течение полминуты следует выполнить любые легкие и приятные повторяемые круговые движения бедер, наподобие вращения обруча;

– в течение полминуты следует выполнить любые легкие и приятные повторяемые движения на уровне колен;

– движение, которое показалось самым легким и приятным, необходимо повторить в течение полминуты. Это и есть индивидуальное «ключевое» раскрепощающее движение. Возможно, оно окажется знакомым человеку по обыденной жизни – именно это движение он непроизвольно делал в моменты нервного напряжения.

Специальные дополнительные компоненты (сочетание методов)

1. Психологическая консультация, в частности, коррекция «моделей ожидания», выявление подсознательных блокирующих установок.

2. Медицинская диагностика с выявлением в частности признаков внутричерепного давления, остеохондроза.

3. Психотерапевтическая коррекция, регулирующая в частности чувство тревожности, элементов депрессии.

4. Мануальная коррекция.

5. Массаж точек «Фен-чи» в области затылка (снимающий спазмы сосудов мозга и улучшающий венозный отток (методика проводится примерно за десять минут до учебно-реабилитационной тренировки).

6. Релаксирующий массаж или массаж шеи в наиболее напряженных участках (методика проводится за десять минут до процедуры учебно-реабилитационной тренировки).

7. Акупунктурная рефлексотерапия (точки «Хэ-гу», «Цзу-сань-ли», «Да-джу», «Ней-гуань»). Для купирования состояния острого стресса – экспозиция до тридцати минут.

Для достижения режима саморегуляции после проведения указанных процедур и методических приемов приступают к производству управляемых идеомоторных приемов.

Задание для самостоятельного закрепления навыков

Самостоятельную учебно-реабилитационную тренировку с идеомоторными приемами рекомендуется произвести в течение пяти дней по тридцать минут в удобное время. После пяти дней уже можно пользоваться по желанию либо полной тренировкой, либо отдельными компонентами (идеомоторными приемами или только памятью об их эффекте) в нужный для себя момент.

Количество привлекаемых компонентов регулируется в зависимости от исходного уровня нервно-психического напряжения и сложности решаемой психологической задачи. Так, например, если завтра предстоит отъезд в командировку, боевые действия и пр. и присутствует высокая степень психоэмоционального напряжения, а применение одного или двух ключевых приемов не дают немедленного эффекта раскрепощения и уверенности в себе, следует вспомнить, расширить объем использования дополнительных

компонентов, сочетать ключевые приемы с разминочными физическими упражнениями, подключить самомассаж точек «Фэн-чи», «Хэ-гу», мышц шеи и т.д.

Оценка эффективности метода

Применение метода производилось в реальной обстановке для реабилитации детей и взрослых после терактов, антистрессовой подготовки психологов МВД и МО России, направляемых в горячие точки, а также в лабораторных испытаниях.

К числу наиболее характерных описаний состояний, возникающих у большинства после процедуры реабилитационной саморегуляции, можно отнести:

- выраженное состояние спокойствия, легкости и уверенности в себе, умиротворенное состояние, успокоенность, — возникают непосредственно после процедур;

- уменьшение раздражительности, уравновешенность, преобладание хорошего, приподнятого настроения, повышение работоспособности, ощущение спокойствия — возникают в дни проведения процедур.

- заметное улучшение сна в дни проведения сеансов (легкое засыпание, ровный глубокий сон, ощущение легкости по утрам).

1. Динамика САН до и после саморегуляции

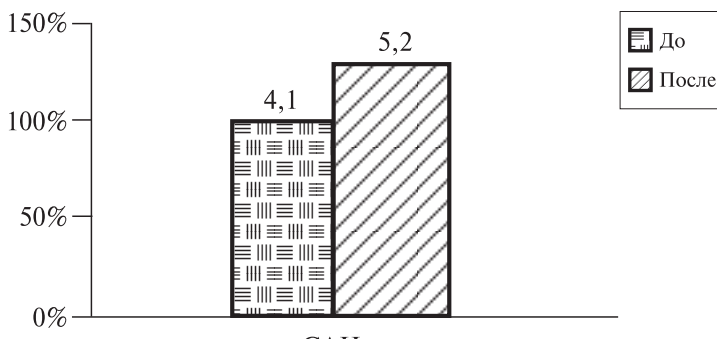


Рис. 1

2. Тест Спилбергера (шкала «Личностная тревога»)

Уровень ситуационной тревоги к окончанию курса достоверно ($p < 0,001$) снизился с 42,86 до 32,93 единиц. Улучшение относительно нормативного показателя по шкале ($n=36$) составило 55%. Уровень ситуационной тревоги достоверно снижался в течение курса. Наблюдалась устойчивая редукция тревожной симптоматики от сеанса к сеансу.

3. Динамика изменений показателей по шкалам «Тревога» и «Депрессия»

Шкалы	До курса	После курса	Критерий достоверности
Тревога ($n=-1,28 - +1,28$)	-3,6	+0,6р	$p < 0,001$
Депрессия ($n=-1,28 - +1,28$)	-2,9	-0,3р	$p < 0,001$

4. Динамика индекса Гарвардского степ-теста до и после курса АСП

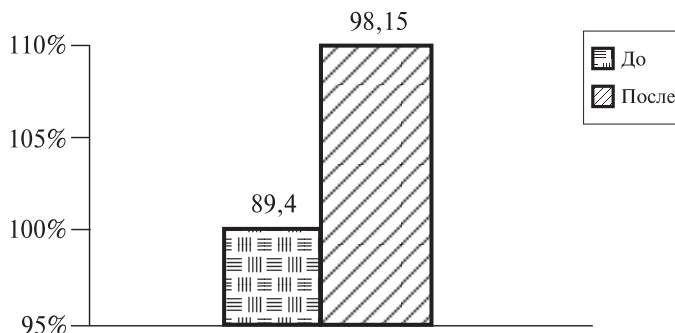


Рис. 2

Антистрессовая подготовка

Антистрессовая подготовка (АСП) состоит из двух функциональных блоков.

В *первом блоке* производится нейтрализация имеющегося стереотипа реагирования на предполагаемую стрессовую ситуацию.

Известно, что способность управлять своим функциональным состоянием снижается, если к эмоциям, включаемым в ответ на образ стрессового раздражителя, подключаются вегетативные реакции (например, сердцебиение, головная боль, чувство тяжести или «ватности» в руках, ногах, и т.д.). Вегетативные реакции, вызванные эмоциями, являются материальными процессами и разворачиваются поэтому в реальном масштабе времени, и, загружая мозг, сужают свободное поле сознания, необходимое для принятия оптимальных решений и преодоления стресса. Для того чтобы разорвать этот порочный круг, необходимо вызвать с помощью идеомоторных приемов состояние релаксации, в котором закономерно отключается эмоциональное сопровождение мыслительных процессов. Обучаемый моделирует образ стрессовой ситуации и производит самостоятельное снятие возникающих на стрессовый раздражитель ответных реакций организма (эмоций страха, вегетативных проявлений) с помощью соответствующих состоянию управляемых идеомоторных приемов. После нескольких повторений образ стрессовой ситуации перестает вызывать у человека возникавшее ранее стрессовое состояние, происходит повышение уровня психофизиологической устойчивости.

Во *втором блоке* производится формирование желаемого нейродинамического стереотипа реагирования на образ стрессовых ситуаций. Для этого на фоне релаксации моделируется образ того эмоционального состояния и поведения, которые желательно иметь в предстоящей стрессовой ситуации. В результате нескольких повторений образного представления стрессового раздражителя в сочетании с желаемой реакцией формируются и закрепляются необходимые новые условно-рефлекторные связи.

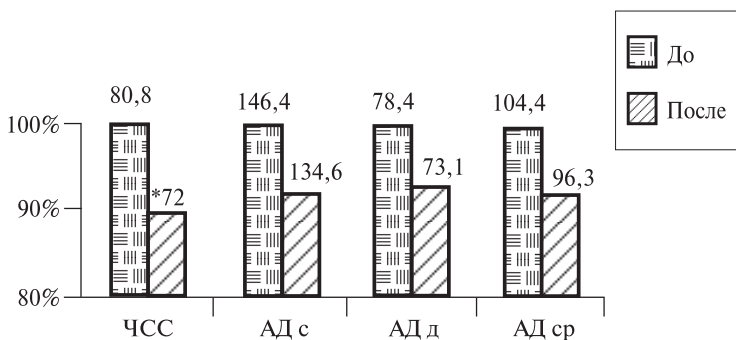
Для повышения устойчивости антистрессового эффекта во время моделирования позитивного состояния его усиливают подкрепляющими дополнительными компонентами, повышающими, например, работоспособность, чувство комфортности. При этом производят «консервацию» полученного позитивного состояния путем его запоминания и установки на будущую реализацию в нужный момент.

К группе описаний участниками обучения состояний, возникающих после курса антистрессовой подготовки, можно отнести:

- нормализацию настроения;
- повышение уверенности в себе;
- присутствие чувства внутренней раскрепощенности;

- отсутствие выраженной эмоциональной реакции на ситуации, волновавшие ранее, ощущение защищенности, ощущение защитной стены, отделяющей от травмирующей ситуации;
- снижение тревоги;
- повышение активности и работоспособности;
- нормализацию сна (легкое засыпание, ровный глубокий сон, ощущение удовлетворенности качеством и продолжительностью сна по утрам).

**Динамика показателей сердечно-сосудистой системы
до и после курса АСП**



Примечание: * – $p \leq 0,05$.

Рис. 3

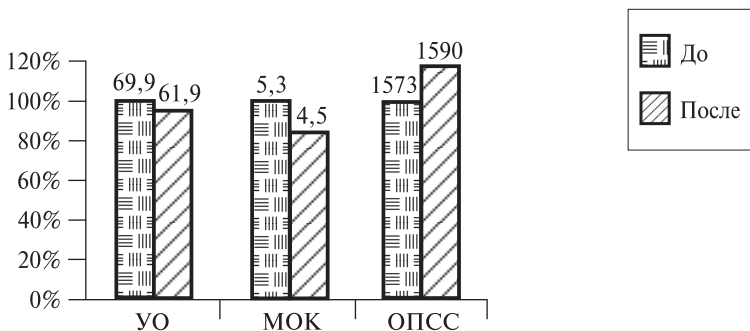


Рис. 4

Динамика интегральных показателей функционального состояния до и после курса АСП

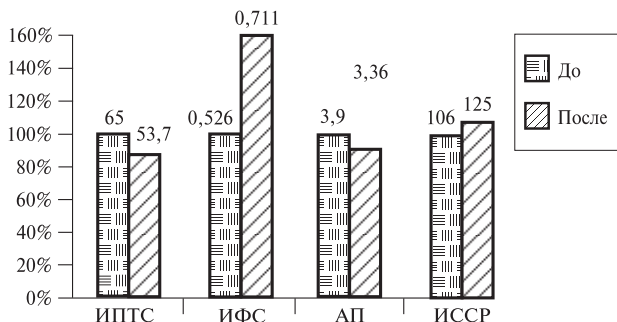


Рис. 5

Заключение

1. Существующие системы психофизиологической защиты не обеспечивают стабильности нервно-психического состояния людей в экстремальных условиях, не позволяют целенаправленно вырабатывать навыки психологической и психофизиологической устойчивости применительно к предстоящим стрессовым ситуациям, и направлены в основном на реабилитацию и работу с ПТСР, требующую длительно-го времени и расхода средств.

2. Стрессоустойчивость личности в экстремальных условиях деятельности может быть повышена путем использования «ключевых» управляемых идеомоторных приемов, которые позволяют снизить нервно-психическое напряжение в короткие сроки и повысить способность человека к управлению своим функциональным состоянием, что проявляется в положительной динамике психологических и психофизиологических показателей у испытуемых.

3. Антистрессовая подготовка с использованием «ключевых» управляемых идеомоторных приемов является методом выбора в условиях жестких временных ограничений и большого числа обучающихся навыкам психологической и психофизиологической устойчивости.

4. На основе метода «Ключ» может быть развито направление, решающее следующие задачи:

- предупреждение стрессовых состояний в зонах или группах риска среди населения, включая детей от 12 лет, путем обучения

навыкам психологической устойчивости на основе психофизиологической саморегуляции;

- повышение психологической устойчивости у персонала – участников реабилитации;
- экспресс-реабилитация пострадавших, членов их семей и персонала, участвующего в реабилитации;
- психологическое сопровождение реабилитационных процессов в стадии стрессового последствия.

Литература

1. Патент Российской Федерации № 1785711 «Способ снижения утомления», 1993 г.

2. Патент Российской Федерации № 2041721 «Способ управляемой психофизиологической саморегуляции и устройство для стимуляции», 1995 г.

3. Акт использования метода программируемой психофизиологической саморегуляции в в/ч № 2392, 1984 г.

4. Акт внедрения метода «Управляемая психофизиологическая саморегуляция “Ключ” в ГУЗ Рязанском областном клиническом психоневрологическом диспансере № 1320, 1997 г.

5. *Алиев Х.М., Михайловская С.М.* Методические рекомендации «Метод управляемой саморегуляции». Минздрав СССР, 1987.

6. *Алиев Х.М.* Методическое руководство по использованию метода психофизиологической саморегуляции «Ключ» для специалистов детских центров реабилитации. Президентская программа «Дети России», раздел «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев». По заказу Минобразования Российской Федерации, г. Москва, 1997 г.

7. *Василенко А.М., Шарипова М.М., Алиев Х.М.* Комплексное применение рефлексотерапии и психофизиологической саморегуляции «Ключ». Пособие для врачей. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 1998.

8. *Алиев Х.М.* Методическое руководство по антистрессовой подготовке психологов, профориентаторов и социальных работников. Система психологической саморегуляции «Ключ». По заказу Комитета труда и занятости г. Москвы, 1999 г.

9. *Алиев Х.М.* Методическое пособие ГУК МВД России, раздел «Метод “Ключ”», 2002.

10. *Алиев Х.М.* Терроризм, это должен знать каждый», раздел «Как повысить устойчивость к стрессу». Рекомендации Службы по борьбе с терроризмом Управления ФСБ по г. Москве и Московской области. 2002.

11. *Алиев Х.М., Хоменко М.Н., Егоров К.А.* Как избавиться от стресса и повысить свою психологическую устойчивость. Метод. пособие. М.: УОРЛС ДКО МВД России, 2006.

Психотерапия раненым при террористическом акте в г. Каспийске

Группой психотерапевтов Московской психотерапевтической поликлиники № 223 при участии специалистов из Дагестана (врачи-психиатры Г.Д. Азаева, Х.М. Алиев, А.П. Ригер, психологи Ж.Б. Аганесян и А.Х. Алиев) проводилась ранняя (12–26 мая 2002 г.) психотерапия 51 пострадавшему от террористического акта 9 мая 2002 г. в г. Каспийске Республики Дагестан.

Значительную часть пострадавших составили дети и подростки с соматическими травмами (24 человека). Попутно психотерапевтическая помощь и психообразовательная поддержка оказывалась родственникам пострадавших (22 человека), фактически проживавшим в больничных палатах весь период оказания пострадавшим медицинской помощи в стационаре.

У раненых преобладали сочетанные травмы: повреждение мягких тканей, повреждение нервных стволов и сосудов, черепно-мозговые травмы разной степени тяжести, переломы костей, в том числе лица, внутриполостные повреждения живота, груди, головного мозга, глаз.

Помощь оказывалась в условиях травматологических стационаров (детского и взрослого), в нейрохирургических стационарах, в больнице «Скорой помощи». Части пострадавших психотерапия проводилась еще на этапе их нахождения в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии.

Психопатологическая симптоматика у пострадавших с соматическими травмами на раннем этапе была достаточно скудной, наблюдались астенические проявления. Имелись жалобы на боли в местах ранений, на вынужденную обездвиженность, оторванность от дома и от привычных пищи, занятий и контактов. У больных с наиболее серьезными травмами наблюдалось также сниженное настроение, не достигавшее, как правило, депрессивного уровня. Лишь у 10% больных имелись расстройства сна с элементами навязчивых тревожащих или устрашающих сновидений.

Во всех случаях хирургическая помощь пострадавшим была оказана на современном уровне, однако обращали на себя внимание определенный недостаток ранних реабилитирующих мероприятий (массаж, двигательная активация, ИРФ, ЛФК), отсутствие, как у персонала, так и у родных, навыков по оказанию пострадавшим собственно психологической помощи и поддержки, за исключением простого ухода, «печального» сострадания и любви.

Каких-либо культуральных препятствий к проведению психотерапии нами не отмечалось. Все пострадавшие и их родные с готовностью вступали в терапевтический контакт, у всех наблюдалась повышенная внушаемость.

С родственниками пострадавших психологами проводились сеансы релаксации-отдыха, а также разъяснительная работа социально-реабилитационного плана, врачами – психообразовательная работа, направленная на их ознакомление с закономерностями течения психотравмы в условиях ЧС, элементами охранительного и активизирующего режимов ухода, профилактику госпитализма и рентных установок.

С больными проводились как психотерапия, так и обучение их навыкам саморегуляции психологического состояния, активному подходу к преодолению психологических и соматических повреждений. Психотерапия проводилась ежедневно. Наиболее адекватными показали себя психотерапевтические приемы из круга виртуальных приключений (индивидуально и в группе) и НЛП, суггестивные аналгезия и «активация саногенеза непосредственно в месте травмы», вызванные приятные ощущения (суггестия, приемы массажа), игровые приемы этологического круга. Все больные получали седативные и обезболивающие рецепты акупунктуры, а также сеансы релаксации и отдыха.

Пример 1. Подросток, 15 лет. Переломы конечностей, ранение в живот с повреждением кишечника, инородные тела мягких тканей в области живота и поясницы. Жалобы на плохой сон, боли в местах травматизации, «одеревенение в спине и пояснице», отсутствие аппетита, сниженное настроение. Проведена серия психотерапевтических встреч с телесно-ориентированными виртуальными приключениями (прогулки на пляж, в кафе с вкусной едой и др.), суггестивной аналгезией и «активацией саногенеза», вызванными приятными ощущениями (суггестия, приемы массажа), двигательной активизацией.

Состояние значительно улучшилось. Выписан домой на 16-й день после травмы.

Пример 2. Юноша, 18 лет. Повреждение мягких тканей шеи справа с нарушением двигательных и чувствительных функций руки. При первом осмотре движения в правой руке отсутствуют. Настроение резко снижено. Проведена серия психотерапевтических встреч с телесно-ориентированными виртуальными приключениями (прогулки на пляж, в кафе с вкусной едой и др.), суггестивной анальгезией и «активацией саногенеза», вызванными приятными ощущениями (суггестия, приемы массажа), двигательной активацией. За счет разгрузки правой верхней конечности удалось добиться от пациента минимальных самостоятельных движений в руке, что значительно улучшило оценку больным перспектив реабилитационного процесса.

Пример 3. Подросток, 14 лет. Жалобы на повторяющиеся тревожащие и заставляющие проснуться сновидения «с пролетающими над ним в багровом небе страшными вертолетами». В легком трансе визуализированы тревожащие образы, проведена их трансформация (небо – голубое, вертолеты – воздушные шарики, на которых спокойно летят Винни-Пух и другие персонажи, а на четвертом или пятом шарике с удовольствием согласился «полететь» наш пациент). Тревожащие сны в период наблюдения (до 17 дня после травмы) не повторялись.

Пример 4. Мальчик, 11 лет. В анамнезе – психотравма вследствие взрыва жилого дома, в котором он проживал, в г. Каспийске. Выраженное расстройство сна из-за навязчивых устрашающих образов «взрыва» при закрытых глазах, выраженная гипотимия, плаксивость. В течение первых трех ежедневных сеансов психотерапии по типу НЛП, седативного внушения и др. положительной динамики не наблюдалось. На очередной встрече после болезненной акупунктуры, во время которой было предложено выполнить задачу «Собери слезы в бутылочку», была проведена активная психотерапевтическая процедура этологического плана «Кто кого» из трех элементов: «Кто кого “перещекочет”», «Кто кого “перемобдает” (лбом)», «Кто кого “перекричит”». Начавшись в палате, процедура завершилась в парке. Состояние резко улучшилось уже в ходе процедуры. Ночь спал крепко, без пробуждений. Весь последующий период наблюдения страха не беспокоили.

Таким образом, показано благотворное влияние ранней психотерапии у пострадавших от ЧС на базе формирования у пациентов позитивных ощущений, представлений, мотиваций, поведения и перспектив реабилитации, обучение близких пострадавших навыкам общения и ухода за больными.

Важным направлением психотерапии пострадавших при ЧС является профилактика госпитализма и рентных установок на платформе утилизации перенесенной психотравмы как значимой для позитивного личностного роста пациента, повышения им своей адаптивности, как «подвига преодоления кажущейся непреодолимой трудности» (Ю.С. Шевченко, В.П. Добридень).

Существенными условиями успешности психотерапевтического и психореабилитационного процесса является его длительный характер, участие в нем психологов школьного и социального звеньев, а также проведение катамнестических исследований.

С нашей точки зрения, выделенные здесь принципы психотерапии в травматологическом отделении в значительной степени относятся и к психотерапии больных соматического профиля.

Два подхода к психотерапевтической помощи пострадавшим от теракта

Материалом для настоящего сообщения послужил опыт, полученный при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим в результате террористического акта в мае 2002 г. в г. Каспийске и захвата заложников в октябре 2002 г. в г. Москве.

Оказание психотерапевтической помощи в экстремальной ситуации во многом зависит от ее особенностей. Одним из наиболее важных моментов, определяющих взаимодействие психотерапевта (или психолога) и пациента, является пассивный или активный характер помощи. Каждый из этих двух подходов имеет свои преимущества и недостатки.

В том случае, если помощь оказывается активно, т.е. инициатором взаимодействия является психотерапевт, то удастся выявить и оказать помощь сравнительно большему числу нуждающихся, причем в кратчайшие сроки. Такой подход был использован при оказании помощи пострадавшим в г. Москве. Однако подобный контакт, хотя и осуществляется с согласия пациента, накладывает существенные ограничения на используемые методы психотерапии. Эти ограничения в основном связаны с достаточно низкой мотивацией пострадавших к получению психотерапевтической помощи. Более того, логика подобного взаимодействия диктует необходимость убеждения пациента в том, что состояние пациента расценивается психотерапевтом как нормальный ответ психики на сложившиеся обстоятельства, что к пациенту относятся как к нормальному человеку. Подобного рода исходные позиции определяют и характер терапии, которая, по сути, ограничивается рамками беседы (как наиболее приближенной к принятому в обществе взаимодействию). Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этом случае, как показал опыт, является когнитивная психотерапия, иногда с элементами суггестивных включений.

При пассивном подходе к оказанию помощи пострадавшие обращаются за психотерапевтической и психологической помощью

самостоятельно. Такой была ситуация, возникшая при оказании помощи пострадавшим от теракта в г. Каспийске. Условия для такого подхода складываются в несколько более отдаленные сроки на фоне своего рода рекламной кампании или, точнее, обеспечения пострадавших необходимой информацией о возможности и желательности их обращения за специализированной помощью. Судя по всему, за время, прошедшее после получения травмы, пациент успевает осознать изменения своего состояния и прийти к пониманию необходимости получения помощи. Таким образом, происходит отбор пациентов с относительно большей заинтересованностью в получении помощи, что определяет большую свободу в выборе используемого метода психотерапии. Практика показала, что выбор конкретной стратегии помощи в этих случаях определяется особенностями клинической картины и спецификой подготовки психотерапевта.

Различие в подходах определяют и имеющиеся отличия в клинической картине развивающихся состояний у первой и второй рассматриваемых групп пациентов.

Поскольку имеющийся материал не является результатом специального исследования, можно говорить лишь о наиболее значимых тенденциях, определяющих специфику двух рассматриваемых категорий пациентов, а приводимые цифры свидетельствуют лишь о необходимости продолжения начатой работы. По имеющимся наблюдениям, в группе активно выявленных пациентов преобладают картины растерянности, неустойчивого эмоционального состояния от легкого возбуждения или стертой астенодепрессивной симптоматики до бурных эмоциональных и вегетативных реакций, укладываемых в описание острой реакции на стресс (F43.21). При втором подходе психические расстройства скорее приближаются к невротическому полюсу, в наиболее ярких случаях представлены в виде тревожно-депрессивных состояний с навязчивыми воспоминаниями психотравмирующей ситуации, что приближается к картине реакций адаптации со смешанным нарушением эмоций (F43.23).

Краткая характеристика использованных психотерапевтических методик

Как уже отмечено выше, при первом подходе с активным выявлением пациентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи,

нами был использован метод когнитивной терапии. Этот подход учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах катастрофы. Метод использован для оказания помощи 35 пациентам, находившимся на лечении в больницах № № 68, 23, 29, 33. Активный расспрос, внимательное выслушивание и проговаривание наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших. Когнитивный подход сочетался с рекомендациями выполнения упражнений на релаксацию, использование элементов аутогенной тренировки.

Для иллюстрации психотерапевтической помощи пациентам, обратившимся самостоятельно, ниже приводится краткое описание методики, относящейся к направлению свободного фантазирования или символдрамы. Описываемая методика использована у 18 пациентов, обратившихся за помощью после теракта в г. Каспийске.

При оказании помощи пострадавшим, в отличие от классической методики, рассчитанной на курс от трех месяцев до полугода, использованная модификация предполагала достижение положительного эффекта в кратчайшие сроки (от одного до нескольких дней). Пациенту предлагалось расслабиться, закрыть глаза и представить такое место, где он хотел бы сейчас оказаться, чтобы почувствовать себя как можно спокойнее. Это мог быть образ поляны, берега реки или моря. В г. Каспийске пациенты охотно отправлялись в горы «к святым местам». С тем чтобы не допустить потери контакта, пациенту предлагалось самостоятельно описать то место, которое удастся представить. Уже на первом сеансе, в случае легкого появления визуализаций, эмоционально положительно заряженные образы зачастую перекрывались негативными ассоциациями. На «картинке» могла портиться погода, спонтанно возникали образы погибших и т.д. Таким образом, происходила драматизация, которая в классическом варианте символдрамы должна осуществляться только на втором этапе терапии. На фоне представления образов широко использовались такие лечебные факторы, как убеждение, внушение, эмоциональная поддержка, дыхательные упражнения и релаксация. При благоприятном стечении обстоятельств, когда удавалось добиться положительной динамики образа (улучшение погоды, найти источник чистой воды, попрощаться с погибшим),

происходило адекватное улучшение состояния пострадавшего. По сути, данный прием приближается к техникам НЛП по наложению контрастных представлений. Приобретенные во время сеанса навыки рекомендовалось закреплять при самостоятельных упражнениях по типу аутогенной тренировки в сочетании с приемом успокоительных (чаще транквилизаторов).

Таким образом, рассматривая различные методики оказания экстренной психотерапевтической помощи, необходимо учитывать конкретные условия, в которых эта помощь осуществляется. Как следует из приведенных данных, большое значение в развитии психотерапевтического контакта имеет определение того, кто является его инициатором. Несомненно, что выбор психотерапевтического метода также должен зависеть и от ряда других факторов (например, культуральные особенности населения, имеющаяся структура психотерапевтической помощи, обеспечение преемственности при ее оказании), каждый из которых заслуживает отдельного рассмотрения.

Психотерапия пострадавшим при взрыве бытового газа в жилом доме

В настоящем сообщении приведены результаты клинической и психотерапевтической работы в ситуации, связанной с обрушением семиэтажного кирпичного жилого дома в г. Москве по ул. Годовикова, где в результате взрыва обрушились перекрытия трех верхних этажей в одном из подъездов. Причиной происшествия стал взрыв бытового газа. Таким образом, помимо психогенного (стрессового) воздействия, пострадавшие, вероятно, подверглись токсическому влиянию газа.

Всего под нашим наблюдением находились 38 человек, собравшихся в помещении близко расположенной школы. Из них 15 человек оказана первичная психиатрическая и психотерапевтическая помощь (12 женщин, 3 мужчин от 32 до 60 лет) с диагнозом «острая реакция на стресс». Также помощь оказывалась родственникам, близким и свидетелям травматического события.

Клинический анализ психопатологии пострадавших показал определенное отличие развившихся состояний от описанных в МКБ-Х. У пострадавших выявлялись следующие реакции: депрессивные, тревожно-фобические, дисфорические, истерические, синдром повышенной возбудимости. Наибольший удельный вес имели жалобы на угнетенность, «беспокойные» сны о пережитом событии, повторные навязчивые воспоминания, трудности концентрации внимания.

У части пострадавших реакция проявлялась в виде беспомощности, страха, чувства отрешенности от окружающих, озлобленности, речевом возбуждении, нервных тиков. Некоторые прибегали к употреблению алкоголя с целью «снятия стресса». Часть пострадавших находились в состоянии оппозиции к медперсоналу. Доминирующая роль принадлежала аффективным расстройствам (раздражительность, гнев, тревожность, депрессия), апатическим проявлениям, сомато-вегетативным нарушениям.

Отягощающими факторами у некоторых из пострадавших являлись резидуально-органическая, церебрально-эндокринная недостаточность,

особенности личности (наличие эпилептоидного, истероидного радикала), депрессивные эпизоды в анамнезе.

По словам одной из потерпевших, она «находилась на протяжении шести часов в лифте», застрявшем в момент бедствия. В течение первых суток после освобождения из лифта у нее возникли признаки гипоманической реакции, повышенная активность, отсутствие чувства усталости. При этом отмечалась неадекватность поведения.

В последующем расстройство характеризовалось тревожно-фобической симптоматикой (страх закрытого пространства, страх смерти, феномен «флешбэк», повторяющиеся тревожные мысли о случившемся), напряженностью. Переживания периодически актуализировались в сознании пациентки. Также отмечались возрастная регрессия, пессимистическая оценка будущего. Наблюдались соматовегетативные расстройства кризисного характера при воспоминании травматического события (гиперемия лица, повышение артериального давления, дрожь в теле, головокружение, сердцебиения).

У супруга пострадавшей возникали признаки острой реакции на стресс, характеризующиеся дисфорическими проявлениями (эмоциональная лабильность, реакции озлобленности, разочарование и недовольство социальными работниками).

У большинства потерпевших потеря «нажитого», разрушение жилья привело к чувству утраты, «незащищенности», отсутствию стабильности в будущем, беспомощности, поведенческим девиациям, требованиям возмещения «ущерба».

У нескольких больных развилась гипоманическая реакция в течение 1–2 суток с момента обрушения дома. Она проявлялась повышенной, подчас не вполне адекватной, активностью, повышением фона настроения, отсутствием потребности во сне, снижением аппетита. Такие больные с точки зрения психотерапевтического процесса представляли собой некоторые трудности. Основным направлением лечебного психотерапевтического процесса в данном случае являлись разъяснительные беседы, структурирование времени, направление поведения пациентов в конструктивное русло с целью поиска наиболее адекватного и наименее ущербного для пострадавшего выхода из сложившейся ситуации. Интересно отметить, что гипоманическая реакция у пострадавших сменялась явлениями неврастенического расстройства в течение 2–3 суток с момента ее развития — нарастала

слабость, усталость, раздражительность. Отмечались нарушения сна, характеризующиеся трудностями засыпания, тревожными сновидениями, частыми ночными пробуждениями. Возникали образные представления обрушившегося дома.

Из методов психотерапии наиболее эффективными оказались нервно-мышечная релаксация по Джекобсону, аутогенная тренировка, дыхательные техники. В результате проведенного лечения у большинства пациентов проявления неврастения и ПТСР не достигали уровня клинической значимости.

Таким образом, можно сделать вывод о целесообразности экстренного оказания психотерапевтической помощи пострадавшим с целью укорочения сроков реабилитационного периода и профилактики возможных отдаленных во времени психических расстройств.

Наши данные позволяют говорить, что в настоящее время происходит существенный патоморфоз психопатологических реакций на острый стресс, в сравнении с описанными в МКБ-Х.

Клинический случай — психотерапия пациентки, пострадавшей от террористического акта в г. Беслане

Больная М. семи лет, пострадавшая во время теракта в г. Беслане, с оскольчатим переломом левой большеберцовой кости, оскольчатим переломом 1-й, 2-й, 3-й плюсневых костей левой стопы, оскольчатим переломом 2-й, 3-й фаланг левой стопы, скальпированной раной левой голени. За время пребывания в больнице девочке было сделано три операции (во время одной из них был установлен аппарат Илизарова) и еще две операции по пересадке кожи. Мама и бабушка пациентки также сильно пострадали и находились в больницах г. Москвы.

Психотерапевтическая работа осуществлялась врачом-психотерапевтом и медицинским психологом. В начале курации жалобы пациентки были связаны с травматическими повреждениями, проводимыми операциями и ежедневными весьма болезненными процедурами. Девочка демонстрировала раздражительность, плаксивость, фон настроения был значительно снижен, периодически возникали страхи будущих оперативных вмешательств, из-за болевого синдрома имелось нарушение сна.

Особенностью статуса также являлось то, что практически отсутствовали признаки переживания событий, связанных с терактом. Не было выраженных эмоциональных реакций при упоминании об этих событиях. Иногда пациентка сама излагала отдельные эпизоды случившегося, хотя особого желания говорить на эту тему не проявляла. Однако уже по прошествии 2—3 недель после беслановских событий девочка испытывала сильную жажду и употребляла в день воды в 2—2,5 раза больше ее обычной нормы, а также соглашалась принимать только жидкую пищу. И хотя М. спокойно рассказывала о том, что террористы не давали пить, она не устанавливала четкой логической связи со своей настоящей жаждой. Описанные симптомы являлись практически единственными проявлениями посттравматического стрессового расстройства. Авторы статьи впервые столкнулись с таким феноменом в практической работе,

им не удалось обнаружить описания подобных явлений в научных публикациях. Однако авторы располагают устными сведениями от коллег о еще одном случае длительного сохранения жажды среди детей, пострадавших в г. Беслане.

После консилиума было решено проводить психотерапевтические мероприятия по следующим направлениям:

1. В первую очередь работать с тревожно-депрессивными проявлениями, предполагая, что обусловлены они проводимыми хирургическими мероприятиями и соматическим статусом, а не непосредственно терактом. Они наиболее значимы в настоящий момент и определяют психическое состояние пациентки.

2. Проводить работу с отцом девочки с целью стабилизации его эмоционального состояния и обучения правильному поведению с дочерью в сложившихся условиях.

3. Поведение, связанное с жадой, рассматривать как результат вытесненных травмирующих переживаний, вызванных непосредственно терактом, нуждающихся в отреагировании.

Существенным в реализации первого направления было налаживание контакта с ребенком, настороженно относящимся к любым лечебным воздействиям из-за часто испытываемой боли. Решено было не надевать медицинские халаты. Хорошо действовали «пальчиковые игры», что способствовало установлению телесного контакта и отреагированию агрессии. Далее психотерапевтические мероприятия были направлены на улучшение соматического состояния, нормализацию сна, формирование позитивного отношения к лечебным воздействиям, для чего использовались техники НЛП, когнитивной терапии, а в дальнейшем – рисовальные и игровые техники.

Психотерапевтические мероприятия в отношении отца включали:

– поиск ресурса для преодоления сложившейся ситуации (помимо ухода за дочерью, ему необходимо было обеспечивать уход за женой, получившей тяжелую черепно-мозговую травму);

– работу с чувством вины;

– организацию отношений с дочерью, в частности, было рекомендовано не препятствовать ее эмоциональным реакциям;

– создание обстановки, способствующей выздоровлению (подбор фильмов, телевизионных передач, музыки, игрушек, создание соответствующего интерьера в палате).

Это осуществлялось с помощью рациональной терапии, НЛП и когнитивных техник.

Работа с вытесненными переживаниями проводилась постепенно, с использованием психодраматических методик. Значительные изменения произошли, когда девочка была подведена к возможности напоить водой куклу. Возникшая сильная эмоциональная реакция свидетельствовала о достижении инсайта. Пациентка объясняла кукле: «Воды много, можешь пить столько, сколько хочешь. Я буду давать тебе воду всегда!» После этого события пациентка стала есть твердую пищу, жажда постепенно уменьшалась и через неделю исчезла совсем, количество выпиваемой жидкости вернулось к норме. Вместе с этим улучшилось настроение, нормализовался сон, болезненные процедуры воспринимались значительно спокойней.

К этому моменту все хирургические вмешательства были завершены. Основной психотерапевтической задачей стала активизация пациентки, что обеспечивалось нахождением ресурса для преодоления страха первых подъемов с кровати, ходьбы на костылях, первых выходов на прогулки. Проводились мероприятия для налаживания процесса обучения по школьной программе в условиях больницы, в частности, стимулировалось выполнение домашних заданий.

Перед выпиской аппарат Илизарова был снят. Девочка перестала бояться ходить, стала более общительной, с нетерпением ожидала выписки. Фон настроения был ровный, сон спокойный, страхов, беспокойства не наблюдалось. После выписки из больницы девочка возвратилась домой.

Варианты психологической защиты при тяжелом стрессе

Особенностью теракта в театральном центре «Норд-Ост» в г. Москве стало то, что заложники поступили в больницы города с двумя проблемами – функциональной (реакция на тяжелый стресс) и органической (последствия применения газообразных веществ). Лечение врачами-интернистами проходило по органическим показаниям (нарушения в деятельности выводящей системы). Исходя из этого и неадекватное поведение некоторых пострадавших с повышенной веселостью и беспечностью на общем фоне пациентов соматических отделений и особенно пострадавших с острой реакцией горя, расценивались врачами-интернистами как эйфория, т.е. психоорганическое состояние, возникшее в результате интоксикации, или временной гипоксии мозга.

Из одиннадцати пациентов, проходивших психотерапевтическое лечение в Больнице им. Боткина, пятеро оценивались лечащими врачами как «эйфоричные». Однако при тщательном психопатологическом, клиническом и инструментальном обследовании диагноз эйфории не подтвердился как не соответствующий основным критериям этого расстройства, включающего благодушие, когнитивные расстройства (бестолковость и дисмнезии), гневливость, слезливость. Зато критерии маниакального эпизода легкой степени (по МКБ-10) присутствовали в полном объеме. Так, у всех пациентов наблюдались признаки маниакальной триады: легкий подъем настроения, повышенная энергичность и активность, чувство благополучия и продуктивности. Наряду с этим отмечалось большинство таких дополнительных симптомов, как повышенная социабельность, разговорчивость, беспечность, снижение потребности во сне, повышение либидо. Речь пациентов была яркая, образная, они рассказывали о пережитой смертельной опасности как о каком-то необычном, в чем-то даже интересном приключении со счастливым концом.

При этом гипомания имела целый ряд особенностей, свидетельствующих о реактивном ее характере:

1. Доминирование в мыслях и всех разговорах аффективно насыщенных воспоминаний периода, когда они находились в положении заложников с реальной угрозой жизни.

2. Гиперестезия всех видов чувствительности, обостренность памяти, когнитивных процессов, эмоций на протяжении всего периода захвата — так в разных модальностях все образы, детали, звуки, речь, запахи, телесные ощущения описываются так красочно и ярко, что способствуют развитию так называемого третичного стрессового синдрома у врача, уже виденного и пережитого.

3. Вегетативные проявления по типу гиперсимпатической активации — вазомоторная лабильность, потливость, блеск глаз, легкие головокружения первые дни, ночные пробуждения.

4. Наконец, в статусе больных выступали фрагментарные проявления тревоги, которые всплывали во время рассказов пациентов о бомбах, опасности взрыва в виде взбудораженности, вегетативных реакциях, а также в особых сновидениях первые 2–3 дня, которые содержательно хотя и не дублировали ситуацию, как при классических флешбэках, и были символическими, плохо запоминающимися, пациенты характеризовали их как неприятные, с чувством опасности или угрозы. Пробуждения сопровождалось характерными вегетативными расстройствами, чувством чего-то неприятного, неясной угрозы. Однако элементы тревоги не могли быть квалифицированы как тревожное расстройство в связи с отсутствием достаточного количества и аморфностью симптомов тревоги.

Описанные особенности гипомании и реакция ее на психотерапию, которая будет описана ниже, позволяют рассматривать эту реакцию как «защитную манию» (по М. Клейн), возникающую в ответ на другую, более примитивную защиту, развивающуюся при тяжелом стрессе с опасностью для жизни, как «аварийный механизм» защиты, — отрицание собственных неприятных чувств — депрессии и тревоги. У трех пациентов, наряду с отрицанием, развилась родственная примитивная защита — проективная идентификация (идентификация с агрессором), которая приводила к так называемому «стокгольмскому синдрому». У этих пациентов еще в зале на фоне стрессовой мобилизации отрицания и нарастающей гипоманиакальности легко формировалось принятие желаемого за действительное. Заложники охотно принимали за правду патетические слова женщин-камикадзе «скоро снова воцарится мир, и мы будем братьями, как и раньше».

Между заложниками и террористами в этих трех случаях завязывались тесные дружеские отношения, они много общались, женщины-смертницы переводили заложникам все, что говорилось террористами на чеченском языке.

Анализ гипоманиакальных состояний с целью выбора лечения показал, что они, безусловно, нуждаются в психотерапевтическом ведении с целью избежать развития последующей возможной депрессии, биполярного расстройства, или ПТСР, что описывается в литературе как возможные последствия маниакальной защиты в течение полугода. Для постепенного снижения маниакальной защиты и перевода пациентов к позитивным аспектам реальности была избрана эриксоновская стратегия присоединения (синхронизации) и ведения. Первые 2–3 дня, когда проявления неосознанной депрессии и тревоги были более отчетливы, терапевтические сессии строились на зеркальном подключении к больному – мимическом, двигательном, дыхательном, речевом, частично содержательном. При упоминании, подчас легковесном, реальных, угрожающих жизни деталей поведения террористов, терапевтическая реакция была нейтральной – при попытке более реального рассмотрения этих аспектов пациенты сразу же становились подавленными или тревожными. Всего проводилось от одной до двенадцати сессий по 1–1,5 часов. В конце каждой сессии снижался темп и громкость речи, ускоренность мышления, повышенная двигательная активность – выравнивался аффект. Начиная с 3–4 сессии фон настроения начинал выравниваться, а в последующем уже стабилизироваться. В конце терапии вводились реальные позитивные моменты, имевшиеся во время теракта, – правильное использование шарфов и воды во время штурма, быстрая эвакуация и т.п. Наряду с этим обсуждалось реальное положение дел, таких, как здоровье, семья, работа, перспективы и другие жизненные ценности. При выписке психическое состояние пострадавших было нормальным, все они поставлены на катамнез.

Некоторые клинико-психотерапевтические аспекты состояний при ЧС

На предыдущей конференции МОП (первый выпуск) уже ставился вопрос о большой разнице в реакциях на тяжелый стресс при различных ЧС. Однако классические картины острых реакций на стресс, т.е. с выраженным расстройством сознания, психомоторным возбуждением, застываниями, соответствующие исследовательским описаниям и суммированные в МКБ-10, наблюдались в основном при землетрясении в Спитаке. Люди с психомоторным возбуждением и расстроенной ориентировкой нередко вбегали в разрушающиеся дома и погибали там. Именно этим некоторые исследователи объясняли сравнительно большое количество пострадавших, а то, что люди вбегали в дома, а не, наоборот, пытались объяснить культуральными особенностями армян — особой любовью к своим домам. Однако эта гипотеза не имеет достаточных доказательств и объяснений при помощи научно обоснованных психологических механизмов. Однако описательный опыт бесценен, и клинические особенности могут быть поняты при сравнении с большим количеством других описаний.

При террористическом акте в г. Москве во время захвата Театрального центра на Дубровке, несмотря на огромную опасность взрыва, длительное ожидание смертельной опасности, нахождение непосредственно рядом с бомбами, которые могли взорваться даже при любой неосторожности непрофессиональных женщин-камикадзе, державших постоянно наготове проводки от детонаторов, имелось колоссальное психическое напряжение. Но по-настоящему острых реакций с нарушениями сознания не было. Вместо этого довольно массивно проявился такой феномен, как маниакальная защита с развитием легкой гипомании (которые сами по себе всегда протекают с нарушением самосознания и критики). При этом принимались за действительное явно ложные эмоционально насыщенные патетические миротворческие послышки террористок, держащих в руках бомбы, и которые в свою очередь были обмануты руководителями теракта.

Уникальность ситуации определялась еще и тем, что и террористы, и заложники веками жили в одной стране и говорили на одном языке, а непосредственный контакт в зале происходил между простыми людьми — женщинами в черном с одной стороны и зрителями — с другой. Таким образом, происходило возникновение солидарности между некоторыми заложниками и частью террористов. Это состояние в некоторой степени сходно с так называемым «стокгольмским синдромом». Однако, если там описаны всего два случая солидарности заложников с террористами, да еще в рамках любовных отношений, то синдром на Дубровке, безусловно, уникален по своей клинической картине не только среди наших ЧС, но и во всей мировой практике. Только среди одиннадцати пациентов, которым я лично как врач проводил психотерапевтическое и психофармакологическое лечение, было 5 таких человек.

Наиболее крупные последние ЧС — пожар в Российском университете дружбы народов, взрыв в метро и катастрофа в аквапарке — также относились к категории тяжелого стресса с непосредственной угрозой для жизни и с погибшими. Однако и здесь в каждом случае отмечались свои существенные психопатологические особенности, хотя общим был сочетанный характер физической и психической травмы.

В настоящем сообщении мы остановимся на последствиях пожара в РУДН. Нами наблюдались 14 пострадавших молодых иностранцев в травматологических и неврологических отделениях 71 городской клинической больницы. У большинства больных наблюдалась сочетанная с психической травма с вколоченными переломами позвоночника, нижних конечностей или таза (12 человек), у двоих — сотрясение мозга. Многие знали русский, английский, испанский. Находились друзья, которые помогали переводить с более редких языков.

Характерной была следующая динамика состояния. Первые 2–3 дня пациенты были сконцентрированы на боли или переживание боли как бы «заслоняло» от них случившееся. Они неохотно разговаривали, закрывали глаза, когда подходил врач или кто-то из знакомых, молчали, иногда стонали. В этот момент пациенты не нуждались ни в психотерапевтической, ни в дополнительной психофармакологической помощи. Попытки неопытных врачей или родственников отвлечь от боли только усиливали ее и вызывали слезы у пациентов. Кроме того, на уровень боли ориентировались хирурги, и любые попытки психотерапевтического вмешательства должны быть всегда согласованы с лечащими врачами.

Со 2–4 дня уровень боли значительно снижался. Пациенты больше осознавали случившееся, появлялись наплывы воспоминаний драматического содержания. Развивалась реакция дезадаптации – тревожно-депрессивная, легкой степени выраженности. Характерной особенностью было то, что у подавляющего большинства студентов отмечались суточные колебания с ухудшением состояния вечером (навязчивые воспоминания пожара, прыжков из окон, тела погибших людей и другие подробности). Ночью же развивался симптом, который раньше считался одним из главных диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства. Пациенты вскакивали по ночам с чувством, что кругом огонь, со страхом, потливостью и другими вегетативными симптомами. Диссоциативной потери ориентировки при этом не наблюдалось, или она носила практически мгновенный характер. Следует подчеркнуть, что не было никаких других признаков посттравматического стрессового расстройства как по динамике (отсутствие какого-либо латентного периода), так и по симптоматике (отсутствие всех других симптомов ПТСР – ангедонии, отчуждения, безразличия, избегания всего, что могло бы напоминать о травмирующей теме и т.п.).

Мало того, тревожно-депрессивная реакция при психотерапевтическом воздействии (формирование групп общения, легкие трансы, наведение на темы, интересные для всей группы – по типу групповой терапии К. Роджерса – почти кругосветное виртуальное путешествие по родным странам студентов) и психофармакотерапии проходили в среднем в течение недели.

Очень хороший эффект в этот период давала и психофармакологическая терапия – мягкие антидепрессанты, особенно коаксил, финлепсин как стабилизирующие настроение и уменьшающие боль, транквилизаторы и снотворные (фенобарбитал) при сотрясениях мозга как профилактика пароксизмальных симптомов. Что касается динамики, то ее особенностью была очень быстрая редукция симптоматики на психотерапии (индивидуальной – подключение и ведение по М. Эриксону и групповой – по К. Роджерсу, когда терапевт неактивен и выступает в роли фасилитатора) в сочетании с психофармакотерапией. Практически вся симптоматика редуцировалась в течение одной–двух недель. Незначительное число больных при взрыве в метро и катастрофе в аквапарке не позволяет столь же подробно анализировать другие клинические и психотерапевтические особенности в этих случаях.

Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях

Одной из сложных проблем, возникших в связи с произошедшим 6 февраля 2004 г. в Московском метро взрывом и произошедшим 14 февраля 2004 г. обрушением крыши аквапарка в Ясенево, явилось оказание помощи родственникам погибших при этих чрезвычайных ситуациях.

Специалисты – психиатры и психотерапевты – оказывали помощь родственникам погибших при опознании тел в моргах.

В работе участвовали сотрудники Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российского университета Дружбы народов, Московского государственного технического университета им. Н.Э. Баумана совместно с сотрудниками Городской психотерапевтической поликлиники № 223 Департамента здравоохранения г. Москвы, Московского городского психолого-педагогического института. Анализ проведенной работы позволил выделить клинические, этические, организационные аспекты оказания помощи родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях.

С клинической точки зрения состояние родственников погибших можно оценить как острые реакции на стресс, связанные с тяжелой утратой, острые реакции горя. Феноменология этих состояний включала широкий спектр расстройств: от тревожных нарушений со слезами, агитацией, переживаниями бессилия перед произошедшим несчастьем, чувством безысходности, бесперспективности будущего до состояний выраженной угнетенности, тоски с заторможенностью, отгороженностью от происходящего вокруг.

В настоящее время отсутствуют методические рекомендации по оказанию психотерапевтической помощи пострадавшим (родственникам погибших) в таких тяжелых ситуациях. Имеющийся опыт свидетельствует о том, что вряд ли может быть разработан единый подход. Кроме того, помощь, оказываемая в подобных ситуациях, в большинстве случаев не является психотерапией в полном смысле этого слова, больше оснований говорить о сочувственной поддержке пострадавших, направленной на мобилизацию их внутренних ресурсов

и необходимой для того, чтобы справиться с горем, о внимательном, доброжелательном отношении. Следует подчеркнуть также необходимость оказания родственникам погибших общей медицинской помощи: наблюдение за соматическим состоянием (артериальное давление, приступы стенокардии, обострение различных хронических заболеваний) и предоставление необходимых медикаментов, в том числе седативных, гипотензивных, обезболивающих и других средств.

Обращает на себя внимание различная реакция родственников погибших на предлагаемую им помощь. Некоторые из них довольно охотно вступали в беседу, рассказывали о своих переживаниях, о погибших родственниках, принимали сочувствие окружающих, другие, наоборот, крайне негативно реагировали на задаваемые вопросы и предложение помочь им. Только спустя некоторое время, видя доброжелательное отношение, искреннее сочувствие, они становились более открытыми для контактов. В связи с этим следует обратить внимание на этические аспекты оказания помощи родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях.

При оказании помощи пострадавшим в подобных ситуациях, при выборе методов психотерапевтического воздействия следует учитывать этические аспекты. Методы воздействия должны быть адекватными тяжелой ситуации, в которой они проводятся, не вызывать негативных реакций у пострадавших.

Рассматривая организационные аспекты, следует отметить следующее:

- необходима организация бригад по оказанию помощи при чрезвычайных ситуациях, состоящих из прошедших подготовку специалистов различного профиля;

- число бригад должно быть достаточным для обеспечения сменного графика работы;

- для того чтобы предотвратить так называемое «сгорание» у специалистов, следует разработать систему мер, направленных на улучшение механизмов их психологической защиты и оказания им психотерапевтической помощи;

- необходимо создание условий, требующихся для работы бригад специалистов при чрезвычайных ситуациях;

- крайне важным является предоставление пострадавшим возможности получения квалифицированной психотерапевтической и психиатрической помощи на отдаленных этапах течения посттравматических стрессовых расстройств.

Психотерапия детей, пострадавших в г. Беслане, в условиях детской психиатрической больницы

Психотерапевтическая помощь группе пострадавших при террористическом акте 1 сентября 2004 г. в г. Беслане проводилась в условиях детского психиатрического стационара г. Москвы – в ДКПБ № 6. Группа пострадавших состояла из 15 человек. В нее вошли дети от 8 до 17 лет и взрослые от 28 до 60 лет. Соотношение пострадавших было следующее:

Название группы	Количество	Мужчины	Женщины
Жертвы	3	2	1
Родственники	4	1	3
Знакомые пострадавших	8		8
Всего	15	3	12

Пострадавшие поступили 20 октября с диагнозом ПТСР. В основном это дети с родителями, некоторые из них являлись жертвами террористического акта, а также родственники и знакомые погибших и пострадавших. Отмечались следующие проявления ПТСР:

- эпизоды повторных переживаний в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров;
- ощущение «оцепенелости»;
- отчуждение от других людей;
- чувство тревоги, страха, депрессии.

Эти расстройства появились через 2–3 недели после террористического акта. Особенностью данной группы были следующие предшествующие психотравмирующей ситуации психические расстройства:

Название групп	Количество	Мужчины	Женщины
Жертвы:	3	2	1
Реактивные депрессии	1	1	
Депрессии	1	1	1
Фобический синдром	1		
Знакомые пострадавших:	4		
Фобический синдром	1		1
Гиперкинетический синдром	1		1
Астено-депрессивный синдром	1		1
Тики	1		1

Учитывая вышеперечисленную симптоматику, лечение проводилось комплексное. Назначена была психофармакотерапия (транквилизаторы, антидепрессанты). Проводилась психологическая диагностика и психологическая коррекция. Психотерапевтическая коррекция имела мультимодальный подход с учетом особенностей психической и личностной индивидуальности пациента. Детям проводились психологическая диагностика и психологическая коррекция с использованием рисуночных методик.

Психотерапевтическая коррекция детей на первом этапе проводилась в рамках семейной психотерапии. Хорошо зарекомендовала себя игровая психотерапия. Метод символдрамы (КПО) давал возможность работать с глубинными, скрытыми от сознания переживаниями, учитывая сложную динамику осознаваемых и неосознаваемых психологических механизмов защиты и сопротивления. Положительная динамика отмечалась после каждого психотерапевтического сеанса. Это подтверждали и рисуночные тесты, проводимые в динамическом наблюдении.

Психотерапевтическая помощь детям, имеющим психиатрическую симптоматику, проведенная в условиях психиатрического стационара, дает возможность оптимального использования психологической диагностики и психотерапевтической коррекции.

Психические расстройства и психиатрическая помощь пострадавшим 1–3 сентября 2004 г. в г. Беслане

События 1–3 сентября 2004 г. в г. Беслане, связанные с захватом большого количества заложников, длительным их удержанием и последующим освобождением в результате кровопролитного штурма, потребовали оказания помощи значительному числу пострадавших как из числа заложников, так и их родственников. Приходилось принимать во внимание сочетанность психологической травмы с механическими, термическими поражениями, а также тот факт, что все лица, удерживаемые в школе, страдали обезвоживанием и в силу жестокого обращения были истощены и астенизированы.

Врачи и сотрудники Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации принимали участие в оказании психолого-психиатрической помощи с первых дней освобождения заложников, но в этой статье будут представлены результаты работы врачебной бригады, находившейся в зоне гуманитарной катастрофы с 16 по 24 сентября 2004 г.

Обращавшихся на прием условно можно отнести к трем группам: заложники, находившиеся в здании школы с 1 по 3 сентября, их родственники и лица, страдающие различными психическими заболеваниями, изъявившие желание проконсультироваться с врачами Московского НИИ психиатрии.

В задачи деятельности группы входило:

- проведение амбулаторного приема пострадавших;
- консультирование пострадавших, проходивших стационарное лечение в городской больнице;
- консультирование местных медицинских работников.

Основной контингент непосредственно пострадавших от террористического акта составляли дети, и на характеристике их болезненных состояний хотелось бы остановиться в первую очередь.

За время работы было осмотрено 86 детей. Возраст обратившихся составлял от 2 до 14 лет (табл. 1). У большинства осмотренных детей

отмечались различной степени тяжести последствия минно-взрывной травмы и ожогов (снижение слуха, сотрясения и контузии мозга, ранения и повреждения кожных покровов). Практически всем детям, осмотренным на амбулаторном приеме, в первые две недели после теракта оказывалась психологическая и психотерапевтическая помощь. Некоторые из обратившихся уже получали психофармакологическое лечение.

Таблица 1

Количество обследованных детей, пострадавших в результате террористического акта в г. Беслане

	От 2 до 5 лет	От 6 до 8 лет	От 9 до 11 лет	От 12 до 14 лет	Общее количество
Заложники	8	23	24	17	72
Пострадавшие	—	2	3	3	8
Вне связи с терактом	1	2	1	2	6
Всего	9	27	28	22	86

Характер психопатологических состояний, выявленных у детей, был достаточно однороден, но отличался усложнением структуры и степени выраженности болезненных проявлений с течением времени. При этом следует отметить, что у подавляющей части осмотренных патологические признаки развились непосредственно после перенесенной травмы.

Все расстройства, выявленные у детей (табл. 2), условно можно было разделить на три основные группы: дети, у которых доминировали фобические расстройства (страх темноты, боязнь находиться на улице, в одиночестве, страх перед мужскими бородатыми лицами, громкими звуками, ассоциирующимися со стрельбой и взрывами), тревожно-депрессивные состояния с астеническим типом суточных колебаний настроения, и дети с поведенческими и эмоциональными расстройствами (двигательная расторможенность, неусидчивость, отвлекаемость, импульсивность, возбудимость с элементами агрессивного реагирования и поведения).

Влияние преморбидных факторов, таких, как структура личности, семейно-психологических и социально-психологических особенностей,

получило ограниченную оценку в силу недостаточности времени приема при значительном количестве обращений за медицинской помощью.

Таблица 2

Синдромологическая характеристика обследованных больных

	От 2 до 5 лет	От 6 до 8 лет	От 9 до 11 лет	От 12 до 14 лет	Общее количество
Фобический синдром	7	23	15	3	48
Тревожно-депрессивные расстройства	1	2	10	14	27
Поведенческие и эмоциональные расстройства	–	–	2	3	5

Среди взрослых, пострадавших в результате террористического акта, преобладали лица, обозначенные как «связанные с заложниками». Обычно это были родственники различной степени родства, вовлеченные, чаще эмоционально, в происходившие события, но были и пациенты, которые принимали участие в штурмовых действиях. Большую часть из обратившихся составили женщины – почти 2/3 (68,6%) осмотренных (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика обследованных по полу

	Абс.	%
Мужчины	16	31,4
Женщины	35	68,6
Всего	51	100

В 45,1% случаев клиническая картина соответствовала критериям кратковременной депрессивной реакции дезадаптации (F43.20) (табл. 4).

Пациенты этой группы отмечали колебания настроения, как правило, неглубокие, нарушения сна, особенно при засыпании, угнетение

аппетита, снижение эмоциональной вовлеченности в выполняемую работу, некоторую «напряженность», «взвинченность», варьирующее по интенсивности чувство неуверенности в будущем, жалость к погибшим, иногда достигающую ощущения вины за случившееся. Как правило, имели место реакции раздражительности, гневливости, «поиски виноватого». Чаще всего главными виновниками выставляли ингушей, имели место негативные высказывания в адрес руководителей республики, работников спецслужб, администрации.

Таблица 4

Характеристика болезненных состояний среди обследованных

	Абс.	%
Кратковременная депрессивная реакция дезадаптации	23	45,1
Смешанная тревожная и депрессивная реакция дезадаптации	4	7,8
Генерализованное тревожное расстройство	5	9,8
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	1	1,9
Депрессивный эпизод	6	11,8
Рекуррентное депрессивное расстройство	1	1,9
Соматоформное расстройство	2	3,9
Неврастения	1	1,9
Шизофрения	3	5,9
Органическое эмоционально-лабильное расстройство	3	5,9
Деменция	1	1,9
Эпилепсия	1	1,9

Достаточно часто (17,6%) встречались состояния, которые квалифицировались как смешанная тревожная и депрессивная реакция дезадаптации (F43.22) и генерализованное тревожное расстройство (F41.1). В этих случаях на первый план выходили более сложные аффективные нарушения, сохраняющие, однако, ситуационную подвижность. При этом эмоциональные переживания были более значимы, отличались выраженным присутствием тревожного компонента (страх за будущее, неуверенность в завтрашнем дне, отсутствие уверенности в способности властей контролировать ситуацию, нежелание выходить вечером на улицу, оставаться в одиночестве, пугливое

прислушивание к уличным звукам). Заметное место среди выявленных расстройств занимали депрессивные эпизоды различной степени тяжести и характера соматизации (F32.0). Хотелось бы отметить тот факт, что эти расстройства стали встречаться только во второй половине командировки. Как правило, аффект носил смешанный (тревожно-тоскливый или тоскливо-тревожный) характер, был отчетливо выражен, не имел ситуационных и спонтанных колебаний. Больные отмечали усилившуюся плаксивость, подавленность, витальный компонент в ряде случаев достигал уровня «загрудинной боли». Имели место расстройства сна, как правило, с ухудшением качества сна во вторую половину ночи, ранними пробуждениями, отсутствием чувства сна или поверхностным сном, больше напоминавшим дремоту.

Отмечалось некоторое повышение экзацербаций эндогенных расстройств. Так, среди обследованных почти 6% составили лица с обострением психотической симптоматики параноидного характера; в одном случае было отмечено бредовое расстройство с выраженным гипоманиакальным аффектом.

Как нарушение компенсаторных возможностей пациентов следует отметить обращение на прием лиц с текущим органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.6), состояние которых заметно ухудшилось в обозначенный период. При этом пациенты связывали утяжеление своего состояния с произошедшими событиями. Больные жаловались на усиление и учащение краниалгий, повышение раздражительности, вплоть до дисфорических эпизодов, нарушения сна, особенно при засыпании, рассеянность, невнимательность, проявления вегетативного дисбаланса. Другие патологические формы были представлены единичными случаями.

Терапевтическая тактика основывалась на структуре и тяжести выявленных расстройств. Упор приходился на назначения препаратов из группы бензодиазепиновых транквилизаторов (ксанакс, диазепам) и антидепрессантов различных химических групп (феварин, амитриптилин). Также в терапии широко использовались ноотропные, актопротективные и сосудистые средства (пантогам, фенибут, ноотропил, глицин, кавинтон, стугерон), а также дегидратационные препараты и поливитамины.

В отдельных случаях (дети с наиболее выраженными расстройствами) больные были госпитализированы в МНИИП Министерства здравоохранения Российской Федерации (7 человек).

На фоне проводимой терапии наблюдалась достаточно быстрая редукция выявленных расстройств, что в большей мере относилось к расстройствам фобического характера. При этом расстройства тревожно-депрессивного спектра оказывались наиболее резистентными к проводимой терапии. В ряде случаев проследить терапевтическую динамику было достаточно сложно, т.к. пациенты прерывали рекомендованный курс лечения из-за отъезда в санаторий.

Оценивая структуру медико-психологической помощи на период 16–24 сентября 2004 г., следует отметить следующие моменты, которые, с нашей точки зрения, снижали ее эффективность:

1. Недостаточное количество детских психиатров.

2. Акцентирование внимания в первые две недели на оказание психологической помощи и недооценка необходимости в проведении медикаментозного лечения.

3. Неэффективная координация работы медицинских психологов и врачей-психиатров.

4. Сложности проведения стационарного лечения из-за отсутствия соответствующих детских коек.

Как несомненное достоинство, позволяющее эффективно влиять на болезненные проявления, следует назвать широкий выбор и доступность лекарственных препаратов. Положительно зарекомендовала себя и так называемая «горячая линия» (телефонная связь пострадавших с медицинской и психологической службой).

С учетом указанных особенностей представляется целесообразным для оптимизации оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях:

- привлечение врачей-психиатров и проведение медикаментозного лечения на более раннем этапе развертывания медицинских средств;

- более тесная координация работы медицинских психологов с врачами-психиатрами;

- использование стационарной психиатрической помощи в режиме дневного или открытого стационара по месту жительства пострадавших.

К психологической помощи пострадавшим при теракте

В данном сообщении обобщен опыт оказания психологической помощи пострадавшим в Театральном центре на Дубровке в октябре 2002 г. Обмен опытом практической работы психолога в чрезвычайных ситуациях (ЧС) может быть особенно востребован в настоящее время, когда есть риск повторных терактов и возникновения других ЧС.

По нашим наблюдениям, работу психолога при захвате заложников можно разбить на три этапа:

1 этап – работа с родственниками заложников. Этот этап длится с момента захвата до освобождения заложников. Основной целью является психологическая помощь и поддержка, вселение надежды на успешное завершение ситуации.

2 этап – работа с заложниками и родственниками пострадавших от теракта. Основная цель – снятие стрессового напряжения, психологического шока после ЧС.

3 этап – продолжение работы с пострадавшими (заложниками, родственниками погибших) в течение первого года после теракта. Основная цель – оказание регулярной и длительной поддерживающей психологической помощи.

Психологическая помощь *на начальном этапе* в первую очередь должна заключаться в том, чтобы не допустить возникновения массовой паники и индукции неуправляемых панических настроений среди родственников и близких заложников. В этот момент необходимо наладить контакт с родственниками заложников, по возможности доступно объяснить целесообразность обращения за психологической помощью в настоящий момент. Многие из родственников в первые часы трагедии растеряны и деморализованы, не могут самостоятельно справиться с внезапным шоковым событием, им требуется посторонняя помощь и поддержка, доходчивая информация о происходящем и четкие инструкции о действиях.

При установлении контакта с родственниками заложников психологу необходимы: умение сохранять присутствие духа и уверенности;

навыки наблюдения и калибровки состояния; умение быстро устанавливать и поддерживать невербальный и вербальный контакт с собеседником; «держат контакт глазами», иметь навыки оказания кризисной психологической помощи жертвам ЧС. Нахождение психолога среди родственников через некоторое время делает его «своим», узнаваемым, и создает возможность в дальнейшем обратиться за помощью.

Если вначале внезапный стресс мобилизует, часто порождает выраженные и бурные аффективные реакции или острый психологический ступор у родственников заложников, и большая часть из них редко в первые часы трагедии обращается за помощью к психологу, то многочасовое напряженное ожидание новостей, выраженное стрессовое напряжение в дальнейшем истощают силы и адаптационные возможности. Так как при этом нередко отмечается ухудшение соматического состояния (вегетативные кризы с перепадами артериального давления, боли в сердце и т.п.), психологу необходимо очень внимательно наблюдать за изменением состояния пострадавших и обладать навыками оказания первой медицинской помощи, быть в тесном контакте с медработниками.

При продолжающемся воздействии сверхзначимого стресса нами у многих родственников наблюдалось усиление деморализации и растерянности. В этой критической ситуации люди начинали бессознательно искать человека, которому они могли бы довериться и получить помощь. В этот период уже значительно чаще могут быть обращения к находящемуся рядом психологу, выдержавшему вместе с остальными ожидание и напряжение первых часов и сохранившему при этом присутствие духа и профессиональные навыки. Психолог при этом может оказывать ресурсную поддержку, поддерживать веру в позитивный исход событий, пользуясь суггестивными приемами.

В момент штурма психологу необходимо помочь избежать массовой паники, действовать максимально директивно, способствовать снижению напряжения толпы.

На втором этапе (после завершения штурма и освобождения заложников) усилия психолога в основном направляются на оптимизацию самочувствия выживших жертв теракта, попавших в госпитальные учреждения, и продолжение работы с родственниками пострадавших.

Более чем у половины лиц, переживших ЧС и попавших затем в больницы, нами наблюдались выраженные регрессивные тенденции, при которых поведение носило ярко выраженный характер «бегства в детство». Это проявлялось в виде беспомощности, минимализации собственной активности, подчиняемости и нежелании принимать самостоятельные решения, поиске заботливой фигуры «покровителя».

Данное защитное регрессивное поведение становилось довольно быстро избыточным для части санитарок и медсестер отделения, не понимающих причин «распускать нюни» у внешне крепких и не пострадавших физически людей. Психологам при этом приходилось разъяснять медперсоналу особенности временного реагирования на перенесенный острый стресс, связанный с угрозой для жизни.

Опыт работы с пострадавшими в отделении ГКБ показал необходимость очень четких и слаженных действий между оказывающей помощь психологической бригадой и персоналом отделения. Это касается в первую очередь согласованной совместной тактики терапии. Нелишним будет в этот период и осмотр поступивших квалифицированным врачом-психиатром, знакомым с поведением лиц, перенесших кризисные ситуации, который при необходимости может назначить необходимые лекарства.

К особенностям работы с заложниками в первые дни после освобождения можно было отнести интенсивно проводимую процедуру «дебрифинга». В беседах с жертвами теракта нам приходилось объяснять необходимость отреагирования имеющихся сдерживаемых эмоций, поощрять пострадавших делиться с психологом перенесенными страданиями и не ожидать, что воспоминания сами по себе уйдут. Психологу приходилось объяснять, что в подобных ситуациях нормальными являются чувство страха, ощущение беспомощности, тоска, вина, стыд, гнев и другие «неприличные» чувства, которые обычно скрываются от других, и нужно не «держат их в себе», а наоборот, проговорить и отреагировать их.

В рассказах заложников отчетливо наблюдалось прохождение нескольких стадий реагирования на перенесенный стресс. Вначале у многих возникала реакция отрицания. Люди, попавшие в ситуацию насилия, просто не могли поверить, что это произошло именно с ними. Возникало состояние оцепенения, растерянности. В дальнейшем часто наблюдалась гиперактивность, агрессия. При

этом агрессия и гнев могли быть направлены на самих себя, проявляться в виде самоупреков, чувства вины («вот дура, зачем же я купила этот билет на спектакль»), на других (на родственников, на террористов, на властные структуры), на весь окружающий мир. Затем развивалось депрессивное состояние, сопровождающееся нарушением сна, чувством страха, вины выжившего и т.д. При этом особенности реагирования различались и зависели от особенностей психотипа личности.

С помощью психотерапевтических методов внимание пострадавших фокусировалось на приятных ресурсных воспоминаниях, успешном опыте преодоления трудностей и жизненных невзгод, поощрялось планирование конкретных действий после выписки из больницы

На третьем этапе, продолжающемся в течение первого года с момента теракта, должна проводиться планомерная работа психолога для предупреждения развития посттравматического стрессового расстройства и разнообразных психосоматических осложнений после перенесенного травматического опыта. Данная работа в г. Москве успешно проводится в ряде столичных и федеральных медицинских центров квалифицированными психологами и психотерапевтами (например, в НИИСиСП им. Сербского, в Городском кризисном центре, в психотерапевтической поликлинике № 223).

Долгосрочная помощь лицам с расстройствами адаптации после взрыва жилого дома в г. Архангельске

Общепринято считать, что самым трагическим последствием ЧС являются медико-санитарные потери. Однако, по мнению специалистов, внешне менее драматические психопатологические последствия несут значительно большую угрозу самим основам социальной организации человеческого бытия. Психические и психосоматические расстройства у людей, вовлеченных в ЧС, с течением времени начинают преобладать в структуре социально-медицинских последствий катастроф и неуклонно ведут к снижению качества жизни пострадавших, преждевременной инвалидизации и ранней смертности данной категории граждан. Общественное внимание к ним с течением времени неизбежно угасает. В результате люди остаются «один на один» с изменившимся для них миром, к тому же интеграция травматического опыта занимает очень длительное время. Все это определяет необходимость долгосрочной помощи лицам, пострадавшим в результате ЧС.

Работа психологической службы СГМУ по оказанию психологической и психотерапевтической помощи пострадавшим и ликвидаторам последствий взрыва жилого дома в г. Архангельске проводилась в течение полутора лет.

Всего в течение года была проведена психотерапия 25 пациентов в возрасте от 21 года до 50 лет.

Эффективность долгосрочной психотерапии измерялась методами, применявшимися и в краткосрочной терапии: клиническим интервью на основе структурированного опросника Н. Пезешкиана, Миссисипской шкалой для оценки посттравматических реакций.

В первые три месяца проводилась психологическая коррекция и психотерапия, направленная на: а) стабилизацию психического состояния пострадавших через телефонное консультирование и индивидуальное психокоррекционное воздействие; б) формирование уважительного, позитивного отношения в обществе к пострадавшим через средства массовой информации.

В «острый период» пациенты были разделены на четыре основные группы: те, кого трагедия не затронула лично, но они по разным причинам оказались свидетелями произошедшего; другие жители города, узнавшие о трагедии из СМИ или от знакомых; ветераны локальных войн – участники ликвидации последствий трагедии. В дальнейшем работа велась с пациентами двух групп: а) потерявшими родных и близких в трагедии (часть из них обратились за помощью позднее трех месяцев после трагедии); б) ранее участвовавшими в ЧС (ветераны боевых действий). Пациенты двух других групп по истечении трех месяцев уже больше не нуждались в психотерапевтической помощи.

Долгосрочная психотерапия была направлена прежде всего на преодоление стресса осознания. Ведущую роль в переживаниях пациентов первой группы занимало разрушение иллюзии вечного благополучия и безопасности, а также таких понятий, как надежность собственной жизни, существование близких людей, привычное планирование дел. Осознание новой психотравмирующей реальности сыграло ключевую роль в генезе психопатологических последствий ЧС.

В первой группе средний балл по Миссисипской шкале до проведения психотерапии равнялся 78, что говорит о наличии психических расстройств вне рамок посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Симптоматика определялась патологической реакцией горя (ПРГ, кластер F43.2 МКБ-10 – расстройства адаптации). У пациентов до психокоррекционных мероприятий такие симптомы, как пониженное настроение, нарушение сна, тревога, постоянное переживание смерти близкого, чувство вины перед погибшим, встречались в 100% случаев; апатия – в 90%, нежелание жить – в 40%, а симптом навязчивых воспоминаний и ночных кошмаров – в 30% случаев. Частотный анализ встречаемости невротических симптомов, проведенный после психокоррекционных мероприятий, показал, что в группе пациентов с реакцией горя симптоматика была практически нивелирована. Более других оставались выраженными тревога и пониженное настроение (у 30 и 20% пациентов в этой группе соответственно).

Психотерапия пациентов, вошедших во вторую группу, в дальнейшем заключалась в работе с болезненными переживаниями по поводу боевого опыта, а не по поводу ситуации, связанной с взрывом дома. Это связано с тем, что данная ситуация лишь сыграла роль пускового механизма и оживила воспоминания, связанные с участием в войне.

В работе со второй группой, куда вошли участники боевых действий, использовался когнитивный подход.

В группе комбатантов до психологической коррекции диссомнические нарушения и кошмарные сновидения встречались в 100% случаев, тревожность – в 83%, головные боли – в 67%, потеря аппетита – в 50%, вегетососудистая лабильность – в 33%, чувство вины – в 33%. После психокоррекции частотный анализ встречаемости невротической симптоматики показал, что частота диссомнических нарушений и кошмарных сновидений составила 50%, головные боли, потеря аппетита и тревожность – 33%, чувство вины и вегетососудистая лабильность – 17%.

Для ветеранов локальных войн любая трагедия является «катализатором», способствующим оживлению в памяти психотравмирующей ситуации и обострению определенной симптоматики. Их средний балл по Миссисипской шкале был равен 77, что указывает на наличие у данной категории граждан психических расстройств вне рамок ПТСР (но даже если не наблюдалось посттравматическое стрессовое расстройство, то имели место отдельные симптомы, входящие в его критерии). Надо отметить тот факт, что спустя некоторое время у определенной части комбатантов симптоматика появилась вновь, и они опять обратились к нам за психологической помощью.

Для проведения психотерапии использовался мультидисциплинарный подход в работе бригады специалистов, включающей психотерапевта, психологов и медицинских сестер.

Понижение значений по Миссисипской шкале во всех группах и проведенный частотный анализ предъявляемых жалоб могут свидетельствовать об ослаблении психопатологической симптоматики, что доказывает эффективность выбранной модели психологической помощи.

Выводы. Анализ работы психологической службы СГМУ с пострадавшими при взрыве жилого дома в г. Архангельске показал: а) необходимость долгосрочной помощи лицам, пострадавшим в результате ЧС; б) эффективность в работе с пациентами с проявлениями травматического стресса таких психотерапевтических направлений, как телесно-ориентированная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, экзистенциально-гуманистическая психотерапия; в) необходимость дифференцированного подхода для разных групп пациентов (в данном случае – для пациентов с патологической реакцией горя и ветеранов вооруженных конфликтов).

Психотерапия пострадавшим при пожаре в общежитии РУДН 23–24 ноября 2003 г.

В ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова поступило 8 пострадавших студентов-иностранцев (граждане Китая и ЮАР) в возрасте от 19 до 27 лет. В приемном отделении пострадавшие были распределены в соответствии с правилами сортировки в реанимационное отделение (два человека), хирургическое отделение (один человек), травматологические отделения (пять человек). Поступившие в реанимационное отделение позже были переведены в другие ЛПУ.

Поступившим в травматологические и хирургическое отделения был поставлен диагноз F43.0 – острая реакция на стресс.

Со всеми пациентами практически сразу был установлен хороший невербальный контакт. Вербальный контакт на протяжении всей работы был осложнен языковым барьером (с двумя пациентами беседа осуществлялась с переводчиком с английского на китайский язык, с остальными пациентами – на английском языке).

В психическом статусе всех шести пациентов на протяжении от двух до семи дней отмечались диссомнические нарушения, аффективные нарушения, затруднения концентрации внимания. У двух пациентов при поступлении отмечались выраженная эмоциональная напряженность, беспокойство, суетливость, многословность, двигательная активность, несдержанность аффективных реакций, неусидчивость, возбудимость.

В последующие дни социальная депривация, обусловленная отсутствием возможности общения из-за языкового барьера у этих пациентов, привела к фиксации внимания на функционировании внутренних органов, внимательному отслеживанию малейших колебаний своего физического состояния, повышению интенсивности связанных с этим ощущений. Демонстрировалось отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации, что, возможно, усугубляло текущее состояние. Предъявлялись жалобы на скуку, тоскливость. Отмечался субдепрессивный фон настроения, настороженность, временами

враждебность с внешне обвинительной позицией, повторяющееся воспроизведение образов, вызывающих негативные эмоциональные переживания, устрашающие сновидения.

В течение недели состояние стабилизировалось, симптоматика практически полностью купировалась. Сохранялись диссомнические нарушения (чуткий, беспокойный сон), эмоциональная лабильность. На момент выписки (десятый день пребывания в отделении) состояние расценивалось как удовлетворительное с дальнейшей положительной динамикой.

Четверо пациентов при поступлении реагировали на контакт с врачом пассивно, отмечалось общее мышечное напряжение, выражающееся в «мимической маске», замедленность течения психических процессов, эмоциональная инертность, проявляющаяся в виде безучастности, быстрая истощаемость, сниженный интерес к окружающему. Эта группа пациентов на протяжении всего периода госпитализации ежедневно контактировала с родственниками и друзьями.

У троих пострадавших отмечался быстрый темп обратного развития симптоматики. В течение первых 2–3 дней состояние стабилизировалось, исчезли нарушения сна, выровнялся эмоциональный фон, не отмечалось навязчивых воспоминаний, мыслей и образов. Эти пациенты охотно контактировали, держались спокойно, доброжелательно, демонстрировали оптимистичный взгляд на будущее. Отношение к себе как к одному из целого ряда пострадавших, возможно, способствовало тенденции к самосохранению и возвращению к эффективному функционированию.

У одного пациента в течение десяти дней сохранялся беспокойный сон, сниженное настроение, эмоциональная лабильность, апатия, эпизодически повторяющееся воспроизведение образов произошедшего события.

К моменту выписки у всех пострадавших в результате проведенной терапии отмечалось значительное улучшение психофизического состояния (лекарственная симптоматическая терапия, общевостановительные и реабилитационные мероприятия, психотерапия). Возрос тонус организма, психомоторные реакции характеризовались энергичным поведением, стремлением изменять ситуации в желаемую сторону и преодолевать трудности, что обуславливалось силой актуализированных потребностей и мотивов, оптимизмом, верой

в свои возможности. Психотерапевтическое сопровождение пострадавших в ЧС ставило перед собой целью облегчение психического состояния, устранение имеющихся последствий стрессовой ситуации, предупреждение развития ПТСР, восстановление адаптационных возможностей за счет аффективной переоценки травматического опыта. Этому предшествовали психотерапевтическая диагностика, предварительное взаимодействие (установка контакта, во время которого пациенту предлагается поддержка, создается чувство безопасности), сбор анамнеза.

Сложности языкового общения определили выбор тактики психотерапевтического сопровождения как поддерживающего, ориентированного на достижение состояния стабильности и безопасности, снижение чувства изолированности. Психотерапевтические беседы были направлены на восстановление чувства собственной социальной значимости и контроля над происходящим, поиск произошедшему травматическому событию надлежащего места в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Суггестивные элементы вводились для обретения контроля над эмоциональными реакциями. По окончании курса лечения в стационаре пациентам были даны психотерапевтические рекомендации.

Одной из основных особенностей оказания медицинской помощи в условиях ЧС состоит в расчленении единого лечебного процесса на отдельные виды медицинской помощи и оказание их на месте ЧС, в ходе эвакуации пострадавших и на месте окончательного лечения. Организация работы лечебно-профилактических учреждений при возникновении ЧС строится в соответствии с обеспечением приема пострадавших, оказания им квалифицированной и специализированной медицинской помощи, при необходимости перепрофилировании коечной сети отдельных отделений.

Своевременность и качество медицинской помощи пострадавшим находятся в прямой зависимости от организации и умения медицинского персонала проводить медицинскую сортировку. Она является одним из важнейших методов организации оказания медицинской помощи при массовом поступлении больных и характеризуется конкретностью, преемственностью и непрерывностью. Производится бригадами по лечебному признаку – степени нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и возможном месте ее оказания. При внешнем осмотре пострадавшего и его опросе врач устанавливает

диагноз, степень тяжести состояния, возможности самостоятельного передвижения, характер необходимой помощи и конкретное лечебное отделение больницы.

Привлечение к консультативной работе в приемном отделении психиатра-психотерапевта, включение специалиста данного профиля в состав бригады на данном этапе эвакуации позволяет одновременно проводить дифференциально-диагностическую оценку психических расстройств, сортировку пострадавших по степени тяжести имеющихся психических нарушений: в первую очередь в помощи нуждаются пострадавшие с реактивными психозами типа аффективно-шоковых реакций (с психомоторным возбуждением, либо, напротив, с обездвиженностью), а также другими реактивными психозами с более сложными психопатологическими картинами; во вторую очередь нуждаются в оценке состояния и оказании помощи пострадавшие с реактивными невротическими расстройствами, проявляющимися преимущественно эмоциональными нарушениями и нарушениями поведения; в третью — родственники пострадавших и лица, участвовавшие в ликвидации последствий ЧС.

Отдельную группу пациентов составляют больные, не нуждающиеся в лечении в ЛПУ. Они отправляются на амбулаторное лечение по месту жительства и, как правило, остаются вне поля зрения врачей-психиатров и психотерапевтов. Такие пациенты — часто с отсроченными реакциями на тяжелый стресс — требуют внимательной оценки состояния и дальнейшего психотерапевтического сопровождения в равной степени как и пациенты, нуждающиеся в лечении в ЛПУ.

Клиника и терапия эго-дистресса

Эго-дистресс возникает при переживании несопоставимости личностного смысла события с эго-реальностью человека. Необходимым условием эго-дистресса является концептуально «ложная» эго-реальность. Клиника его включает синдромы острого и/или хронического эго-дистресса, а также четыре варианта патологической (психосоматической, парипатической, анетопатической и токсикоманической) эго-эволюции.

Синдром острого эго-дистресса возникает на почве фрустрационной регрессии тревоги. Первый шаг регрессии – возвращение к подростковости (сигнальная тревога – угроза); второй – к препубертату (болезненное недоумение), третий – к инфантильности (психалгия, душевная боль). Регрессия тревоги ведет к изменениям мышления и поведения (метафорическая речь – дисторсия – алекситимия; острые стрессовые реакции).

Хронификация эго-дистресса сопровождается развитием триады (уже названный синдром эго-дистресса, вегетативно-аффективный синдром, синдром измененной реактивности). Нарастание изменений нейрохимической реактивности ведет к развитию перманентного (постоянно возобновляемого) эго-дистресса, когда имевшие прежде эустрессовые эффекты личностные смыслы событий становятся источником дистресса.

На фоне перманентного эго-дистресса развиваются формы патологической эго-эволюции. Две из них – психосоматическая (соматоформные реакции – органический невроз – психосоматозы) и парипатическая (невротический процесс) – вплетены в ткань культурной динамики человеческого общежития. Парипатическая эго-эволюция может рассматриваться как вариант психосоматической («органический невроз» головного мозга). Две другие – деструктивные – несут значительно более выраженный отпечаток конституциональности: анетопатическая (связанная с безудержной реализацией запросов «ветхозаветного эго-идеала ребенка»; комплекс Дон Гуана, по А.С. Пушкину) и токсикоманическая эго-эволюции. Последняя начинается как «невроз самоцелительства», однако практически сразу же развиваются явления цитотоксической деструкции.

Экзогенный нейрохимический дистресс принципиально отличается от эндогенно-смыслового эго-дистресса: хаос органического «обезличивания, Entichtung, Unegotizing» противостоит абсурду невротической дистонии. Клиника хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий складывается из неврологических симптомов ментального автоматизма – поначалу транзиторного, а затем все более постоянного.

Принцип терапии эго-дистресса – преобразование дистресса в эустресс. С этой целью меры стресс-протекции, восстановительной и нейро(церебро)тропной терапии следует сочетать с назначением психофармакологических средств. Однако реальная опасность усугубления явлений измененной нейрохимической реактивности ориентирует терапевта на осмотровую фармакотерапию – рекомендуется применение малых доз.

В то же время свойственное «ложной» эго-реальности подспудное преобладание первичной враждебности и ригидной аффективности служит основанием для сочетанной терапии медикаментами, имеющими антидепрессивное, антипсихотическое и транквилизирующее действие. Такая триада (возможно сочетание эффектов в действии одного препарата) создаст достаточный для начала психотерапии фармакологический фон.

С учетом того, что эго-дистресс есть дистресс реконцептуализации (переработки несопоставимых смыслов), основную роль играет курсовая гипноаналитическая терапия. При этом цель психотерапии – «через (внушаемое) перевоплощение – к преображению (спонтанному улучшению) душевных качеств человека». Важным компонентом техники является экспертная оценка ресурса властной (смыслообразующей) функции Эго.

Разработанная техника гипноаналитической терапии построена на использовании внушаемой психосоматической диссоциации («перевоплощения с переживанием восторга свободного полета и покоя безмятежного созерцания»). Диссоциативные переживания сопровождаются возникновением «оживших воспоминаний, flashbacks»; их последующая аналитическая переработка способствует достижению цели психотерапии.

Аналитическая переработка всплывающего в процессе гипно-суггестии опыта «детской обиды» обладателя ложной эго-реальности открывает пациенту возможность пройти путь «от перевоплощения

к преобразению»; вариантом подобного пути предстает переход от ипохондрической фиксации к гиперхондрической установке. Это долгий и трудный путь психотерапевтической трансакции, однако он должен быть пройден.

Предлагаемые принципы терапии эго-дистресса в конечном счете построены на представлении о самостоятельном бытии механизма эго-защиты «наложением аффективно-смыслового запрета» (Sperrung, по Э. Блейлеру). Направленность блокады логического пути выхода из заблуждения прямо противоположна функции базовой психической защиты «расщеплением—вытеснением» (можно говорить о Sperrung-неврозе).

«Шперрунговое» переживание (в частности комплекс «святотатства») блокирует выход за пределы «детской обиды». Перегруженное «расщепление—вытеснение» истощается и не может эффективно сдерживать прорывы «детской обиды (эдипова комплекса)» в поведение. К тому же истощение защитных сил ведет к развитию функциональной астении и эндогенных изменений реактивности (перманентного эго-дистресса).

В этом смысле клиника Sperrung-невроза есть «НЕшизофрения»; результатом «наложения смыслового аффективного запрета» становится прямая противоположность диссоциации — не пресловутое «расщепление, Spaltung», а, напротив, зависание регулирующей поведение человека функции «детской обиды». «Шперрунговое» поведение блокирует развязку психотической драмы абсурда, спутника «ложной» эго-реальности.

Такое поведение есть продукт фрустрационной регрессии идео-аффективного комплекса самости. Поэтому «аффективную преграду» следует полагать первичной формой онтогенеза постэдипова невротического самоупрека. Аффективно-смысловая преграда есть регрессивная альтернатива «расщепления—вытеснения»; Sperrung-невроз вместе с неврозом «гордыни—уныния» составляет группу нарциссических неврозов.

Иными словами, аффективно-смысловая преграда, продукт фрустрационной регрессии тревоги к возрасту эдиповой ситуации, защищает целостность регрессированного центрального идео-аффективного комплекса человека, его самость (Self). Платой за сохранение регрессированной самости выступают психофизиологические (соматоформные) и/или аффективно-поведенческие расстройства (нередко их трудно разделить).

Тем более не имеет смысла говорить о «шизофрении, расколе чревного разума» при хронификации психотических расстройств, когда углубление фрустрационной регрессии «отключает» контролируюшую функцию невротического самоупрека, мир «идеи первичного ущерба» (мир паранойи) становится ясен и понятен, исчезает необходимость реконцептуализации, ложная эго-реальность приобретает силу истины.

Sperrung'овая защита ложной эго-реальности человека не имеет ничего общего с физическим разрывом ассоциативных связей (*Zer-stueckelung*, по Э.Блейлеру). Клиническая динамика «психозов на базе ментального автоматизма вследствие механического повреждения нейронных ансамблей» описана Г. де Клерамбо и принципиально отличается от динамики невротического процесса (эго-дистонических расстройств).

Концепция эго-дистресса делит психотические явления на две части: функциональные психозы уходят в круг невротозов, тогда как расстройства ментального автоматизма — в круг органической деменции. Поле «группы шизофрении» делится, таким образом, на клинику органического (симптоматического) хаоса «обезличивания» и клинику Sperrung-невроза (абсурда регрессии на уровень прегенитального нарциссизма).

К оценке отдаленных последствий боевого стресса

Проблеме социальных и психологических последствий военных конфликтов посвящено значительное количество работ. Установлены многочисленные факты нарушений адаптации участников боевых действий после возвращения к мирной жизни. Однако до сих пор не находит своего окончательного объяснения широкая вариабельность адаптивных возможностей лиц, подвергшихся боевому стрессу. Успешность постстрессовой адаптации с двумя группами факторов — характеристиками самой личности и тяжестью психотравмирующей ситуации. В то же время, как показывает опыт, эти факторы не объясняют всего многообразия поведения человека после психотравмы.

Целью нашего исследования стало установление специфики отдаленных последствий воздействия боевого стресса и получения ранения, а также выявление факторов, определяющих успешность постстрессовой адаптации.

Материалы и методы. Использовался метод почтового анкетирования. Была составлена анкета, которая рассылалась раненым, проходившим курс реабилитационного лечения в 6ЦВКГ в 1999—2002 гг. Анкета содержала три смысловых блока, направленных на установление признаков ПТСР, состояния физического здоровья ветеранов, а также особенностей их социально-экономического статуса. Среди показателей уровня социально-психологической адаптации человека основное внимание уделялось суицидальному поведению, уровню потребления алкоголя и наркотиков, характеру трудовой активности, семейному статусу. Эти уровни данных послужили основой для разработки классификации постстрессовой адаптации. По данным критериям были выделены четыре уровня адаптации (табл. 1).

1 и 2 категории были отнесены к группам успешной адаптации, а 3 и 4 — неуспешной (дезадаптации).

Результаты и обсуждение. Проанализировано 168 анкет. Для анализа влияния кризисной ситуации, в частности боевых действий, на адаптацию в отдаленном периоде нами были сопоставлены уровни

адаптации различных категорий военнослужащих – участников боевых действий, раненых и не имевших ранения. Контрольную группу составили военнослужащие, отслужившие по призыву в Вооруженных силах, не принимавшие участия в боевых действиях. Время и другие значимые характеристики службы у опрошенных были одинаковыми (табл. 2).

Таблица 2

Уровни постстрессовой адаптации в различных группах военнослужащих

№	Группы военнослужащих/ группы адаптации(№)	1	2	3	4	Всего человек
1	Раненные в ходе боевых действий	53,6	7,1	21,4	17,9	64
2	Без ранения	42,3	15,4	26,9	15,4	56
3	Не воевавшие	77,8	–	16,7	5,6	48

Исследования показали, что, по сравнению с контрольной группой, показатели адаптированности самыми низкими оказались у раненых (хуже на 38%), а у участников боевых действий без ранения – на 10%. В первую группу адаптации (лучшую) попали 30% раненых и 78% не воевавших солдат, а в четвертую (худшую) – 21% раненых и 5,6% не воевавших.

Выявление медицинских, психологических и социальных факторов, определяющих успешность адаптации военнослужащих в отдаленном периоде, проведено посредством методов дискриминантного и корреляционного анализа. Анализ матрицы, построенной на основе сопоставления коэффициентов ранговой корреляции Спирмена, позволяет говорить об определенной иерархии факторов, определяющих успешность постстрессовой адаптации. Наиболее сильной корреляционной связью с уровнем адаптированности обладают факторы-симптомы ПТСР – раздражительность, замкнутость, расстройства сна, ночные кошмары. Чем сильнее они выражены у человека по прошествии нескольких лет после события, тем выше вероятность нарушения его социального функционирования. Вторыми по значимости стали социально-экономические факторы – характер работы, размер доходов, семейное положение, место жительства. Выявлено, что в целом наиболее низкий уровень адаптации характерен для человека разведенного, но имеющего не самый низкий из всех групп доходов. Анализ медицинских факторов свидетельствует о том, что тяжесть

ранения не имеет связи с уровнем социального функционирования. Исключения составляют поражения лица, приводящие к существенным косметическим дефектам.

Заключение. Таким образом, в исследовании установлены иерархически организованные факторы, связанные с уровнем постстрессовой адаптации, которые отражают симптоматику ПТСР, социально-экономические особенности индивида, специфику раневого дефекта. Такие переменные, как особенности социально-экономического и семейного статуса, тесно взаимосвязаны друг с другом и между ними трудно установить четкие причинно-следственные отношения. Полученные данные позволяют утверждать, что, например, солдат, призывавшийся из деревни и получивший тяжелую травму челюстно-лицевой области, имеет меньше шансов на успешную адаптацию, чем горожанин с ампутационным дефектом конечности. А факт тесной взаимосвязи патопсихологической симптоматики ПТСР с нарушением адаптации доказывает огромную значимость психотерапевтических и психокоррекционных методов реабилитации данного контингента.

Проводя анализ литературных данных и собственных исследований, можно сформулировать условия формирования нарушения адаптации бывших воинов, главное из них — специфика самой психотравмирующей ситуации. Причем речь идет не столько о физических особенностях (разрушение, гибель людей, угроза жизни), а о той роли, которую играл в ней человек. Определяющее значение имеет индивидуальное восприятие психотравмирующей ситуации, чувство собственной значимости и востребованности конкретного человека, что во многом предопределяет специфику и направленность постстрессовой трансформации личности.

Таким образом, участие в боевых действиях и получение ранения существенно нарушают социальное функционирование человека, что выражается в различных формах нарушения адаптации — аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Уровень постстрессовой адаптации определяется комплексом иерархических факторов, отражающих выраженность ПТСР, социально-экономических характеристик и специфику ранения, а также индивидуально-психологические свойства личности. Уровень адаптации человека, вовлеченного в ситуации экстремального характера, во многом определяется не только объективными характеристиками ее чрезвычайности, но и прежде всего смысловым содержанием событий.

Гипносуггестия при лечении пострадавших в г. Беслане в сентябре 2004 г.

Для оказания медицинской помощи жертвам (заложникам террористов в школе и пострадавшим, находившимся от места событий на разном расстоянии от школы) террористического акта 1–3 сентября в г. Беслане с 26 сентября 2004 г. по 6 октября 2004 г. проводились лечебные, в том числе и психотерапевтические мероприятия, направленные на устранение выраженных психоневротических расстройств у больных как последствий чрезвычайной ситуации 3-недельной давности. Эти последствия характеризовались практически всеми симптомами невротического регистра: тревога, тоска, апатия, плаксивость, страх, астения, депрессия, ипохондрические включения, нейровегетативные, нейросоматические и другие расстройства.

В течение восьми дней с целью купирования указанных расстройств в гипнотарии психосоматического отделения больницы использовалась после предварительного индивидуального, с каждым пострадавшим, анамнестического, личного ознакомления, коллективная (15 человек) гипносуггестивная психотерапия длительностью 1,5–2 часа, включавшая в себя сочетание прогрессирующей релаксации по Джекобсону с аутогенной тренировкой по Мюллеру–Хегеманну с последующим гипнотическим воздействием.

Последнее включало в себя директивные (классические) и недирективные (эриксоновские) элементы внушения. Использование данного метода предполагало снижение уровня чрезмерного возбуждения центральной нервной системы через расслабление мышечного тонуса, снижение эмоциональной напряженности (тревога, страх, паника, агитация, различные истерические расстройства и др.), уменьшение соматовегетативных расстройств, возникших после острой психогенной ситуации, создание условий для раскрытия внутреннего резервного потенциала большого и уменьшения степени выраженности последствий шоковой психогенной ситуации.

Условия проведения гипносуггестивной терапии в групповой форме в психосоматическом отделении больницы г. Беслана осложнились, с одной стороны, коротким курсом лечения пациентов в связи с соответствующими сроками нашей командировки, с другой – тяжестью психического состояния с аффективными расстройствами, психомоторной заторможенностью, скованностью, неуверенностью, недоверием у большинства членов психотерапевтической группы из населения г. Беслана. Также сложностью проведения сеансов являлись и недостаточные удобства предварительно незапланированного и быстро организованного гипнотария, где больные во время сеансов размещались по 2–3 человека на скамейках с твердыми низкими спинками и сиденьями без подлокотников. Поэтому начальной задачей было наладить как можно быстрее и качественнее теплый, человеческий, тесный, доверительный контакт с больными, т.е. создать хороший раппорт. Для этого в самом начале и при последующих встречах присутствующие информировались не только об инструкциях, которые они должны выполнять в процессе сеанса, но также внимательно выслушивались их вопросы, на которые давались четкие ответы. Больным разъяснялось, что с помощью гипносуггестии им помогут разрешать их внутренние серьезные, психоэмоциональные и в ряде случаев телесные проблемы, возникшие в основном от потери близких, родных при террористическом акте.

Присутствующим сообщалось о гипнозе как о физиологическом состоянии, похожем на обычный сон, который не только совершенно безвреден, но и сам по себе полезен для организма. С целью возможных опасений у больных в отношении гипноза как необычного, неизвестного, пугающего явления участникам сеансов проводились рациональные разъяснения о том, что каждый человек почти ежедневно не заметно для себя оказывается в кратковременных ситуациях, аналогичных гипнотическому трансу. Объяснялось, что гипноз – это лечебная процедура и гипнотическое состояние целительно само по себе. Предварительной беседой с больными снижалось возможное сопротивление с их стороны, укреплялось присоединение к группе с целью дальнейшего ее ведения в нужном направлении.

Больным предварительно сообщалось об ощущениях, которые они могут испытывать во время гипноза (тяжесть, легкость, расслабленность, невесомость, отсутствие каких-либо телесных

ощущений и др.), а также пояснялось, что сквозь дремоту они будут слышать голос врача. Объяснялось, что речь идет о просоночном состоянии — между сном и бодрствованием — возникающем обычно каждый день, но продолжающимся недолго, которое на лечебной процедуре предстоит продлить. Обращалось внимание на то, что амнезия вызывается необязательно, и с каждым последующим сеансом человек будет засыпать все глубже и быстрее.

Во время гипноза использовалась вербальная и невербальная (визуальная) обратная связь, с помощью которой определялось состояние релаксации участников группы.

После каждого сеанса больным давалась возможность в течение нескольких минут окончательно прийти в себя, прочувствовать осознанно свое состояние, а затем, обращаясь к каждому присутствующему, спрашивалось, что может тот сообщить о своем состоянии, своих ощущениях. При этом, калибруя признаки состояния каждого пациента, отмечалась динамика состояния от психотерапевтического лечения.

Перед окончательным завершением встречи присутствующим давалось задание: самостоятельно по нескольку раз в день заниматься аутогенной тренировкой. Рекомендовалось научиться самостоятельно и ускоренной релаксации с целью углубленного изучения релаксации для возможно более ускоренного устранения или хотя бы ослабления степени выраженности имеющихся психоневротических расстройств, для предупреждения этих состояний при непредвиденных жизненных ситуациях, для более быстрого вхождения в трансовое состояние при лечебных сеансах гипноза.

После проведенных восьми сеансов гипносуггестии и самостоятельного выполнения дома элементов аутогенной тренировки у 11 из 15 человек группы снизилась степень аффективной напряженности: уменьшилось чувство тревоги, тоски, появилась большая уверенность в себе, в перспективности своего будущего. В сочетании с медикаментозной симптоматической терапией у четверых больных, в том числе и у двух сотрудниц медицинского персонала больницы улучшились вегетосоматические показатели: снизилось повышенное артериальное давление, улучшились аппетит, сон, исчезли зуд кожи, ощущения озноба, сухости во рту, чувство сердцебиения, головокружения, уменьшилась частота и степень выраженности головных болей. Большинство отмечали, что они стали спокойнее, увереннее в своих действиях,

хотя не могли свыкнуться с мыслью о родственных человеческих потерях, что являлось причиной сохраняющейся у них гипотимии.

Больная 32 лет потеряла сестру с двумя детьми (были в числе заложников). Поступила в психосоматическое отделение 19.09.2004 г. больницы г. Беслана с жалобами на постоянную тоску, апатию, полное безразличие, отсутствие всяких прежних интересов, суицидальные мысли, боли в области сердца, бессонницу, отсутствие аппетита, сочетание запоров и поносов, сильное похудение, головные боли, рези в животе, головокружение, подташнивание. Связывала это с гибелью родной сестры с двумя детьми. При осмотре: глаза впавшие, взгляд потухший, неживой, кожные покровы сухие, серовато-бледного оттенка. Тurgор кожи снижен. Пониженное питание. Артериальное давление – 105/60 мм рт.ст. Отмечались плотность, урчание и болезненность при пальпации кишечника. Лабораторные и инструментальные результаты исследований без видимой выраженной патологии.

Психическое состояние при осмотре характеризовалось выраженной тоскливо-апатически-адинамически-ипохондрической депрессией и активными суицидальными намерениями без их реализации. Больная малоподвижна, сидит с опущенной головой, на собеседника не смотрит или отводит глаза. Выражение лица тоскливое, задумчивое, унылое, невыразительное. Внезапно может тихо заплакать, отвернувшись в сторону, не реагируя на советы успокоиться, уткнувшись в подушку. При этом вздрагивает всем телом, что-то бормочет. Успокоившись, неподвижно лежит, уткнувшись в одну точку, или сидит без движения с отрешенным взглядом. Ответы на вопросы иногда замедленные, тихим, однотонным, мало модулированным голосом. Нередко отвечает невпопад, не поняв вопроса. Движения крайне замедленные, угловатые. В палате ни с кем не общается, часами лежит в кровати с отрешенным выражением лица. С родными и посетителями не активна, крайне пассивна и безучастна в разговорах. С момента поступления получала общеукрепляющее, симптоматическое лечение, малые транквилизаторы. Психическое состояние улучшилось после проведения лечебных сеансов гипносуггестии (после пяти сеансов): больная оживилась, стала активна, общительна, адекватная улыбка на лице, охотно идет на вербальный контакт с врачом, общается с соседями по палате, родными, улучшился аппетит, исчезли кардиалгии, краниалгии. Пытается выполнять самостоятельно

аутотренинг в горизонтальном положении в кровати. Стала строить реальные планы на жизнь.

Больной 78 лет, находившийся в период трагических событий в городе, вне школы, но тяжело переживший ситуацию. При поступлении в психосоматическое отделение отмечались жалобы на чувство глубокой тоски, апатии, нежелание жить, постоянные запоры, отсутствовали аппетит, сон, испытывал чувство одиночества (дочь в тот период находилась в служебной командировке в Чечне), безысходности, обострились сердечно-сосудистое и эндокринное заболевания. На фоне медикаментозной терапии купировалась симптоматика соматической патологии, а при присоединении психотерапевтического лечения после четвертого сеанса гипносуггестии отмечалась за короткий срок (3–5 дней) редуция аффективно-вегетативной патологической симптоматики.

Использование коллективной психотерапии создавало благоприятную атмосферу для повышенной внушаемости пациентов, а значит, и более глубокого ввода их в состояние транса.

Полученные положительные результаты психотерапевтического лечения недостаточны, т.к. терапия проводилась в течение короткого времени. Редуцированная аффективная симптоматика может возобновиться вновь. Для устранения рецидивов аффективно-психосоматических расстройств необходимо систематическое наблюдение за пострадавшими, проведение с ними индивидуальных и групповых психотерапевтических мероприятий.

Последовательная релаксация и медикаментозная терапия родственникам погибших во время ЧС в г. Москве в феврале 2004 г.

Тела погибших при взрыве в метро и при аварии в аквапарке (соответственно, 9.02.2004 г. и 14.02.2004 г.) с мест трагедий доставлялись в московские морги № 1 и № 4, куда для их опознания приезжали их родственники, близкие, психическое состояние которых определялось внезапно возникшим горем – безвозвратной потерей одного или даже нескольких родных людей. При этом наблюдались эмоциональные расстройства разной степени выраженности, астеноневротические, астенодепрессивные, ипохондрические, выраженные истерические, аффективно-шоковые реакции с аффектогенным ступором и состоянием, приближающимся к реактивной депрессии, в том числе с суицидальными ситуационно обусловленными намерениями, с истерическими моторными проявлениями.

Уже при появлении родственников погибших в морге на их лицах имелся отпечаток тоски, грусти, печали, волнения, безнадежности увидеть любимого человека живым, заплаканные глаза. Немало из них вели себя сдержанно, с надеждой, что трагедия пройдет мимо них и их пропавший человек окажется живым. Но по мере опознания трупов, просмотре фотографий погибших, их останков, нахождения знакомого лица их психическое состояние резко менялось вплоть до указанных аффективно-шоковых проявлений. Так, у одной из женщин, нашедшей тело своего родственника со следами тяжелых травм, состояние надежды сразу изменилось на состояние истеродепрессивного возбуждения. Она рыдала, ломала себе руки, испытывала затруднение дыхания, боли в области сердца, кричала о потере дорогого ей человека. Это состояние то переходило в оцепенение, то вновь в описанное возбуждение. У другого родственника состояние призрачной надежды при опознании близкого сменилось психосоматическим кризом (резкий подъем артериального давления – до 190/120 мм рт.ст., в связи с чем ей была оказана помощь бригадой «03»).

Эмоциональные расстройства, как уже сказано, часто сочетались с вегетативными, соматическими проявлениями в форме покраснения или побледнения кожи лица, тахикардией, повышением (до 230 мм рт.ст.) или понижением артериального давления, тошнотой, сухостью во рту, головными болями различной интенсивности, головокружением, полуобморочными состояниями, гипергидрозом ладоней, генерализованным гипергидрозом, ознобом, тремором рук, туловища.

С целью оказания помощи 12 родственникам погибших (в возрасте от 26 до 69 лет), как в группе, так и индивидуально, проводилось вербальное директивное суггестивное воздействие. После рационально разъяснительной общей или индивидуальной психотерапевтической беседы просили присутствующих успокоиться, спокойно при этом подышать с закрытыми глазами, сосредоточив свое внимание на дыхании. Затем, предварительно также объяснив суть метода, использовалась последовательная релаксация, внимание перцепиентов концентрировалось на ощущениях исчезновения напряжения в мышцах (начиная с головы, затылка и постепенно опускаясь к ногам, стопам) во время выдоха. Длительность сеанса — 7–15 минут. Большинство участников сеансов в той или иной степени испытали чувство душевного успокоения, спокойствия в голосе, уверенности в действиях, поведении, острота восприятия ситуации снижалась. Участники говорили, что им стало «полегче», однако выражение задумчивости, тоскливой отрешенности оставалось.

Всем участникам сеанса рекомендовалось дома самостоятельно применять методику мышечного расслабления для профилактики обострения воспоминаний, снижения эмоционально-физического напряжения.

Пятерым из участников психотерапевтических сеансов, а также другим близким, участвовавшим в опознании тел погибших, по показаниям выдавались медикаментозные средства: корвалол, валокордин по 20–40 капель, феназепам по 0,5–1 мг, реланиум 5–10 мг, коаксил 12,5–25 мг, валидол, нитроглицерин, сернокислая магнезия 25% внутримышечно 5 мл или внутривенно 3–5 мл на 10–15 мл 40% раствора глюкозы или на физиологическом растворе, нашатырный спирт. При кризисных сосудистых состояниях к оказанию помощи привлекались врачи «Скорой помощи».

Рисуночные тесты в психотерапии пострадавших в г. Беслане в сентябре 2004 г.

За двухнедельный период пребывания в г. Беслане в целях оказания медицинской помощи бывшим заложникам террористического акта и пострадавшим от теракта (родственникам заложников, их близким, знакомым) через три недели после чрезвычайных событий было осмотрено 62 человека. 34 из них получали психотерапевтическую помощь на дому. По показаниям каждому второму—третьему пациенту проводилась медикаментозная терапия. 28 приняты амбулаторно в условиях поликлиники, им проведены повторные психотерапевтические сеансы.

Часть обследованных на момент осмотра имели пулевые, осколочные ранения. После острых и подострых аффективно-шоковых состояний развивались затяжные депрессивные расстройства, нередко с суицидальными тенденциями в сочетании с астеноневротическими, ипохондрическими, истерическими расстройствами, иногда с аффективным ступором, адинамией или ажитацией, психофизическим истощением.

Потерпевшие боялись оставаться дома одни, во сне видели пережитые ими ужасы, по ночам «слышали» шаги в соседней комнате, на чердаке, считая, что в доме террористы. Трое детей дошкольного возраста — бывшие заложники — находились в эмоциональном напряжении, тревоге за судьбу родителей, о смерти которых им не говорилось.

В кабинете реабилитации поликлиники спортивные шведские лестницы у детей вызвали яркие воспоминания о событиях в спортзале школы.

Часто отмечалось резкое снижение прошлых интересов с присутствием краниалгий, кардиалгий, абдоминальными, вертебральными болями, элементами астазии-абазии.

Внешний облик пострадавших характеризовался выражением грусти на лице, унынием, печалью, отрешенностью, задумчивостью, тревогой.

Обследованные были малоподвижны, пассивны или суетливы, могли внезапно заламывать руки, уходить в соседнюю комнату или вдруг застыть с отрешенным выражением лица, невидящим взглядом.

Некоторые были многоречивы, недовольны ситуацией, активно высказывали планы мщения.

Социально-психологическая дезадаптация сопровождалась чувством несправедливости.

У десяти обследованных, как заложников, так и пострадавших, выраженная депрессивная симптоматика отсутствовала или имела объективно и субъективно незначительные проявления, характеризовавшиеся некоторой задумчивостью, несколько замедленным переключением с одной мысли на другую, неохотным воспоминанием о случившемся, пониженным аппетитом, трудностями засыпания.

Для уточнения психического состояния указанных десяти обследованных (семь женщин и трое мужчин, в возрасте от 5 до 48 лет) использовалось патопсихологическое исследование в форме рисунков-тестов с использованием в том числе материалов Б.Е. Егорова «Российский клинический психоанализ — новая школа». М., 2002; «Прогностические рисуночные методики в клиническом психоанализе и психотерапии». М., 2003.

Каждый пациент рисовал простым карандашом на отдельных белых листах бумаги «человека», «противоположный пол», «семью», «дерево», «дом», «несуществующее животное», на одном листе — «какой-либо предмет, животное, растение».

Шесть человек (пять женщин, один мужчина), психическое состояние которых характеризовалось некоторой гиподинамией, гипомимией, но с достаточной адаптацией к окружающей среде, большую часть рисунков располагали в верхней левой части листа, что указывает на тенденцию к повышению самооценки, к самоутверждению, наряду со сниженной активностью, пассивностью, пониженным настроением, неуверенностью в себе, самоуничижением. О последнем говорит отсутствие волос на голове «человека» или только легкое их обозначение, т.е. снижение умственных, интеллектуальных способностей, и большее их количество у «противоположного пола» (подсознательная символизация мнимого превосходства противоположного пола по уму и более высокий его социальный статус).

Женщина-заложница (27 лет, муж которой убит в школе, сын — также бывший заложник) в рисунке «человек» фактически показала

самоуничтожение, самопоглощенность, закрытость (кисти сжаты, слабо прорисован рот), отсутствие желания общения, зрительно воспринимать с настроением действительность, нежелание делиться своими переживаниями. Лицо на рисунке неясное, глаза – точки, отсутствие волос на голове, рот в виде полуовала со слабым нажимом карандаша у «человека», категорический отказ нарисовать «противоположный пол» – все это также говорит о выраженной гипотимии с отсутствием должного контакта с окружением, сниженной активностью, дезадаптацией, погруженностью в собственные переживания, застенчивостью, признаками самоуничтожения и, вероятно, даже с элементами паники. Одновременно по всем рисункам имеется тенденция к повышенной самооценке (рисунки в основном располагаются в верхней части листа), самоутверждению. И сама жертва ЧС, сообщая о личной трагедии, говорит о желании собственного производственного роста. «Дерево» у нее – ель без корней, с единственно заштрихованным стволом, несколько наклоненном вправо, и ветвями, обозначенными двумя слабо выраженными линиями, упрощенной схемой, что говорит об отсутствии поддержки ее сильной стороной в эмоциональных и практических вопросах, унынии, тоске, о покинутости, одиночестве, тревоге, ощущении возможной опасности. При этом одновременно просматриваются решительность, некоторые организаторские способности, стремление к действию, самозащите. Об отчуждении, желании уединиться, отсутствии живого общения в доме, нехватке психологической теплоты в нем говорят детали «дома» (нет на рисунке трубы с дымом, боковая закрытая дверь, линии рисунка вялые, неуверенные), помещенного на листе опять же в левом верхнем углу (сниженная активность, избегание новых переживаний). Одно окно на рисунке «дома» – единственный ее сын, оставшийся в живых после террористического акта. Длинная, с очень слабым нажимом карандаша, дорожка от двери к нижнему левому краю листа – отсутствие в большей степени желания контакта с окружением, стремление опять же к одиночеству, но в то же время – попытка спрятать свои переживания от окружения (по обочинам дорожки слабо нарисованы единичные цветы). По внешним же признакам поведения, эмоциональной сферы нельзя было четко определить ее истинное подавленно-тревожное настроение.

Какие бы темы ни рассматривались, их решение на бумаге у всех шести обследованных людей почти всегда сопровождалось слабыми, неуверенными линиями карандаша. Или обследуемый много раз

переспрашивал врача, «что нарисовать», отказывался рисовать, или рисовал формально, не до конца, из отдельных деталей, что говорит о несобранности, тревожности, неуверенности, пониженном настроении, внутренней и внешней дезадаптации.

У четырех пострадавших (две женщины и двое мужчин) эмоционально-двигательная сфера оценивалась внешне как активная, в основном с ровным фоном настроения. Хотя при воспоминании о пережитых ужасах выражение лица у этих людей становилось задумчивым, грустным, покрывалось красными пятнами, но вскоре они успокаивались, продолжая сообщать информацию о себе как в период стрессовой ситуации, так и о своем состоянии в последующее время. Пантомимика оставалась активной: обследуемые сопровождали свои высказывания активной жестикуляцией, голос их был модулирован, внимание носило устойчивый характер. Изредка в беседе с врачом у них на лице появлялась кратковременная улыбка. Обследуемые с некоторой медлительностью, но охотно отвечали на задаваемые вопросы, выполняли инструкции врача.

Рисуночные тесты показывают, что состояние подсознания после трагедии достаточно быстро справлялось с ситуацией. Так, результаты проективных методик говорят о достаточной уверенности в своих действиях, несколько повышенной самооценке, положительной эмоциональной активности (рисунок «какого-либо предмета» — подсолнух, пианино, дерево; из «дома» идет дымок, окна занавешены в доме открытыми занавесками, на подоконниках стоят цветы; ветви «деревя» поднимаются вверх с множеством листьев-петелек, говорящих об использовании своего обаяния). Иногда в рисунках тех же людей встречаются и элементы тревоги, неуверенности в себе (несколько усиленная заштриховка рисунков, нажим карандаша, наличие отдельных мест стирания ластиком с перерисовкой, уменьшенные рисунки «человека», «семьи» в виде палочек, недостаточность прорисовки пальцев кистей и др.).

Подросток-заложник (15 лет) в первые минуты пленения, когда дети и взрослые в окружении вооруженных боевиков направлялись в здание школы, слышал приказы идти в нужном направлении под угрозой расстрела, выстрелы в несогласных подчиняться, испытывал страх за свою жизнь. Вырвался из колонны пленных и убежал. В течение последующих двух недель продолжал по ночам испытывать тревогу, страх. Часами не мог заснуть, не находил себе места,

уединялся, неадекватно реагировал на обращения к нему родителей. Плакал, корил себя за то, что одноклассники погибли, а он остался в живых. Отказывался от еды, похудел, отмечались запоры. Постепенно несколько успокоился. На приеме упорядочен. Подробно, охотно отвечает на вопросы врача, сообщает о событиях, свидетелем которых он стал. Выражение лица периодически задумчивое, грустное, но вскоре оживляется. Иногда быстро проговаривает слова. Резковат в движениях. Рисуночные тесты выполнял, обдумывая каждый, охотно, быстро. Нажим карандаша то уверенный, спокойный, то усиленно-подчеркнутый двумя—тремя штрихами. У всех «людей» отсутствуют уши, глаза широко открыты, с отчетливо указанными зрачками.

Указанные детали рисунков говорят о колебаниях настроения обследованного, в основном в сторону тревожных опасений с элементами страха, недоверия, подозрительности, пониженной самооценки в сочетании с озлобленностью, напряженностью, но с потенциальными основательностью, устойчивостью, контролем над своими суждениями, поступками, о чем свидетельствует почти везде полная прорисовка нижних конечностей у людей и животных, шея крупная (желание контролировать себя), но короткая (снижение веры в собственные силы), что опять же говорит о колебании эмоций.

Таким образом, несмотря на объективно внешне отсутствующие на отдаленном этапе (почти месяц после трагедии) выраженные психические расстройства у десяти жертв террористического акта, при использовании параклинической психоаналитической рисуночной методики выяснилось, что их подсознание характеризуется все же серьезными противоречивыми, конфронтационными, позитивно-негативными, аффективными, социальными, поведенческими составляющими. С одной стороны, это некоторая жизненная активность, уверенность, наличие в рисунках правильной самооценки, стремление к общению с окружением; с другой — неосознаваемое обследованным определяется тревогой, недоверием, пассивностью, снижением жизненного тонуса, отсутствием веры в собственные силы.

Знание о наличии глубинных личностных, в основном компенсаторных, расстройств, как последствий чрезвычайных стрессовых ситуаций, дает возможность специалистам проводить активные профилактические мероприятия с целью предупреждения возможного дальнейшего развития тяжелых психоневротических, декомпенсированных расстройств.

Работа психологов с пострадавшими и родственниками погибших при пожаре в общежитии университета

Столкнувшись однажды с трагической смертью своих родных, близких или друзей, люди начинают иначе смотреть на окружающие вещи, происходит крушение устоявшейся картины мира, появляется страх смерти, чувство вины, одиночества и т.д. Такая трансформация психики наблюдалась у родственников погибших во время авиакатастрофы под Ростовом-на-Дону (август 2004 г.), у матерей бесланской трагедии (сентябрь 2004 г.) и у очевидцев гибели студентов во время пожара в общежитии Московского государственного открытого университета (сентябрь 2005 г.). Во всех указанных случаях родственников погибших объединяло не только горе утраты, но и потеря веры в справедливость, в правительство и самое главное — потеря веры в себя («я ничего не смогу уже изменить»).

Сигнал о пожаре в студенческом общежитии университета поступил в 5 часов утра, по тревоге были подняты пожарные, врачи и милиция. Согласно нормативам, на прибытие пожарной команды отводится 6–10 минут. К сожалению, даже оперативность спасателей и медиков оказывается не всегда своевременной, особенно в огромном мегаполисе. В результате пожара погибли две студентки (18 лет), трое госпитализированы с ожогами в больницу.

К месту трагедии была вызвана бригада психологов из Московской службы психологической помощи населению (МСПП). По приезду психологов большая часть студентов были эвакуированы из горящего здания и находились на улице. Практически все очевидцы трагедии нуждались в психологической поддержке, некоторые из них стали свидетелями гибели студентов.

В первые сутки после трагедии в здании общежития был развернут пункт психологической помощи МСПП. На этажах были развешены объявления и информация о местонахождении психологов. Пострадавшим от пожара раздавались буклеты и памятки по психопрофилактике развития посттравматического стрессового расстройства. Одна

группа психологов работала с очевидцами драматической ситуации, другая сопровождала родственников погибших на разных этапах (во время передвижения по городу, при опознании тел в морге, в прокуратуре, в университете).

Психологическая помощь оказывалась:

- а) семьям погибших – 10 человек;
- б) студентам – участникам траурной церемонии – 100 человек;
- в) очевидцам драматической ситуации (служащие и студенты общежития) – 21 человек.

Работа психолога с семьями погибших. Состояние семей, потерявших своих дочерей, было крайне тяжелым. До посещения морга у них еще оставалась надежда, что, возможно, это не их дети (тело обгоревшей девушки опознали не сразу). Один из студентов, который знал близко погибших, постоянно задавал вслух вопросы: «За что?», «Почему именно с ними? Они были лучшими в университете...», «Как жить дальше после трагедии?». Трудно в таких случаях найти подходящие слова, можно лишь дать совет «постараться проявлять свои чувства и не скрывать отчаяния». Иногда лучше принять свое горе и поделиться болью с друзьями. У молодого человека одной из погибших девушек присутствовало не скрываемое чувство вины – «я должен был ночевать в общежитии, но не пришел в этот день и не смог спасти ее». Контакт с ним был затруднен, от предложения поехать в психологический центр решительно отказался. В данной ситуации, если нет рядом врача, в арсенале психолога должны быть корвалол, валерьяна или пустырник. Легкие медикаментозные седативные средства помогут в первые минуты отчаяния снять остроту переживаний и наладить контакт с клиентом.

Родители погибших не скрывали своих чувств агрессии и раздражения в адрес университета и других социальных структур г. Москвы. Их негативные эмоции усиливали бюрократические проволочки, с которыми они сталкивались в следственных органах, в морге и ЗАГСе. Необходимо отметить, что в этой ситуации для пострадавшей стороны важно было присутствие рядом психологов, которые разделяли бы их горе и оказывали психологическую и социальную помощь. Психологами использовались приемы экзистенциальных бесед, эмпатическое слушание. Хорошо зарекомендовали себя элементы рациональной психотерапии (информирование, убеждение, обучение элементам саморегуляции, самоподдержки), включая телесный контакт. В процессе

сопровождения психологи при необходимости давали родственникам погибших практические рекомендации для дальнейшей пролонгированной психологической работы.

Алла К., 45 лет. Женщина работает завучем средней школы и преподает физику. С мужем в разводе из-за его алкоголизации. Среди погибших была ее единственная дочь. Поведение женщины отличалось от поведения остальных родственников погибших. Она была безучастна и тихо сидела там, куда ее посадят. Тихо плакала, сжимая в руке студенческую тетрадь дочери с последним адресованным ей письмом. Во время пожара дочь погибла, сорвавшись с одиннадцатого этажа. Все значимые вещи дочери сгорели. Женщина сжимала маленькую фотографию дочери, как потом объяснила, «чтобы не терять с ней связь». На все обращения она тихо отвечала, не отвлекая внимания от фотографии. Когда психолог повел ее по скверу, женщина сама начала разговор о дочери. Не скрывая чувства вины, она начала высказывать мысли о самоубийстве («как похороню дочь, нет смысла жить»). Опираясь на имеющиеся у клиента ресурсы, используя при этом всю доступную информацию об ее семье и о ней, психолог пытался перестроить ее мышление в позитивно-действенное русло.

Работа психолога со студентами во время панихиды. Во время ритуала прощания собралось около 100 студентов. Для многих это была первая встреча со смертью сверстников. Эмоциональная вовлеченность студентов усиливалась необычностью происходящего. Все знали погибших и были шокированы произошедшими трагическими последствиями пожара. Состояние большинства студентов характеризовалось эмоциональной опустошенностью, усталостью. Находясь около здания морга с самого утра, многие отказывались от приема пищи и воды.

Работа психологов на территории морга заключалась:

— в отслеживании очагов возможного неадекватного реагирования в среде присутствующей молодежи (некоторые студентки нуждались в утешении и в возможности отреагирования своих эмоциональных переживаний). Чтобы не допустить «зависания» ситуации, психологи проводили индивидуальную работу со студентами, готовы к эмоциональным взрывам;

— в создании социально-психологического пространства, адекватного для студентов в данной ситуации. В частности, вокруг родственников

постоянно формировалась студенческая группа, которая вела с ними беседу и осуществляла им помощь. Они читали письмо погибшей, адресованное маме, что было в этих условиях весьма психотерапевтично как для матери, так и для студентов;

– в оказании информационной помощи студентам о сроках предстоящего ожидания, где можно принять пищу и получить медицинскую помощь.

Пристальное внимание было уделено студентам, которые высказывали жалобы на растерянность, чувство стыда, связанное с нежеланием целовать лоб умершей. Предложение иного ритуала прощания было охотно принято, и эти студенты тихо покинули зал. Одна из студенток жаловалась на чувство тревоги, страх оставаться в одиночестве, плохой сон, «видения» белых теней за окном. Беседа психолога была направлена на обсуждение значения случившейся трагедии и того влияния, которое оказали произошедшие события на ее представления о жизни. Подобные симптомы отмечались и у других студентов. Психологу удалось зафиксировать смягчение указанной симптоматики и перевести ее в позитивное русло. Среди студентов успешно применялась когнитивная психотерапия (самонаблюдение, пресечение самонакручивания и самозапугивания) и элементы гештальттерапии.

Работа психолога со служащими и студентами на территории общежития. Основные причины, по которым очевидцы драматической ситуации обращались к психологам, были:

- крушение определенной картины мира – «мир небезопасен»;
- страх смерти – «это могло случиться и со мной», «я сам чудом не погиб»;
- страх иррационального порядка – «боюсь увидеть дух погибших»;
- чувство вины – «я что-то сделала не так», «почему я не помогла?», «я недостаточно хорошо относилась к погибшим?»;
- экзистенциальные проблемы – «в чем смысл жизни и смерти?», «откуда мы пришли и куда уходим после смерти?»;
- личные проблемы и переживания по поводу погибших;
- жалобы невротического регистра – «не могу уснуть», «чувствую напряжение», «не могу сидеть, постоянно хочется двигаться».

Наиболее эффективными показали себя следующие методы: эмпатическое (рефлексивное и активное) слушание, пересказ,

когнитивно-бихевиоральный подход (работа с иррациональными убеждениями) и элементы экзистенциальной терапии (проблемы жизни и смерти, смысловые интерпретации).

Маша Р., 18 лет. После трагических событий девушка опасается, что распадется их коллектив (референтная группа). Маша боится утраты той общности, которая была между ними. Она и две ее подруги жили в соседней комнате с погибшими. Теперь они не могут проживать в общежитии и временно живут у родственников. Кроме этого студентка испытывает иррациональный страх, боится увидеть дух погибшей подруги, причем именно одной из девушек. «Я очень боялась целовать ее на похоронах, вдруг она в гробу дернет рукой». Возможно, подобный страх вызван имеющимся у Маши чувством вины. Она считает, что при жизни с погибшей их отношения не были столь гармоничными, как ей хотелось, а теперь она испытывает сожаление и вину по этому поводу. Девушка высказала пожелание прийти в психологическую службу по поводу проработки ситуации на пожаре, а также по другим проблемам личного характера.

Подводя итоги работы по оказанию психологической помощи во время пожара, мы еще раз решили акцентировать внимание на вопросе, как должна оказываться психологическая помощь людям, переживающим горе утраты, и во время ритуала прощания. Известно, что психика человека способна сама выбирать средства психологической защиты для нормального функционирования. Но, к сожалению, это происходит не у всех людей, иногда психика не может выбрать адекватный способ реагирования на травмирующую ситуацию, и тогда стресс может перейти в травматический. На этом этапе нужна помощь профессионала, специалиста, владеющего знаниями в области психологии стресса и переживания горя и утраты.

Психотерапевтическая помощь при опознании погибших при взрыве в Московском метро

Психотерапевтическая работа проводилась с родственниками, прибывшими в Бюро судебно-медицинской экспертизы для опознания останков своих близких, погибших в результате взрыва в феврале 2004 г. в Московском метро. Большинство пришедших получили информацию по телефону от сотрудников правоохранительных органов о том, что во взорвавшемся вагоне найдены документы пострадавших. Процедура опознания заключалась в следующем: родственники после ожидания в очереди проходили в кабинет, где после расспросов о внешнем виде и одежде пострадавшего им показывали фотографии, которые совпадали с их описанием. Если родственники узнавали останки или одежду на фото, им предлагали пройти в морг для опознания. Особенно тяжелым было состояние родственников, которым предстояло опознавать отдельные фрагменты тел.

В бригаду специалистов вошли психиатры, психотерапевты и медицинские психологи из ряда научно-практических учреждений столицы: Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Московского городского психолого-педагогического университета, кафедры психосоматики Российского университета дружбы народов им. П. Лумумбы, кафедры валеологии Московского государственного технического университета им. Н.Э. Баумана, Городской психотерапевтической поликлиники № 223 Департамента здравоохранения г. Москвы. В этих коллективах не только разрабатываются теоретические подходы, но и накоплен практический опыт психотерапевтической работы с пациентами, находящимися в состоянии чрезмерного психологического стресса.

Помощь начинала оказываться прямо в очереди, в не приспособленном для этого помещении. Прежде всего необходимо было определить, кому она необходима прежде всего. Это не требовало высококвалифицированной клинической оценки, т.к. проявление

реакции горя носило у этих лиц достаточно выраженный характер, сопровождаясь либо экспрессивным поведением с плачем и горестными восклицаниями, либо явной заторможенностью с элементами оглушенности. У некоторых отмечалось демонстративное поведение с истероидными чертами и переносом агрессии на окружающих, прежде всего на сотрудников прокуратуры с необоснованными обвинениями тех в бесчеловечном отношении. Подобное поведение зачастую провоцировалось не всегда понятной для них информацией (из-за шокового состояния), как действовать дальше. Эти пациенты требовали неотложного психотерапевтического вмешательства, дабы пресечь индуцирование остальных присутствующих.

Помощь нуждающимся заключалась прежде всего в квалифицированной психологической поддержке (включая разъяснение информации), психотерапевтическом сопереживании, телесно-ориентированной и релаксационной терапии, а при необходимости — даче транквилизаторов (коаксила и корвалола). Работа психотерапевтической бригады распределилась следующим образом: в очереди перед опознанием работали главным образом психологи, успешно применяя в «непсихотерапевтических» условиях различные релаксационные методики и снижая уровень страха перед предстоящей процедурой опознания в морге; на опознание тел родственники сопровождалась врачами.

Во время и после опознания останков самые тяжелые реакции были у родителей, особенно у тех, у кого теплилась какая-то надежда. В связи с этим надо разделить точку зрения тех специалистов, кто считает, что психотерапевт не должен стимулировать необоснованную надежду у близких пострадавшего. В то же время активно разрушать ее также нецелесообразно, поскольку, во-первых, ломается механизм психологической защиты, а во-вторых, любая негативная информация со стороны психотерапевта ухудшает контакт с пациентом вплоть до полного негативизма.

После снятия более или менее острого состояния всем давалась рекомендация обратиться в Городскую психотерапевтическую поликлинику № 223 или в лабораторию клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Опыт работы с родственниками погибших в один из самых трудных для них периодов — во время опознания изуродованных останков

своих близких – позволяет сформулировать ряд организационных соображений:

1. В подобных ситуациях предпочтение следует отдавать бригадному методу, положительно зарекомендовавшему себя в медицине катастроф.

2. Представляется, что оптимальный состав психотерапевтической бригады – пять человек (три психолога, два врача). Учитывая более высокий уровень эмпатии у женщин, желательно учитывать это при формировании бригады.

3. Число бригад определяется тем, что примерно у трети родственников возникают реакции, требующие неотложного одновременного психологического вмешательства уже на этапе ожидания в очереди.

4. Важно, чтобы бригада была относительно устойчивым коллективом взаимодополняющих друг друга единомышленников, прошедших соответствующий профессиональный тренинг.

5. Подготовка психотерапевтов для этих целей должна предусматривать в числе прочего:

а) умение работать в малопригодных психотерапевтических условиях;

б) умение формировать у себя психологическую защиту и оказывать друг другу поддержку в целях профилактики невротических и психосоматических осложнений.

АВТОРЫ

- Агаджанов В.В.* — старший научный сотрудник кафедры психологии Волго-Вятской академии госслужбы, г. Нижний Новгород
- Алиев Х.М.* — ведущий научный сотрудник НПЦ «Психология экстремальных ситуаций» Психологического института РАО, генеральный директор НОУ «Центр защиты от стресса», г. Москва
- Антонова О.Н.* — старший психолог-инспектор отдела психологического обеспечения и социальной защиты Управления профессиональной подготовки, воспитательной работы и психологического обеспечения ГУ МЧС России по г. Москве
- Аппенянский А.И.* — канд. мед. наук, доцент, заведующий отделением психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Арзуманян М.А.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт лечебно-консультативного отделения Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Бабушкина Л.В.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт отделения психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Баева И.А.* — д-р психол. наук, профессор, заведующая научно-исследовательской лабораторией «Психологическая безопасность в образовании» РГПУ им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург
- Баскакова Н.С.* — психолог-инспектор отдела психологического обеспечения и социальной защиты Управления профессиональной подготовки, воспитательной работы и психологического обеспечения ГУ МЧС России по г. Москве
- Бойко Ю.П.* — д-р мед. наук, канд. юрид. наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный психотерапевт Департамента здравоохранения г. Москвы
- Браун Д.В.* — врач-невролог Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Быховец Ю.В.* — и.о. младшего научного сотрудника лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, г. Москва
- Бурмистрова Е.В.* — канд. психол. наук, заведующая кафедрой психологии безопасности Московского психолого-социального института
- Вартапетян В.Л.* — врач-психотерапевт, заведующий лечебно-консультативным отделением Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Виржанская Е.А.* — психолог НОУ «Центр защиты от стресса», г. Москва
- Волкова Е.Н.* — д-р психол. наук, профессор, директор Института психологии Нижегородского государственного педагогического университета
- Воробьев В.Ю.* — д-р мед. наук, профессор, врач-психотерапевт отделения психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Вялова М.М.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт отделения психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Гаврикова Е.В.* — медицинский психолог лечебно-консультативного отделения Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Гейденрих Л.А.* — психолог Ростовского областного центра диагностики и консультирования
- Данчишин В.В.* — врач-психиатр отделения психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Довженко Т.В.* — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава

- Долгов С.А.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт лечебно-консультативного отделения Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Есаулов В.И.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт Института психотерапии и клинической психологии, г. Москва
- Жаркова Н.И.* — врач-психиатр отделения психотерапии при чрезвычайных ситуациях Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Захаров А.В.* — заведующий НПЦ «Психология экстремальных ситуаций» Психологического института РАО, г. Москва
- Караяни А.Г.* — д-р психол. наук, профессор, начальник кафедры психологии Военного университета, г. Москва
- Корявко И.С.* — главный врач Наркологического диспансера № 3 Северо-Западного административного округа г. Москвы
- Краснов В.Н.* — д-р мед. наук, профессор, директор Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава
- Красов В.А.* — канд. мед. наук, сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава
- Крателева Е.Д.* — медицинский психолог Городской психиатрической больницы № 14 г. Москвы
- Кривоносов Н.И.* — врач-психотерапевт лечебно-консультативного отделения Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Крылов М.Ю.* — психолог Московской службы психологической помощи населению Департамента по семейной и молодежной политике г. Москвы
- Крюков В.В.* — канд. мед. наук, старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава
- Кузнецов В.Н.* — психолог Психологической службы Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск
- Кыров Н.Е.* — канд. мед. наук, главный врач Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Левашова Т.Н.* — руководитель отделения психологического обеспечения работы с кадрами Управления воспитательной работы ГУВД г. Москвы
- Лисенко И.Н.* — главный специалист отдела по решению проблем беспризорности, безнадзорности несовершеннолетних и социальной поддержки семей с детьми Департамента социальной защиты населения г. Москвы
- Ляшенко А.И.* — канд. психол. наук, директор Московской службы психологической помощи населению Департамента по семейной и молодежной политике г. Москвы
- Магалецкая Л.Н.* — руководитель отдела по решению проблем беспризорности, безнадзорности несовершеннолетних и социальной поддержки семей с детьми Департамента социальной защиты населения г. Москвы
- Магомед-Эминов М.Ш.* — канд. психол. наук, доцент, заведующий кафедрой экстремальной психологии и психологической помощи факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва
- Малых С.Б.* — д-р психол. наук, профессор, член-корреспондент РАО, заместитель директора Психологического института РАО, г. Москва
- Маркина О.А.* — врач-психотерапевт Городской клинической больницы № 1 Департамента здравоохранения г. Москвы
- Мухина В.С.* — д-р психол. наук, профессор, действительный член РАО, заведующая кафедрой Московского государственного педагогического университета

- Некрасов Д.К.* — канд. мед. наук, заместитель директора Центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы
- Николин К.И.* — руководитель Отдела психологического обеспечения и социальной защиты Управления профессиональной подготовки, воспитательной работы и психологического обеспечения ГУ МЧС России по г. Москве
- Орлова Е.В.* — руководитель очного консультирования Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета
- Посохова С.Т.* — д-р психол. наук, профессор Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург
- Пуховский Н.Н.* — канд. мед. наук, врач-психотерапевт Городской психиатрической больницы № 13 г. Москвы
- Решетников М.М.* — д-р психол. наук, профессор, ректор Восточно-Европейского института психоанализа, г. Санкт-Петербург
- Рубцов В.В.* — д-р психол. наук, профессор, действительный член РАО, директор Психологического института РАО, г. Москва
- Рыбников О.Н.* — сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
- Смекалкина Л.В.* — сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии с курсом психотерапии и клинической психологии ФДПОП Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
- Соколов Е.Ю.* — канд. мед. наук, заместитель главного врача, врач-психотерапевт Наркологического диспансера № 3 Северо-Западного административного округа г. Москвы
- Степанова Н.В.* — психолог НОУ «Центр защиты от стресса», г. Москва
- Сухарев И.П.* — врач-психотерапевт, иглотерапевт лечебно-консультативного отделения Городской психотерапевтической поликлиники № 223 г. Москвы
- Тарабрина Н.В.* — канд. психол. наук, заведующая лабораторией психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, г. Москва
- Тиунов С.В.* — канд. мед. наук, руководитель отдела экстренной психологической помощи Московской службы психологической помощи населению Департамента по семейной и молодежной политике г. Москвы
- Тукаев Р.Д.* — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава
- Храмлашвили В.В.* — канд. мед. наук, врач-психиатр кафедры валеологии МГТУ им. Н.Э. Баумана, г. Москва
- Цветков А.Ю.* — младший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава
- Чаусова Л.К.* — директор Ростовского областного центра диагностики и консультирования
- Шатило В.Н.* — заместитель директора Московской службы психологической помощи населению Департамента по семейной и молодежной политике г. Москвы
- Шойгу Ю.С.* — канд. психол. наук, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России, г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

Психологическая помощь в чрезвычайных и экстремальных ситуациях

<i>Агаджанов В.В.</i> Феномен «стокгольмского синдрома»	6
<i>Агаджанов В.В.</i> Экстремистская деятельность: к вопросу оценки ее риска	21
<i>Караяни А.Г.</i> Психологические факторы экстремальности боевой деятельности	28
<i>Магомед-Эминов М.Ш.</i> Психологическая помощь уцелевшему	31
<i>Мухина В.С.</i> Психологическая экспресс-помощь в чрезвычайных ситуациях масштабных катастроф	56
<i>Посохова С.Т.</i> Личностный адаптационный синдром: структура и содержание	77
<i>Решетников М.М.</i> Психическая травма в генезе психической и соматической патологии у пострадавших и профессионалов	94
<i>Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В.</i> Эмпирическое изучение угрозы террористических актов	99

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

Психологическая безопасность и образование

<i>Баева И.А.</i> Экстремальная ситуация в контексте психологии безопасности	110
<i>Волкова Е.Н.</i> Междисциплинарная команда специалистов для экстренного реагирования в случае насилия над ребенком	125
<i>Малых С.Б., Бурмистрова Е.В.</i> Экстренная психологическая помощь: модель психологической службы образования	131
<i>Рубцов В.В.</i> Школа и стрессы: современное состояние проблемы	143

<i>Чаусова Л.К., Гейденрих Л.А.</i> Организация психосоциальной помощи детям, оказавшимся в кризисных ситуациях. Опыт работы Ростовского областного центра диагностики и консультирования	151
---	-----

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

Проблемы организации психологической помощи при чрезвычайных ситуациях

<i>Аппенянский А.И.</i> О больничной и поликлинической психотерапии пострадавшим при ЧС	156
<i>Аппенянский А.И.</i> Потребность регулирования труда психотерапевтов и психологов при ЧС	160
<i>Аппенянский А.И.</i> Психотерапия при террористических актах в 2002 г.	164
<i>Аппенянский А.И., Бойко Ю.П.</i> Московские психотерапевты и медицинские психологи в оказании помощи пострадавшим при ЧС в 2004 г.	167
<i>Аппенянский А.И., Бойко Ю.П.</i> О комплексности лечения и реабилитации пострадавших в ЧС	171
<i>Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Кыров Н.Е., Некрасов Д.К.</i> Система психотерапии и медико-психологической помощи при ЧС в г. Москве на современном этапе	176
<i>Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Бурмистрова Е.В., Кыров Н.Е., Левашова Т.Н., Магалецкая Л.Н., Николин К.И., Антонова О.Н., Баскакова Н.С., Жаркова Н.И., Захаров А.В., Лисенко И.Н., Орлова Е.В., Шатило В.Н.</i> Межведомственное взаимодействие при оказании психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи пострадавшим при ЧС	180
<i>Бойко Ю.П.</i> Психотерапевтическая и медико-психологическая помощь при ЧС на территории СССР и Российской Федерации	184
<i>Вялова М.М.</i> О психотерапевтическом пространстве для оказания помощи родственникам пострадавших в чрезвычайных ситуациях	188
<i>Краснов В.Н.</i> На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций	191
<i>Кыров Н.Е.</i> Психопатологический потенциал ЧС различных типов	195
<i>Ляшенко А.И., Тиунов С.В., Шатило В.Н.</i> Практика участия психологов МСПП в работе по оказанию экстренной психологической помощи	199

<i>Тукаев Р.Д.</i> Позиция психотерапевта в первой помощи родственникам погибших в терактах и техногенных катастрофах	206
<i>Шойгу Ю.С.</i> Экстренная психологическая помощь (организационно-методические аспекты)	211

ЧАСТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

Медико-психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях: практический опыт

<i>Алиев Х.М., Захаров А.В., Степанова Н.В., Виржанская Е.А.</i> Снятие острого стресса и антистрессовая подготовка к будущим экстремальным ситуациям по методу «Ключ» (методические аспекты и эффективность)	214
<i>Аптеянский А.И., Кривоусков Н.И., Браун Д.В.</i> Психотерапия раненым при террористическом акте в г. Каспийске	230
<i>Арзуманян М.А., Долгов С.А.</i> Два подхода к психотерапевтической помощи пострадавшим от теракта	234
<i>Бабушкина Л.В., Данчишин В.В., Воробьев В.Ю.</i> Психотерапия пострадавшим при взрыве бытового газа в жилом доме	238
<i>Вартапетян В.Л., Сухарев И.П., Гаврикова Е.В.</i> Клинический случай – психотерапия пациентки, пострадавшей от террористического акта в г. Беслане	241
<i>Воробьев В.Ю.</i> Варианты психологической защиты при тяжелом стрессе	244
<i>Воробьев В.Ю.</i> Некоторые клинико-психотерапевтические аспекты состояний при ЧС	247
<i>Довженко Т.В.</i> Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях	250
<i>Жаркова Н.И.</i> Психотерапия детей, пострадавших в г. Беслане, в условиях детской психиатрической больницы	252
<i>Красов В.А., Крюков В.В., Цветков А.Ю.</i> Психические расстройства и психиатрическая помощь пострадавшим 1–3 сентября 2004 г. в г. Беслане	254
<i>Крастелева Е.Д., Есаулов В.И.</i> К психологической помощи пострадавшим при теракте	260
<i>Кузнецов В.Н.</i> Долгосрочная помощь лицам с расстройствами адаптации после взрыва жилого дома в г. Архангельске	264
<i>Маркина О.А.</i> Психотерапия пострадавшим при пожаре в общежитии РУДН 23–24 ноября 2003 г.	267

<i>Пуховский Н.Н.</i> Клиника и терапия эго-дистресса	271
<i>Смекалкина Л.В., Рыбников О.Н.</i> К оценке отдаленных последствий боевого стресса	275
<i>Соколов Е.Ю.</i> Гипносуггестия при лечении пострадавших в г. Беслане в сентябре 2004 г.	278
<i>Соколов Е.Ю.</i> Последовательная релаксация и медикаментозная терапия родственникам погибших во время ЧС в г. Москве в феврале 2004 г.	283
<i>Соколов Е.Ю., Корявко И.С.</i> Рисуночные тесты в психотерапии пострадавших в г. Беслане в сентябре 2004 г.	285
<i>Тиунов С.В., Крылов М.Ю.</i> Работа психологов с пострадавшими и родственниками погибших при пожаре в общежитии университета	290
<i>Храмлашвили В.В.</i> Психотерапевтическая помощь при опознании погибших при взрыве в Московском метро	295
Авторы	298

Психология экстремальных ситуаций

*Под редакцией
В.В. Рубцова, С.Б. Малых*

Издатель: ООО «Исследовательская группа “Социальные науки”».
249031, г. Обнинск, а/я 1023, тел. (48439) 7-41-26.
E-mail: ig_socin@mail.ru

Корректор *Н.А. Иванова*
Оригинал-макет: *Ю.В. Либина, Н.В. Савостьянова*

Формат 60×84/16. Тираж 1000 экз. Заказ № 171.
Отпечатано на Фабрике офсетной печати.
249039, г. Обнинск, ул. Королева, 6.